

Комплексный подход к терапии вульвовагинитов смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста

В.Г. Сюсюка¹, Н.Г. Колокот³, Г.И. Макурина^{1,2}, Ю.Б. Коваленко², В.М. Сухомлинов³

¹Запорожский государственный медицинский университет

²ФПО КУ «Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер» ЗОС

³Медицинский центр «Интеркосмед», г. Запорожье

В статье представлены результаты проспективного исследования клинической эффективности препаратов Тантум Роза® (бензидамин) и Макмирор Комплекс (активные вещества нифуратель и нистатин) у 88 женщин. Установлена клиническая и микробиологическая эффективность при лечении вульвовагинитов смешанной бактериально-грибково-трихомонадной этиологии и при этом отмечен низкий процент рецидивов, а отсутствие угнетающего влияния препаратов на состояние нормальной микрофлоры влагалища позволило ограничиться одним этапом лечения без применения эубиотиков.

Ключевые слова: неспецифические вульвовагиниты, профилактика рецидивов, лечение, бензидамин, нифуратель, нистатин.

Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза у женщин во всем мире представляют собой сложную и недостаточно изученную проблему с серьезными медицинскими, социальными и экономическими последствиями. Актуальность этой темы во многом обусловлена чрезвычайно высокой частотой патологических состояний, занимающих до настоящего времени первое место в структуре гинекологической заболеваемости, а также отсутствием тенденции к их снижению [17, 21].

Существенное место в структуре данной патологии занимают неспецифические бактериальные вульвовагиниты. Неспецифическими вульвовагинитами страдает почти каждая пятая (19,2%) пациентка гинекологической практики, а среди женщин с патологическими белями их частота возрастает в 4 раза [1].

Частота бактериальных инфекций влагалища достигает 80% среди патологических состояний женской половой сферы [18]. При этом имеет место полимикробная природа неспецифического вагинита, сочетающегося в 50–60% с грибковым поражением влагалища.

Не все инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются инфекциями репродуктивных органов, и не все инфекции репродуктивных органов (ИРО) являются ИППП. В то время как термин ИППП отражает способ инфицирования, понятие ИРО определяет изначальное место локализации инфекционного процесса. ИППП/ИРО относятся к числу наиболее частых причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [8, 19]. Серьезные осложнения ИППП/ИРО – внематочная беременность, воспалительные заболевания органов малого таза, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, мертворождения, врожденные инфекции – могут привести к тяжелым хроническим заболеваниям и смерти [8]. Именно поэтому борьба с ИППП является одним из приоритетов ВОЗ, а с мая 2006 года Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила глобальную стратегию профилактики ИППП и борьбы с ними.

В настоящее время весьма популярны комбинированные антибактериальные препараты для местного применения. Однако данные литературы свидетельствуют о большом количестве рецидивов, возникающих в различные сроки после применения этой группы препаратов, в ряде случаев сохраняется и даже усугубляется дефицит эндогенной лакто- и бифидофлоры влагалища [9]. Лечение вагинальных инфекций антибиотиками, местными противoinфекционными препаратами приводит к подавлению лактобактерий, что влечет за собой рецидивирование заболевания [11].

Изолированное применение антибактериальной либо антисептической терапии не только не снижает частоту дисбиотических нарушений, но и, наоборот, повышает риск инфекционно-воспалительных заболеваний [16]. Причина данного парадокса заключается в том, что назначаемые препараты усугубляют уже имеющийся дисбаланс вагинального биоценоза и тем самым наносят более существенный вред здоровью женщины, чем отсутствие такого лечения вообще. Частота инфекций, вызванных антибиотикорезистентными бактериями, увеличивается среди населения и в медицинских учреждениях, вследствие чего эти инфекции становятся важной медико-санитарной проблемой, которая актуальна для систем здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ [8].

Врачи, к сожалению, слишком часто назначают не те антибиотики, что приведены в международных рекомендациях, усложняет лечение также низкое качество отдельных дженериков, в которых содержание активного вещества колеблется от 96% до 75%. Хотя сниженная концентрация и не влияет на клиническую эффективность, но неизбежно влечет за собой ускорение формирования антибиотикорезистентности [15]. В результате чрезмерного и неправильного применения антибиотиков у бактерий может развиться устойчивость к этим препаратам, вследствие чего инфекции, которые в обычных условиях хорошо поддаются лечению антибиотиками, трудно, а иногда и невозможно излечить. Именно поэтому так важна рациональная противомикробная терапия: клинический диагноз должен быть настолько точным, насколько это возможно; началу приема антибиотиков должно предшествовать микробиологическое исследование; к антибактериальной терапии следует прибегать только тогда, когда это действительно необходимо; начинать лечение антибактериальными препаратами нужно как можно раньше; следует делать выбор в пользу оптимального препарата (что определяется либо результатами оценки чувствительности к антибиотикам, либо клиническими протоколами для конкретной ситуации); важно правильно определить дозу, частоту и способ введения препарата; лечение необходимо продолжать до очевидного выздоровления; антибактериальную терапию следует сочетать с другими методами ле-

чения; обязателен контроль излеченности по окончании курса антибактериальной терапии [7].

