

24-26 сентября в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Инновационные подходы в акушерстве, гинекологии и репродуктологии». В рамках конференции компаний Astellas был проведен сателлитный симпозиум, посвященный проблеме лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. В мероприятии приняли участие ведущие специалисты в области акушерства и гинекологии.

Рациональная терапия воспалительных заболеваний женских половых органов



Открыла симпозиум главный научный сотрудник отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Оксана Васильевна Ромашенко, выступив с докладом «Новое в диагностике и лечении хронических воспалительных заболеваний гениталий, вызванных хламидийной инфекцией». Особое внимание в докладе было уделено взаимосвязи хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ) с формированием женских сексуальных дисфункций (ЖСД).

Стремительное развитие медицины в конце прошлого столетия открывало перспективы успешного решения многих задач в лечении специфических и неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов. Оптимистический взгляд в будущее был основан на научных открытиях в области микробиологии и инфектологии, сделанных благодаря самоотверженным усилиям гениев медицинской науки.

Однако начало XXI века отрезвляюще подействовало на научный мир, который признал ошибочность своих ожиданий и переосмыслил многие представления об инфектологии. На сегодня можно утверждать, что необоснованный оптимизм стал одной из причин увеличения в 2,5 раза частоты воспалительных заболеваний урогениталий хламидийной этиологии у мужчин и женщин. По данным МЗ, в Украине ежегодно регистрируется до 300 тыс. новых случаев хламидиоза, обуславливающих возможность развития трубно-перитонеального бесплодия в 48-65% случаев. Несмотря на имеющийся потенциал терапевтических и арсенал диагностических возможностей, хламидийная инфекция по-прежнему занимает лидирующие позиции среди этиологических факторов, вызывающих развитие воспалительных заболеваний гениталий и, соответственно, различные нарушения гинекологического, соматического и сексуального здоровья.

Урогенитальная хламидийная инфекция, обусловленная *Chlamydia trachomatis*, представляет собой одну из самых распространенных бактериальных инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Для *Chlamydia trachomatis* характерен высокий тропизм к клеткам цилиндрического эпителия урогенитального тракта. В верхние отделы гениталий (маточные трубы) возбудитель попадает как трансканаликулярно, так и непосредственно со сперматозоидами или трихомонадами. Вероятность инфицирования при прямом контакте слизистых оболочек двух индивидов достигает 75%. При хламидийном проктите, обусловленном LGV-биоваром (возбудитель венерической лимфогранулемы), возможен также контактно-бытовой путь передачи инфекции.

Хронические воспалительные заболевания женских половых органов, вызванные хламидийной инфекцией, преимущественно протекают латентно, иногда проявляясь сексуальной дисфункцией. В то же время ЖСД могут быть своего рода индикатором хронических воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных хламидийной инфекцией, и даже способствовать формированию женской асексуальности, как было отмечено на последнем XVI Европейском конгрессе сексуальной медицины, который проходил в конце января этого года в Стамбуле.

На научном форуме была предложена новая классификация женских сексуальных дисфункций (FSD), которая была дополнена расширенной позицией в отношении сексуальной боли, с включением посткоитальных болей, диспареунии, вестибулита, вульводинии, вагинизма. Было уделено особое внимание использованию в гинекологической практике, в том числе при лечении хронических воспалительных заболеваний гениталий, терапевтической модели PLISSIT, где P (premission) – оценка интимных отношений партнеров; LI (limited information) – информации, касающейся нарушений, гинекологического, соматического состояния; SS (specific suggestion) – особенностей сексуального здоровья; IT (intensive therapy) – включение вариантов терапии с привлечением рекомендаций разных специалистов и при условии оценки в едином контексте гинекологического и сексуального здоровья.

При оценке клинического развития воспалительных заболеваний гениталий, в том числе обусловленных *C. trachomatis*, а также перспективы возможных осложнений важен ассоциативный подход с учетом использования усовершенствованных методологических подходов в диагностике и лечении данного состояния. В 2010 году были приняты новые Европейские рекомендации с переоценкой подходов к диагностике и лечению воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных хламидийной инфекцией (European guidelines for the management of pelvic inflammatory disease), которые внесли кардинальные изменения в сложившиеся традиции в этом направлении. В настоящее время для диагностики хламидийной инфекции рекомендуются использовать методы амплификации нуклеиновых

кислот (МАНК), преимущества которых подтверждены многочисленными исследованиями.

