

# Современные местные поликомпонентные препараты в лечении вульвовагинитов смешанной этиологии

А.Г. Пашинян<sup>1</sup>, И.В. Саламова<sup>2</sup>, С.А. Хейдар<sup>1</sup>, В.Б. Семенова<sup>2</sup>, Г.Б. Арутюнян<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва

<sup>2</sup>Поликлиника № 3 Управления делами Президента РФ, г. Москва

«Доктор.Ру» Специальный выпуск № 1 (5) 2014

В статье освещены современные представления об этиологии неспецифических инфекционных заболеваний влагалища. В последние годы все больше регистрируются микст-инфекции, характеризующиеся более тяжелым и длительным течением, частым рецидивированием процесса, развитием восходящей инфекции. Представлены данные, подтверждающие клиническую эффективность поликомпонентных интравагинальных капсул, имеющих в своем составе неомицин + нистатин + полимиксин В, при лечении вульвовагинитов смешанной этиологии.

**Ключевые слова:** вульвовагиниты смешанной этиологии, поликомпонентные лекарственные препараты.

Значительная распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов – одна из актуальных проблем гинекологии. По данным современных исследователей, частота выявления неспецифических инфекций влагалища достигает 30% в общей структуре заболеваний женских половых органов. Это обусловлено тем, что сапрофитная флора, входящая в состав нормальной микрофлоры влагалища, при определенных условиях способна приобретать патогенные свойства [3, 13].

Состав микробиома урогенитального тракта женщин зависит от возраста, эндокринного статуса и характеризуется многообразием видов облигатных и факультативных анаэробов и аэробов, изменения количественно-качественных взаимоотношений резидентных микроорганизмов приводит к возникновению дисбаланса, сопровождающегося метаболическими, иммунными нарушениями и в ряде случаев – клиническими проявлениями, степень выраженности которых варьируется от бессимптомного носительства до выраженной клинической манифестации [1, 2, 6, 11, 17, 19–21].

Условно-патогенные микроорганизмы, выделяясь в диагностических титрах более 10<sup>4</sup>–10<sup>5</sup> КОЕ/мл, могут являться возбудителями воспалительных заболеваний верхних и нижних отделов половых путей, причиной дисбиотических состояний, осложнений беременности и послеродового периода, послеоперационного и послеабортного периодов и др. [7, 9].

Согласно современным представлениям, бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный процесс, связанный с дисбиозом вагинального биоценоза, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобактерий, особенно перекись-продуцирующих, и увеличением облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов. Пациентки с бактериальным вагинозом составляют группу риска возникновения заболеваний шейки матки, осложнений беременности, родов, послеродового и послеоперационного периодов [7, 13, 18, 25].

Неспецифический вагинит (син. – аэробный вагинит) – заболевание влагалища, вызываемое такими микроорганизмами, как эшерихии, энтерококки, коринебактерии, стрептококки, золотистый стафилококк и др. Факторами, predisposing к его возникновению, чаще всего являются: нарушения обмена веществ (сахарный диабет, ожирение) и гормонального статуса женщины, хронические стрессовые ситуации, переохлаждение, перегревание, иммуносупрессия, осложненное течение беременности и родов, несоблюдение правил личной гигиены, применение антибактериальных препаратов и цитостатиков, оперативные вмешательства [2, 5, 8, 10, 24].

По данным исследователей, кандидоз вульвы и вагины наблюдается в 24–36% случаев и является одной из основных причин обращения женщин репродуктивного возраста за гинекологической помощью [4, 16].

Клинические проявления воспалительного процесса зависят от количественного и видового состава вагинального микробиома. Характерной особенностью воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов в последние годы является преобладание микст-инфекций [3, 14].

Смешанные инфекции характеризуются более тяжелым и длительным течением, частым рецидивированием процесса, развитием восходящей инфекции, трудностями при выборе терапии [12].

При вульвовагинитах назначают препараты различных групп: антибиотики (нистатин, леворин, натамицин), полиеновые антибиотики, имидазолы (клотримазол, кетоконазол, миконазол), триазолы (флуконазол, итраконазол). Большинство из них – монокомпонентные и применяются для лечения инфекционных вульвовагинитов, вызванных определенным возбудителем/ассоциацией возбудителей (грибы, бактерии, трихомонады). Учитывая высокую частоту вульвовагинитов смешанной этиологии, в настоящее время весьма актуально использование комплексных лекарственных препаратов для интравагинального введения, обладающих локальным антибактериальным, антипротозойным и антимикотическим действием [22].