Основными требованиями к препарату для рациональной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний, имеющих смешанную бактериально-грибково-трихомонадную этиологию, являются: широкий спектр антимикробного действия (включая грамположительные и грамотрицательные бактерии, различные грибы рода *Candida* и влагалищные трихомонады); нормализация влагалищного микробиоценоза (для этого препарат не должен подавлять нормальную микрофлору влагалища: лактобактерии, бифидобактерии); удобство применения и короткий курс лечения (не более 7–8 дней), что позволяет больным легко соблюдать предписанную врачом схему; минимальный процент рецидивов [20].

С современных позиций, препаратом, отвечающим всем этим требованиям, является Макмирор Комплекс – комбинированный препарат с действующими веществами нифуратель (500 мг) и нистатин (200 000 ЕД) Нифуратель – это химическое лекарственное вещество, производное нитрофурана, эффективен в отношении трихомонад, бактерий и грибковых микроорганизмов. Нистатин – это антибиотик противогрибкового действия (табл. 1), эффективен при лечении кандидоза. Сочетание нифурателя и нистатина оказывает эффективное действие на грибы, трихомонады и бактерии, при этом взаимодействие двух активных веществ не является отрицательным, а, кроме того, они дополняют и усиливают противогрибковое действие друг друга. Компоненты препарата не всасываются мягкими тканями организма и не вызывают системного действия. Широкий спектр действия нифурателя подтвержден и охватывает практически все микроорганизмы, ответственные за инфекции мочеполовых путей.

Нифуратель токсикологически безопасен и лишен тератогенного эффекта. Сравнительные клинические исследования подтверждают, что, в отличие от метронидазола, при лечении нифурателем, не отмечено устойчивости. Исследование нифурателя показало благоприятное соотношение риск/польза для лечения пациентов с инфекцией наружных половых органов и вагинальных инфекций [24]. Результаты, полученные F. Polatti и соавторами, подтвердили линейную зависимость между дозой нифурателя в сочетании с нистатином. Через 5 дней микробиологические показатели, свидетельствующие об эффективности лечения, отмечены у 10% пациентов в низкой дозе, у 40% – в средней дозе и у 85% – в группе с высокой дозой (нифурателя 500 мг и нистатин 200 000 МЕ). После 10 дней лечения микробиологические показатели эффективности лечения увеличились до 45%, 84% и 95% соответственно [25].

Многоцентровые клинические исследования препарата Макмирор Комплекс, проведенные в 32 акушерско-гинекологических клиниках Швейцарии, включали 4519 больных и были посвящены изучению эффективности и безопасности препарата при лечении цервикалитов и вульвовагинитов смешанной этиологии, вызванных простейшими, грибами и различными видами бактериальной флоры. Местная терапия с применением комбинации нифурателя и нистатина, проведенная на 465 пациентах, привела к полному излечению или значительному уменьшению субъективных и объективных вагинальных симптомов у большого количества испытуемых. Лечение таким комбинированным препаратом не только уничтожило возбудителя заболевания, но и оказалось способным разорвать порочный круг перехода бактериальной или протозойной инфекции в микоз и обратно, который образуется в результате лечения только одним противобактериальным или трихомонацидным препаратом, что чревато видоизменением физиологической флоры [3].

Спектр действия нифурателя

Макмирор нифуратель, таб. 200 мг С широким спектром действия	Оригинальный нитрофурановый препарат
Простейшие <i>Lamblia intestinalis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Entamoeba histolytica</i>	Бактерии • грамотрицательные <i>E. coli</i> , <i>Shigella</i> spp. <i>Salmonella</i> spp. <i>Proteus</i> spp. <i>Klebsiella</i> spp. <i>Vibrio cholerae</i>
Патогенные грибы <i>Candida albicans</i> <i>Microsporium</i> spp. <i>Trichophyllum</i> spp.	• грамположительные <i>Staphylococcus</i> spp. <i>Strept.</i> <i>Helicobacter pylori</i>

Эффективность препаратов Макмирор и Макмирор Комплекс подтверждена и в ходе целого ряда клинических исследований, проведенных в различных медицинских центрах России (Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Центральный кожно-венерологический институт РАМН, Институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, кафедра акушерства и гинекологии ФПДО МГМСУ, Клиника акушерства и гинекологии ММА имени И.М. Сеченова, Московский государственный медико-стоматологический университет имени Н.А. Семашко, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии). Важным аспектом применения у женщин с вульвовагинитами смешанной бактериально-грибково-трихомонадной этиологии препаратов Макмирор и Макмирор Комплекс в отличие от комбинированной терапии тинидазолом и нистатином является не только исчезновение возбудителя заболевания и клиническое выздоровление, но и создание условия для восстановления нормоценоза влагалищной среды, о чем свидетельствует восстановление до нормальных значений концентрации лактобактерий и pH вагинального содержимого [5, 20] (рис. 1, 2).

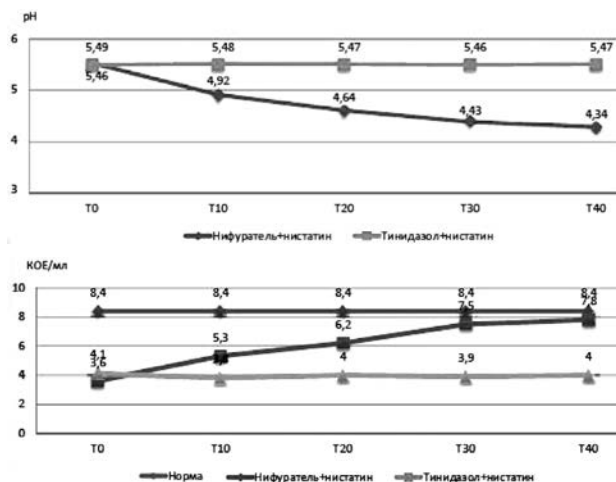


Рис. 1, 2. Динамика pH влагалищной среды (рис. 1) и содержания лактобактерий (КОЕ/мл) (рис. 2) у пациенток с бактериальными вагинозами и вагинитами до и после лечения с применением препарата «Макмирор комплекс» и комбинации «Тинидазол+нистатин».