МАНК – это группа методов, использующих в качестве мишени короткий участок ДНК или РНК, уникальный для того или иного вида возбудителей:

- ПЦР – воспроизведение *in vitro* небольшого фрагмента ДНК, строго специфического для данного возбудителя;
- рибосомальная РНК – амплификация;
- лигазная цепная реакция.

При использовании МАНК высокая степень информативности исследования обусловлена тем, что концентрация амплификонов (фрагментов ДНК) накапливается в геометрической прогрессии, повышаясь в 106-109 раз и обеспечивая выявление всех известных генотипов и вариантов данного возбудителя.

В настоящее время пересмотрены подходы к выбору материала для исследования. Раньше, учитывая тропизм хламидий к клеткам цилиндрического эпителия, проводилось исследование соскобов из уретры, цервикального канала, прямой кишки. Теперь же предпочтительным материалом при проведении исследования у женщин является биоматериал из влагалища, а у мужчин – первая порция мочи. К тому же, есть основания полагать, что содержание бактерий в урогенитальном тракте после очередной менструации постепенно повышается, а концентрация ингибиторов амплификации в нем возрастает через три недели после менструации. Таким образом, целесообразно использовать для анализа выделения из влагалища на 4-й неделе после последней менструации.

В 90% случаев воспалительные заболевания гениталий у женщин протекают латентно. При этом развитие уретрита, цервицита, сальпингоофорита, проктита этой этиологии сопровождается умеренными слизисто-гнойными выделениями из половых путей, посткоитальными кровянистыми выделениями, нелокализованной болью в нижних отделах живота, повышенной ранимостью и отечностью шейки матки, межменструальными кровянистыми выделениями, умеренной дизурией и различной степени выраженности диспареунией. Пациентки, как правило, несвоевременно обращаются за специализированной гинекологической помощью, когда изменения со стороны гениталий достигают своего апогея и характеризуются их генерализацией, часто сопровождающейся окклюзией маточных труб. Во всех случаях значительные анатомические изменения со стороны органов малого таза сочетаются с типичной триадой признаков, по мнению J. Henry-Suchet, характерных исключительно для хламидийного поражения:

- множественные спайки с выраженным сосудистым рисунком, которые в виде муфт могут окутывать маточные трубы, яичники;
- псевдобулезные высыпания на париетальной брюшине;
- скопление студенистой жидкости в дугласовом пространстве.

Несвоевременная диагностика является одной из главных причин возрастания частоты случаев этиологически неразшифрованного воспалительного процесса со стороны гениталий и выбора неадекватной лечебной тактики.

В нашей клинике в течение 9 лет проводилось изучение состояния сексуального здоровья женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий хламидийной этиологии (n=439). При этом в едином контексте использовались гинекологические, сексологические, микробиологические методы диагностики. Нами была разработана анкета, позволяющая методом интервью в динамике наблюдения оценивать изменения показателей сексуального здоровья обследованных женщин. В то же время использовались стандартизированные сексологические методы – доплерографии сосудов гениталий в период покоя и сексуального возбуждения, а также вибротестирование (определение чувствительности) эрогенных зон первого порядка.

Проведенные нами исследования показали, что на фоне хронических воспалительных заболеваний частота сексуальных дисфункций коррелировала со степенью воспалительных изменений со стороны органов малого таза ($\chi^2=351,4337 > 3,841455$).

Наиболее выраженные проявления ЖСД с преобладанием в их структуре диспареунии наблюдались у женщин с длительностью ХВЗОМТ более 5 лет.

Несомненно то, что существует реальная необходимость по усовершенствованию системы организационных действий, направленных на раннее выявление ИППП, особенно хламидий, и своевременного проведения в таких случаях адекватного лечения. Устранение различных проявлений сексуальных дисфункций у женщин с ХВЗОМТ наблюдалось в большей половине случаев уже после первого этапа проведения противовоспалительной терапии. Однако терапия, направленная на восстановление репродуктивной и сексуальной функции у женщин с ХВЗОМТ хламидийной этиологии, и в наши дни требует усовершенствования. Одной из причин недостаточной эффективности рекомендуемых методов терапии ХВЗОМТ хламидийной этиологии является их несвоевременное

проведение, когда анатомо-функциональные изменения со стороны органов малого таза становятся необратимыми. К тому же, низкая эффективность лечения воспалительных заболеваний гениталий данной этиологии при использовании уже ставших рутинными методологических подходов у женщин объясняется тем, что не всегда создаются необходимые терапевтические концентрации в очаге поражения. Необходимо выделить также проблему хронического персистирующего течения хламидийной инфекции, которая требует при этом переоценки в понимании и переосмысления традиционных подходов в лечении.