Одним из них является поликомпонентный препарат Полижинакс в состав которого входят неомицин (35 000 МЕ/капс.), полимиксин В (35 000 МЕ/капс.) и нистатин (100 000 МЕ/капс.). Неомицин, являясь аминогликозидом, активен в отношении *Corynebacterium* и *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris* и других грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Полимиксин В – полипептидный антибиотик, чувствительность к которому проявляют грамотрицательные бактерии, включая *Pseudomonas aeruginosa*, *in vitro* он также активен в отношении *U. urealyticum*. Оба антибактериальных компонента об-

ладают бактерицидным действием и неактивны в отношении большинства анаэробных микроорганизмов. Нистатин оказывает фунгицидное действие на грибы рода *Candida*.

Такая комбинация позволила определить показания к применению препарата, которые включают неспецифические, грибковые и смешанные вагиниты, вульвовагиниты и цервициты. Препарат назначают и для профилактики инфицирования перед хирургическим вмешательством в области половых органов, внутриматочными диагностическими процедурами, родами, до и после оперативных вмешательств на шейке матки.

В настоящее время в клинической практике широко применяют поликомпонентные лекарственные средства для интравагинального введения, в состав которых входят либо метронидазол в сочетании с миконазолом, либо производное нитрофурана в сочетании с противогрибковым антибиотиком группы полиенов, либо тернидазол в сочетании с нистатином, неомицина сульфатом и преднизолоном. В этом ряду очевидны достоинства комбинации «неомицин + нистатин + полимиксин В», которая определяет более широкий спектр действия ее антибактериальных компонентов и отсутствие в составе глюкокортикоида, что позволяет купировать воспалительный процесс без потенциальной иммуносупрессии и торможения регенерации влагалищного эпителия [15].

В 2011 г. были опубликованы результаты многоцентрового клинического исследования, проведенного в 21-й гинекологической клинике Франции. В ходе исследования у 87

пациенток изучали эффективность и безопасность применения препарата Полижинакс при лечении вульвовагинитов смешанной этиологии [15]. У 72% пациенток были выявлены грибы рода *Candida*, у 34% вагинит ассоциировался либо с бактериальной инфекцией (в 6% случаев), либо с микст-инфекцией. Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность препарата: нормализация клинических показателей наблюдалась у 97,8% пациенток. Отмечены его безопасность и хорошая переносимость [2, 23].

## ВЫВОДЫ

По данным современных исследователей, одной из актуальных проблем гинекологии является высокая распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов. Патогенные и условно-патогенные микроорганизмы при нарушениях состояния влагалищной экосистемы могут инициировать возникновение неспецифических воспалительных заболеваний, дисбиотических состояний.