Серов В.Н. «Микробиоценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии» Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004, т.3, №4.

Таблица 2

Эффективность нифуратела, метронидазола и клиндамицина в отношении *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* и лактобактерий

Togni G. et al. In vitro activity of nifuratel on vaginal bacteria: could it be a good candidate for the treatment of bacterial vaginosis? Antimicrob Agents Chemother 2011; 55: 2490-2

	Нифурател	Метронидазол	Клиндамицин
Лактобацилла	Нормальная флора не повреждается (МИК > 256 мкг/мл)	Нормальная флора не повреждается (МИК > 256 мкг/мл)	Нормальная флора очень сильно повреждается (МИК 0,125 - 1 мкг/мл)
<i>Gardnerella v.</i>	Эффективен (МИК 0,25 - 4 мкг/мл)	Частично эффективен (МИК 0,25 > 256 мкг/мл)	Эффективен (МИК 0,125 - 2 мкг/мл)
<i>Atopobium v.</i>	Эффективен (МИК 0,125 - 1 мкг/мл)	Не эффективен (МИК 8-256 мкг/мл)	Эффективен (МИК 0,125 мкг/мл)

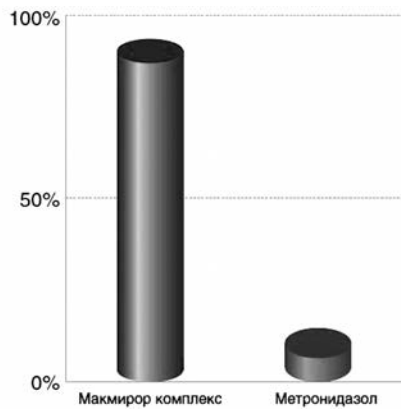


Рис. 3. Сравнительная эффективность нифуратела и метронидазола в терапии бактериального вагиноза, ассоциированного с *Atopobium vaginae*.

Перламутров Ю.Н. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2011, т. 10, №3, с. 22-25

Результаты мета-анализа подтверждают, что нифурател – это препарат, наделенный широким спектром активности в отношении микроорганизмов, ответственных за вульвовагинальные инфекции [27]. Кроме этого, исследования свидетельствуют, что нифурател, вероятно, наиболее эффективное терапевтическое средство, обладающее высокой активностью в отношении *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae*, не влияя на лактобактерии [23, 26] (рис. 3).

При бактериальном вагинозе (БВ), ассоциированном с *Atopobium vaginae*, эффективность лечения комбинацией нифуратела с нистатином составила 90,3%, в то время как стандартная терапия метронидазолом оказалась совершенно не эффективной (положительный результат был достигнут только в 10% случаев) [14] (рис. 1).

Это обуславливает неэффективность стандартной терапии БВ препаратами метронидазола, высокий процент рецидивов и очень большую частоту заболевания среди женщин наиболее активного репродуктивного возраста [12].

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость препаратов Тантум Роза® (бензидамина гидрохлорид) и Макмирор Комплекс (комбинация нифуратела и нистатина) в схемах лечения вульвовагинитов смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование клинической эффективности препаратов Тантум Роза® (бензидамин) и Макмирор Комплекс (комбинация нифуратела и нистатина) у 88 женщин, обратившихся в КУ «Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер» ЗОС и Медицинский центр «Интеркосмед».

Критериями включения в исследование являлись репродуктивный возраст пациенток (с 18 до 45 лет), установленный диагноз неспецифического вульвовагинита, урогенитального трихомониаза и кандидоза (клинико-лабораторные показатели).

Средний возраст женщин в группе исследования составил 30,7±2,4 года. По профессиональной принадлежности служащие составили 61,4%, работницы – 20,5%, домохозяйки – 13,6%.

Критерии исключения: несоблюдение режима, прерывание или отказ от лечения. Обследование женщин проводили согласно Приказов МЗ Украины № 417 от 15.07.2011, № 582 от 15.12.2003 и № 312 от 08.05.2009 и включало: стандартное обследование больных с гинекологической патологией, расширенную кольпоскопию, комплексное микробиологическое исследование выделений. Микроскопическую характеристику биоценоза влагалища (нормоценоз, промежуточный тип, дисбиоз влагалища, вагинит) оценивали в соответствии с типом нозологической формы (Е.Ф. Кира, Ю.В. Цвелев, 1998). Степень чистоты влагалища определяли по М. Гойрлин [4]. По показаниям диагностики урогенитальной инфекции проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Интенсивность признаков, симптомов и характер вагинальных выделений определяли по полуколичественной рейтинговой шкале, при которой значительно выраженные симптомы оценивали в 3 балла, выраженные симптомы – в 2 балла, слабую симптоматику – в 1 балл и отсутствие симптомов – в 0 баллов. Все результаты исследования обработаны с использованием программы «STATISTICA 6.0».

Лечение проводили с момента верификации этиологии вульвовагинита препаратом Макмирор Комплекс в форме вагинальных капсул в течение 8 дней. Для достижения максимального терапевтического эффекта рекомендовали вводить по 1 вагинальной капсуле каждый вечер перед сном в верхнюю часть влагалища. С целью оценки эффективности терапии пациентки фиксировали динамику симптомов в «Индивидуальной анкете».

Для полового партнера рекомендовали применение крема Макмирор Комплекс.

Эффективность проводимой терапии оценивали по динамике клиническо-лабораторных показателей по окончании курса терапии и спустя 1 мес после лечения.

До получения результатов микробиологического исследования с целью устранения симптомов вульвовагинита (выделения, боль, отек, зуд, жжение) применяли препарат Тантум Роза® (бензидамина гидрохлорид) 2 раза в сутки в форме вагинальных орошений. Применение препарата продолжили в течение 5 дней в составе комплексного лечения воспалительного заболевания. Бензидамин, входящий в состав Тантум Роза®, является нестероидным противовоспалительным препаратом, который принадлежит к группе индолов и действует как антибактериальное средство. Благодаря этим свойствам уже после нескольких орошений уменьшается выраженность воспаления, боли, зуда и других неприятных ощущений. За счет противовоспалительного действия препарат способствует уменьшению выделения из влагалища. Тантум Роза® можно применять не только в качестве препарата «скорой помощи» во время уже развившейся болезни, но и как средство интимной гигиены женщины для профилактики инфекционных заболеваний. Кроме уже изложенных свойств, препарат обладает противобактериальным действием, нормализует микробиоценоз и повышает сопротивляемость влагалища к различным инфекциям, о чем свидетельствуют результаты многочисленных исследований [2, 10, 12, 13].

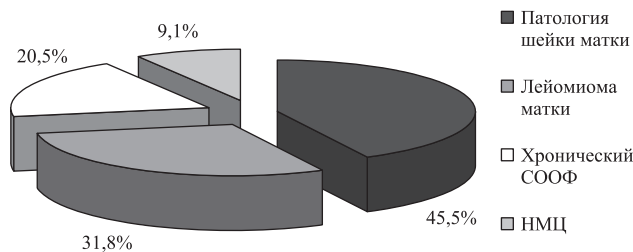


Рис. 4. Гинекологическая патология в группе исследования

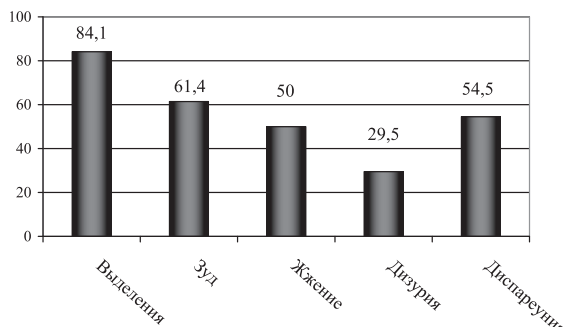


Рис. 5. Характеристика жалоб в группе исследования, %

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении данных анамнеза установлено, что у 31,8% у женщин группы исследования имели место соматические заболевания, среди которых наиболее часто отмечалась патология со стороны пищеварительного тракта (42,9%) и мочевыделительной системы (28,6%).

Характеризуя репродуктивную функцию следует отметить большое количество женщин с артифициальным абортom в анамнезе (61,4%), который у каждой второй женщины предшествовал первым родам. У 46 женщин группы исследования, что составило 52,3%, беременность закончилась родами. С целью предохранения от нежелательной беременности 58,6% женщин применяли оральные контрацептивы, из них 43,2% использовали этот метод на момент обследования.

Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 77,3% женщин (рис. 4).

При этом патология шейки матки имела место у 40 (45,5%), лейомиома тела матки диагностирована у 28 (31,8%), хронический сальпингофорит (СООФ) – у 18 (20,5%), нарушения менструального цикла (НМЦ) – у 8 (9,1%). В 73,5% случаев гинекологическая патология имела сочетанный характер. Урогенитальную инфекцию или дисбиоз влагалища в анамнезе отметили 68,2% женщин (кандидоз, бактериальный вагиноз, хламидийная и трихомонадная инфекция).

Верификация клинического диагноза заболевания основывалась на основании жалоб, данных объективного исследования и данных лабораторных методов исследования.

Лидирующее место занимали жалобы на вагинальные выделения, которые отмечены 74 женщинами (84,1%) и согласно полуколичественной рейтинговой шкале оценивались в 2-3 балла. В тех случаях, когда вагинальные выделения имели менее выраженный характер (согласно шкале 1 балл), основными жалобами были зуд в области наружных половых органов (15,9%) и жжение (9,1%). Вышеуказанные симптомы встречались и в сочетании с обильными вагинальными выделениями, однако не имели значительной выраженности и согласно полуколичественной рейтинговой шкале оценивались в 1, реже 2 балла (рис. 5).

Данные анамнеза заболевания позволили установить связь между приведенными выше жалобами и половым контактом у 38,6% женщин, 52,3% пациенток отметили усиление симптоматики накануне менструации. Антибиотики принимали 30 пациенток (34,1%), в том числе и по поводу выделений из половых путей.

По данным объективного исследования гиперемия и отек слизистой оболочки влагалища отмечены у 64 (72,7%) и у 50 (56,8%) женщин соответственно. Установлена высокая частота патологии шейки матки (63,6%). При этом дисплазия шейки матки имела место у 12 (13,6%). По результатам кольпоскопии во всех случаях выявлены признаки очагового или диффузного цервицита на фоне сквамозного эпителия, нормальной зоны трансформации, лейкоплакии или пунктуации.