Учитывая, что характерной особенностью этиологии воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов в последние годы является превалирование микст-инфекций, терапевтическими преимуществами обладают поликомпонентные лекарственные препараты. Достоинства комбинации «неомицин + нистатин + полимиксин В» для интравагинального использования определяются ее локальным антибактериальным, антипротозойным и антимикотическим действием.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хамошина М.Б. Нарушения микробиоценоза урогенитального тракта: грани проблемы, перспективы коррекции и профилактики / М.Б. Хамошина, В.Е. Радзинский, А.С. Календжян, А.Ю. Рубцова // *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2009. – Т. 8, № 5. – С. 69–74.
2. Boisnic S. Оценка противовоспалительного эффекта препарата Полижинакс / S. Boisnic, M.C. Branchet // *Мед. аспекты здоровья женщины*, 2012. – № 4 (56). – С. 22–23.
3. Diagnosis of vulvovaginitis: comparison of clinical and microbiological diagnosis / В.Е. Esim, В. Kars, А.У. Karsidag, В.І. Karadeniz [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2010. – Vol. 282, N 5. – P. 515–519.
4. Grillot R. Epidemiological survey of Candidemia in Europe // *Mycology newsletter*, 2003. – Vol. 1, N 6.
5. Hainer B.L. Vaginitis / B.L. Hainer, M.V. Gibson // *Am. Fam. Physician*, 2011. – Vol. 83, N 7. – P. 807–815.
6. Kennedy M.A. Vulvovaginal candidiasis caused by non-albicans candida species: new insights / M.A. Kennedy, J.D. Sobel // *Curr. Infect. Dis. Rep.* 2010. – Vol. 12. – N 6. – P. 465–470.
7. Kovachev S. Vaginal disbacteriosis – social and sexual risk factors // *Akush. Ginekol. (Sofia)*, 2013. – Vol. 52, N 2. – P. 17–25.
8. Lamont R.F. The role of bacterial vaginosis, aerobic vaginitis, abnormal vaginal flora and the risk of preterm birth // R.F. Lamont, D. Taylor-Robinson // *BJOG.* – 2010. – Vol. 117, N 1. – P. 119–120.
9. Linhares I.M. New findings about vaginal bacterial flora / I.M. Linhares, P.C. Giraldo, E.C. Baracat // *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2010. – Vol. 56, N 3. – P. 370–374.
10. Mashburn J. Etiology, diagnosis, and management of vaginitis // *J. Midwifery Womens Health*, 2006. – Vol. 51, N 6. – P. 423–430.
11. Microbial and vaginal determinants influencing *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* genital colonization in a population of female patients / C. Leli, M. Meucci, S. Vento, F. DAlo [et al.] // *Infez. Med.*, 2013. – Vol. 21, N 3. – P. 201–206.
12. Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications / J.D. Sobel, C. Subramanian, B. Foxman, M. Fairfax [et al.] // *Curr. Infect. Dis. Rep.*, 2013. – Vol. 15, N 2. – P. 104–108.
13. Mylonas I. Genital discharge in women / I. Mylonas, K. Friese // *MMW Fortschr. Med.*, 2007. – Vol. 149, N 35–36. – P. 42–46.
14. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora / G.G. Donders, E. Bosmans, A. Dekeersmaecker, A. Vereecken [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2000. – Vol. 182, N 4. – P. 872–878.
15. Quan M. Vaginitis: diagnosis and management // *Postgrad. Med.*, 2010. – Vol. 122, N 6. – P. 117–127.
16. Retzer D.R. Chronic vulvovaginal candidiasis // *N. Engl. J. Med.*, 2004. – Vol. 351, N 24. – P. 2554–2556.
17. Romanik M. Aerobic vaginitis – diagnostic problems and treatment / M. Romanik, A. Wojciechowska-Wieja, G. Martirosian // *Ginekol. Pol.*, 2007. – Vol. 78, N 6. – P. 488–491.
18. Smart S. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis / S. Smart, A. Singal, A. Mindel // *Sex. Transm. Infect.*, 2004. – Vol. 80, N 1. – P. 58–62.
19. Tchoudomirova K. Vaginal microbiological flora, and behavioural and clinical findings in women with vulvar pain // K. Tchoudomirova, P.A. Mardh, B. Hellberg // *BJOG.*, 2001. – Vol. 108, N 5. – P. 451–455.
20. Tempera G. Management of aerobic vaginitis / G. Tempera, P.M. Furneri // *Gynecol. Obstet. Invest.*, 2010. – Vol. 70, N 4. – P. 244–249.
21. The classic approach to diagnosis of vulvovaginitis: a critical analysis / J. Bornstein, Y. Lakovsky, I. Lavi, A. Bar-Am [et al.] // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*, 2001. – Vol. 9, № 2. – P. 105–111.
22. Treatment of complicated *Candida* vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole / J.D. Sobel, P.S. Kapernick, M. Zervos, B.D. Reed [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2001. – Vol. 185, N 2. – P. 363–369.
23. Verriere F. Оценка эффективности препарата Полижинакс в лечении вагинитов. Акушерство и гинекология (Българско дружество по акушерство и гинекология Българско дружество по акушерство и гинекология), 2011. – N 50. – С. 32–37.
24. Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women / O.T. Malazy, M. Shariat, R. Heshmat, F. Majlesi [et al.] // *Taiwan. J. Obstet. Gynecol.* – 2007. – Vol. 46, N 4. – P. 399–404.
25. Wilson J. Managing recurrent bacterial vaginosis // *Sex. Transm. Infect.*, 2004. – Vol. 80, N 1. – P. 8–11.