При микроскопическом исследовании вагинальных выделений в большинстве случаев (88,6%) преобладал воспалительный тип мазка: 1/4–1/2 лейкоцитов в поле зрения, кокковая флора и грибы. Во всех случаях имела место III и IV степень чистоты влагалища. Трихомонады были выявлены у 10 женщин, что составило 11,4%. В посевах выявлена следующая микрофлора: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Enterococcus spp.*, *Gardnerella vaginalis*. Важно отметить высокую частоту ассоциации грибов с бактериями у 60 (68,2%). Выделенная микрофлора может рассматриваться как нормальная экосистема влагалища женщин репродуктивного возраста (Hiller S.L., 1993), но при этом имеет место выраженная симптоматика вульвовагинита, что еще раз свидетельствует об основной роли дисбиотических нарушений в развитии данного заболевания.

В этиологии воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) не последнюю роль играют микроорганизмы, относящиеся к условно-патогенной флоре, в норме определяемые в нижних отделах полового тракта женщин. Отмечено, что тяжелые формы ВЗОМТ, как правило, ассоциируются с наличием ИППП и полимикробной флоры. Прослеживается четкая корреляция ИППП и тяжелых форм ВЗОМТ [22].

До получения результатов микробиологического исследования с целью устранения симптомов вульвовагинита применяли препарат Тантум Роза® (бензидамина гидрохлорид) 2 раз в сутки в виде вагинальных орошений. Это позволило уже после 2 процедур уменьшить клинические проявления вульвовагинита. Учитывая высокую частоту микробных ассоциаций, лечение проводили препаратом Макмирор Комплекс (комбинация нифурателера и нистатина) в форме капсул, которые вводили глубоко во влагалище на ночь в течение 8 дней. На период проводимого лечения парам рекомендовали воздержаться от половой жизни.

Для полового партнера рекомендовали применение крема Макмирор Комплекс. Рекомендованное лечение получали 81,8% половых партнеров.

Следует отметить, что на 10–12-й день обращения пациентки отсутствовала какая-либо симптоматика, послужившая при-

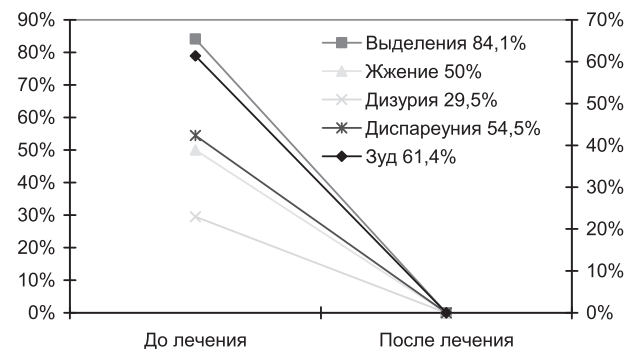


Рис. 6. Динамика симптомов вульвовагинита до и после лечения

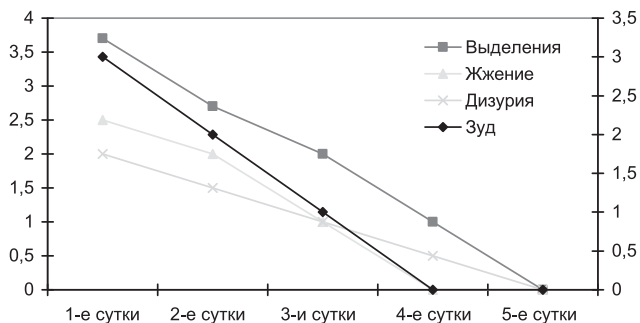


Рис. 7. Динамика симптомов вульвовагинита согласно индивидуальной анкеты пациентки

чиной обращения в клинику (рис. 6). Клинически – это исчезновение выделений, гиперемии и отечности слизистой оболочки влагалища, чувства жжения и зуда.

Однако важным аспектом лечения для каждой пациентки наряду с эффективностью, отсутствием рецидивов, является быстрота нивелирования клинических проявлений, а соответственно улучшение качества жизни. Так, на фоне проводимого лечения препаратом Макмирор Комплекс, интенсивность субъективных симптомов (согласно индивидуальной анкеты) снижалась к 3–4-м суткам терапии (рис. 7).

Нами не отмечено негативных явлений на менструальную функцию пациенток, как во время, так и после лечения.

При обращении через 1 мес у 6 пациенток (6,8%) отмечен рецидив (рис. 8). Рецидивирование отмечено лишь у пациенток, страдающих длительным рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом, с указанием на неоднократные курсы лечения различными препаратами. В дальнейшем по результатам ПЦР у 6 женщин (6,8%) с рецидивом выявлен вирус папилломы человека и в двух случаях – в сочетании с уреоплазмозом. При этом в качестве причины рецидива сложно исключить как состояние иммунитета пациентки, так и возможность реинфицирования от полового партнера.

Такие результаты еще раз подтверждают тот факт, что в современных условиях воспалительные заболевания половых органов характеризуются рядом особенностей: повышением значимости условно-патогенной флоры, ростом антибиотикорезистентности микроорганизмов, трансформацией клинической картины в сторону стертых форм и атипичного течения, что создает значительные трудности в диагностике [6].

По результатам оценки степени чистоты влагалища после проведенного лечения препаратами Тантум Роза® и Макмирор Комплекс в 90,9% имела место I–II степень, что свидетельствует о восстановлении и отсутствии угнетающего влияния, на состояние нормальной микрофлоры влагалища. Это позволило ограничиться одним этапом лечения без применения эубиотиков (рис. 9 и 10).

Одним из положительных свойств проводимой терапии является санация влагалища, как один из этапов ведения женщин с патологией шейки матки. При использовании препарата Макмирор Комплекс отсутствовали сомнительные результаты биопсии шейки матки в связи с ее воспалительными изменениями. Во всех случаях хирургического лечения патологии шейки матки имела место нормальная эпителизация и отсутствовали посткоагуляционные осложнения.

ВЫВОДЫ

1. По результатам проведенного исследования установлена клиническая и микробиологическая эффективность препарата Макмирор Комплекс при лечении вульвовагинитов смешанной этиологии и при этом отмечен низкий процент рецидивов.



Рис. 8. Причины рецидивов вульвовагинитов, %

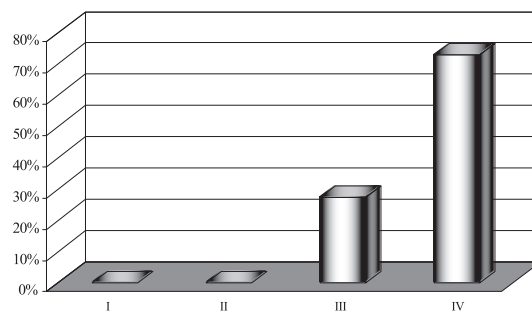


Рис. 9. Степени чистоты влагалища по М. Гойрлин до лечения

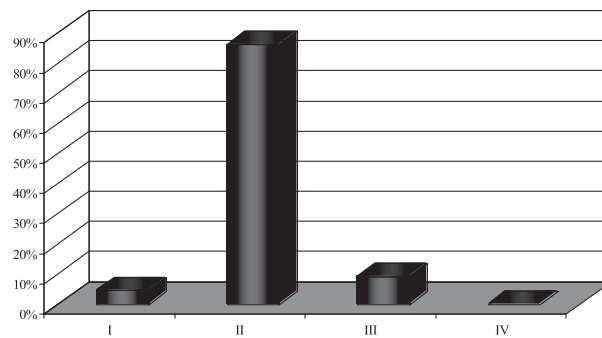


Рис. 10. Степени чистоты влагалища по М. Гойрлин после лечения

2. Использование препарата Тантум Роза® в комплексном лечении вульвовагинитов позволило быстро купировать симптомы до получения результатов микробиологического исследования. Препарат удобен в применении и не вызывает побочных реакций.

3. Не зарегистрировано угнетающего влияния препаратов Тантум Роза® и Макмирор Комплекс на состояние нормальной микрофлоры влагалища, что позволило ограничиться одним этапом лечения без применения эубиотиков.

4. При использовании препарата Макмирор Комплекс, как одного из этапов ведения женщин с патологией шейки матки, после проведенного лечения отсутствовали сомнительные результаты ее биопсии, а посткоагуляционный период протекал без осложнений с нормальной эпителизацией.

5. Учитывая высокую эффективность и безопасность препаратов Тантум Роза® и Макмирор Комплекс, их применение целесообразно в лечебной практике врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, а также в практике семейных врачей с целью лечения вульвовагинитов смешанной бактериально-грибково-трихомонадной этиологии.

Комплексный подход до терапии вульвовагинитів змішаної етіології у пацієнток репродуктивного віку
В.Г. Сюсюка, Н.Г. Колокот, Г.І. Макуріна, Ю.Б. Коваленко, В.М. Сухомлинов

Complex approach to the treatment of vulvovaginitis of mixed etiology in patients of reproductive age
V.G. Lising, N.G. Kolokot, G.I. Makurina, Y.B. Kovalenko, V. Sukhomlinov

У статті представлені результати проспективного дослідження клінічної ефективності препаратів Тантум Роза (бензідамін) і Макмірор Комплекс (активні речовини ніфурател і ністатин) у 88 жінок. Встановлена клінічна та мікробіологічна ефективність при лікуванні вульвовагинитів змішаної бактеріально – грибково – трихомонадно етіології і при цьому відзначений низький відсоток рецидивів , а відсутність пригнічуючого впливу препаратів на стан нормальної мікрофлори піхви дозволило обмежитися одним етапом лікування без застосування еубіотиків .

Ключові слова: неспецифічні вульвовагиніти, профілактика рецидивів, лікування, бензідамін, ніфурател, ністатин.

The article presents the results of a prospective study of clinical efficacy Tantum Rosa (benzydamine) and Makmiror complex (active substance Nifuratel and nystatin) in 88 women. Established clinical and microbiological efficacy in the treatment of vulvovaginitis of mixed bacterial- fungal- trichomonas etiology also was marked a low rate of relapse, and lack of inhibitory effect of drugs on the condition of the normal vaginal microflora allowed confine one stage treatment without use of eubiotics .

Key words: nonspecific vulvovaginitis, relapse prevention, treatment, benzydamine, Nifuratel, nystatin.

Сведения об авторах

Сюсюка Владимир Григорьевич – Городской родильный дом №9,69000, г. Запорожье, ул. Новгородская, 28; тел.: (099)-098-82-55

Колокот Наталья Григорьевна – Медицинский Центр Сухомлинова-Саенко, 69000, г. Запорожье, ул. Артема, 12; тел.: (097)-407-00-66. E-mail:soffi779@mail.ru

Макуріна Галина Івановна – кафедра дерматовенерологии и косметологии Запорожского государственного медицинского университета,69000, г. Запорожье, ул.Кирова, 67; тел.: (097) 446-27-27. E-mail: makurina.g@yandex.ua

Коваленко Юрий Борисович – КП Запорожский областной кожно-венерологический диспансер,69000, г. Запорожье, ул. Кирова, 67 . E-mail: makurina.g@yandex.ua

Сухомлинов Владимир Михайлович – Медицинский Центр Сухомлинова-Саенко, 69000, г. Запорожье, ул. Артема, 12; тел.: 067 736 22 35. E-mail:suhomlinova3@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анкирская А.С. Неспецифический вагинит /А.С. Анкирская // Гинекология. – 2005. – № 4. – С. 15–18.
2. Баев О.Р. Профилактика инфекционных осложнений у рожениц / О.Р. Баев, Т.Г. Старкова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 20–24.
3. Бальмер Дж.А. Комбинация нифуратела и нистатина (Макмирор Комплекс) в лечении вульвовагинитов, вызванных смешанной грибковой, бактериальной и трихомонадной инфекцией / Дж.А. Бальмер и Группа мультицентрового исследования // Медико-социальные проблемы семьи. – 2012. – Том 17, № 3–4. – С. 30–33.
4. Воронин К.В. Акушерское обследование / Воронин К.В., Поталов В.А., Правосудович А.Н. – Днепрпетровск: РИА «Днепр-VAL», 1999. – 153 с.
5. Дубчак А.Е. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза у женщин / Дубчак А.Е., Милевский А.В., Довгань Е.И. // Здоровье женщины. – 2013. – № 2 (78). – С. 3–7.
6. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 464 с.
7. Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии / Пост-релиз и материалы научной программы I Международная конференция. – Москва, РУДН, 24–26 февраля 2011. – 30 с.
8. Инфекции, передаваемые половым путем и иные инфекции репродуктивного тракта / Руководство по основам медицинской практики. – Женева: ВОЗ, 2004. – 196 с.

9. Кисина В.И. Микроценоз влагалища в норме и при вагинальных инфекциях: методы его коррекции / В.И. Кисина // Consilium Medicum. – 2002. – Т. 4, № 7. – С. 364–367.
10. Кузьмин В.Н. Принципы ведения родильниц в раннем послеродовом периоде / В.Н. Кузьмин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Т. 9, № 6. – С. 47–51.
11. Нагорная В.Ф. Рациональный выбор пробиотиков для комплексной терапии вагинальных инфекций / В.Ф. Нагорная // Здоровье женщины. – 2010. – № 9 (55). – С. 3–7.
12. Обоскалова Т.А. Особенности современного течения инфекционных процессов половых путей у женщин и пути их коррекции / Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошилина Е.С., Тагинцева М.Л. // Акушерство и гинекология (Репринт). – 2012. – № 5. – С. 2–7.
13. Перламутров Ю.Н. Пути повышения эффективности терапии микст-инфекций гениталий у женщин репродуктивного возраста / Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 6. – С. 77–80.
14. Перламутров Ю.Н. Эффективность нифуратела и метронидазола в терапии бактериального вагиноза, ассоциированного с Atopobium vaginae / [Перламутров Ю.Н., Гомберг М.А., Чернова Н.И. и др.] // Вопросы гинекологии,

15. акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 22–25.
15. Пост-релиз и материалы научной программы Международного междисциплинарного форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (14–17 ноября 2012 года, Москва). – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. – 32 с.
16. Радзинский В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец. – 2012. – 16 с.
17. Радзинский В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Четвертакова Э.С., Мисун О.А. // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 90–93.
18. Рахматулина М.Р. Современные представления о микробиоценозе вагинального биотопа и его нарушениях у женщин репродуктивного возраста / М.Р. Рахматулина, А.Ю. Шаталова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 3. – С. 38–42.
19. Серов В.Н. Вагиниты смешанной этиологии; рациональная терапия и профилактика рецидивов / Серов В.Н., Жаров Е.В., Воронин А.А., Чантуря Н.Г. // АГ-инфо. – 2001. – № 2. – С. 8–10.
20. Серов В.Н. Рациональная терапия вульвовагинитов смешанной этиологии и профилактика рецидивов / В.Н. Серов, С.А. Шаповаленко // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 16. – С. 946–950.

21. Тихомиров А.Л. Бактериальный вагиноз: некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения / А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 62–65.
22. Тихомиров А.Л. Проблемы и пути решения этиотропной терапии ВЗОМТ / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Журнал Трудный пациент. – 2010. – № 8. – С. 4–9.
23. Franco Polatti Bacterial Vaginosis, Atopobium vaginae and Nifuratel / Franco Polatti // Current Clinical Pharmacology. – 2012 February; 7 (1): 36–40.
24. Mendling W. Microbiological and pharmaco-toxicological profile of nifuratel and its favourable risk/benefit ratio for the treatment of vulvo-vaginal infections. A review. / Mendling W., Mailland F. // Arzneimittelforschung. 2002;52(1):8–13.
25. Polatti F. Clinical study on the dose-effect relationship of a nifuratel-nystatin combination in the treatment of vulvo-vaginal infections / [Polatti F., Nappi RE., Brundu B. et al.] // Arzneimittelforschung. 2003; 53 (10): 730–7.
26. Togni G. In vitro activity of nifuratel on vaginal bacteria: could it be a good candidate for the treatment of bacterial vaginosis? / [Togni G., Battini V., Bulgheroni A. et al.] // Antimicrob Agents Chemother. 2011; 55:2490–2.
27. Werner Mendling, Aldo Poli, Paola Magnani Clinical Effects of Nifuratel in Vulvovaginal Infections / A meta-analysis of metronidazole-controlled trials // Arzheim.-Forsch / Drug Res. 52, No. 10, 725–730 (2002).

Статья поступила в редакцию 16.10.2013

МАКМИРОР КОМПЛЕКС

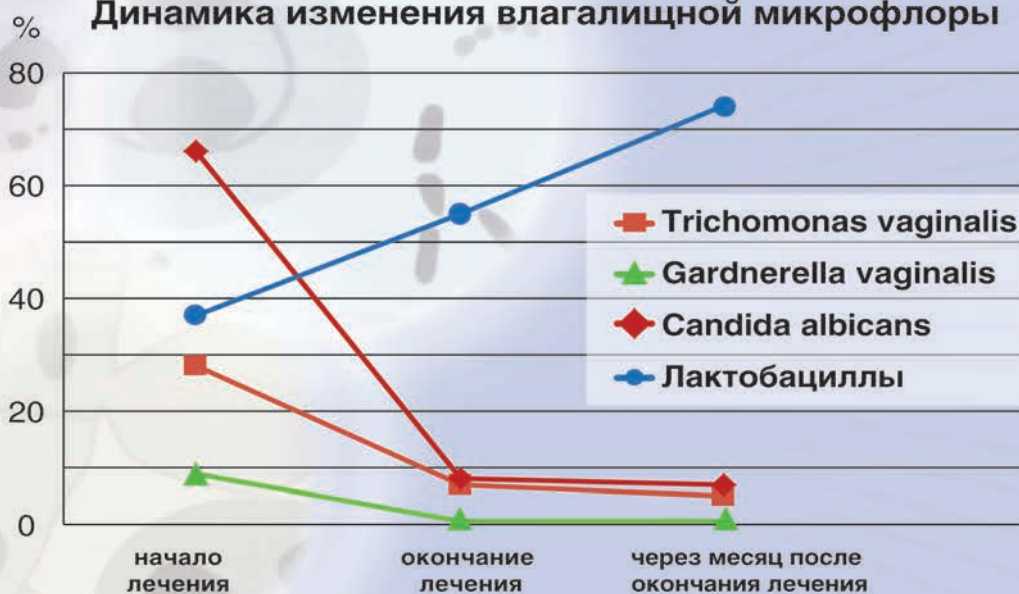
нифуратель + нистатин



Европейский комплексный подход к лечению смешанных вагинальных инфекций*

✓ Полная эрадикация патогенной флоры²

Динамика изменения влагалищной микрофлоры



Применение Макмирор комплекса

✓ Восстановление концентрации лактобацилл²

Непревзойденная эффективность в лечении вульвовагинитов:

- широкий спектр антибактериального действия (включая E. Coli, Klebsiella spp.)¹;
- оригинальная комбинация нифурателя и нистатина в препарате «Макмирор комплекс» обеспечивает синергизм противогрибкового действия^{1,2}.

Превосходная эффективность в отношении Trichomonas vag. и Gardnerella vag.:

- уникальность воздействия нифурателя на синтез белка микробной клетки обеспечивает отсутствие резистентности к нифурателю и высокую эффективность лечения^{1,2};
- добавление системного эффекта «Макмирор» таблеток обеспечивает превосходство над любым комбинированным местным препаратом в лечении трихомониаза³.

Высокая безопасность и отличная переносимость:

- не подавляет Lactobacillus spp.¹;
- восстанавливает нормоценоз влагалищной среды²;
- предупреждает рецидивы и реинфекцию^{1,2}.

*Системное и местное воздействие устраняющее одновременно все виды смешанной вагинальной инфекции - патогенные бактерии, грибки и простейшие. 1. Инструкция для медицинского применения препарата Макмирор, таблетки 200 мг P/c № UA/5045/01/01, утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины № 128 от 23.02.12. 2. «Комбинация нифурателя и нистатина (Макмирор комплекс) в лечении вульвовагинитов, вызванных смешанной грибковой, бактериальной и трихомонадной инфекцией», Дж.А. Бальмер и группа мультицентрового исследования. В кн.: Vaginal Ecosystem, Vignall M., Balmer J.A. Milan - Italy, 1995, p. 59-75. 3. Клинические эффекты Nifuratel при вульвовагинальных инфекциях. Вернер Мендлинг, Альдо Поли и Паола Магнани. Клиника гинекологии и акушерства, клиники "VIVANTES" в Урбане и Фридрихсхайне, Берлин (Германия), OPIS s.r.l., Дезио (Милан, Италия) и Polichem SA, Лугано (Швейцария). Исследования лекарственных препаратов т. 2. № 10, 725-730 (2002).

Информация для специалистов здравоохранения и распространения во время семинаров, конференций, симпозиумов и других научных мероприятий по медицинской тематике.



Производитель лекарственного средства: Доппель Фармацеутици С.р.л. Виа Волтурно, 48 - Квинто Де Стампи - 20089 Роццано (МИ) - Италия.

Dileo
FARMA

04119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127