Согласно последним Европейским рекомендациям лечения женщин с ХВЗОМТ, обусловленных хламидийной инфекцией, в комплексной противовоспалительной терапии отдают предпочтение использованию 16-членных макролидов, частота и успешность выбора которых в разных странах имеет определенные особенности. Так, для лечения неосложненного урогенитального хламидиоза применяют азитромицин по 500 мг в первые сутки и по 250 мг со 2-го по 5-й день. Во многих странах первую позицию в лечении занимает джозамицин (вильпрафен), который назначают в дозе по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней. По данным метаанализа, прием доксициклина в дозе 100 мг внутрь 2 раза в сутки по-прежнему эффективен. Из списка рекомендуемых препаратов были исключены фторхинолоны и эритромицин.

На сегодня значительное внимание уделяется контролю эффективности проводимого лечения, методика которого постоянно усовершенствуется с анализом клинико-параклинических показателей. Так, к примеру, повышение уровня антител белка теплового шока Hsp60 свидетельствует о реактивации воспалительного процесса и является одним из критериев качественных изменений в клиническом течении урогенитального хламидиоза. Предполагается, что неудачи в лечении хламидийной инфекции при поражении урогенитального тракта обусловлены:

- персистенцией возбудителя;
- реинфицированием от полового партнера;
- возможностью селекции устойчивых мутантов (особенно в случае сочетания хламидийной инфекции с молликутами) под воздействием, к примеру, субоптимальных доз азитромицина (1 г однократно). При проведении повторного курса терапии в случае неэффективности предыдущего рекомендуется проводить лечение в течение 10-14 дней с предпочтением доксициклина или джозамицина.

Несомненно, существует реальная необходимость в переоценке подходов к раннему выявлению и учету поражений гениталий ИППП, в том числе хламидиями, и своевременного проведения в таких случаях адекватного лечения.



Руководитель Центра здоровья женщин фертильного возраста, доктор медицинских наук, профессор Василий Васильевич Подольский продолжил тему специфических воспалительных заболеваний женских половых органов в докладе «Репродуктивное здоровье пары».

– Ключевая роль в генезе нарушения репродуктивного здоровья принадлежит воспалительным заболеваниям половых органов у женщин фертильного возраста. Наиболее важными проблемами бесплодного брака являются разработка методов профилактики и лечения ИППП и их последствий, а также мероприятий, направленных на снижение частоты аборт и их осложнений.

Согласно канадским рекомендациям STI от 2006 г. возбудителями ИППП являются *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium* и вирус простого герпеса. *Chlamydia trachomatis* – один из самых частых возбудителей ИППП. Пристальное внимание к симптомам урогенитального хламидиоза объясняется скрытым течением заболевания, которое следует заподозрить при наличии выделений из влагалища, контактных кровянистых выделений из влагалища, нелокализованной боли в животе, слизисто-гнойных выделений из наружного маточного зева, кровоточивости слизистой шейки матки, отека слизистой шейки матки, межменструальных кровянистых выделений из влагалища, болезненном мочеиспускании.

Выбирая метод диагностики хламидиоза следует учитывать, что результаты популярного МАНК существенно зависят от уровня гормонов в женском организме. На сегодня доказано постепенное увеличение содержания бактерий в половых путях после менструации и достижение максимальной концентрации ингибиторов амплификации в моче через три недели после менструации. Поэтому для анализа лучше всего использовать мазки из влагалища, взятые на 4-й неделе цикла.

Продолжение на стр. 34.

Рациональная терапия воспалительных заболеваний женских половых органов

Продолжение. Начало на стр. 33.

Повторный МАНК для подтверждения следует проводить лишь в том случае, если исследование не уступает в чувствительности методу, применявшемуся при первом анализе. Наличие в материале большого количества хламидий не требует каких-либо подтверждающих исследований, поскольку они будут положительны, а применение дополнительных методов окажется ненужной тратой времени и средств. В свою очередь, подтверждающие тесты при работе с образцами в условиях низкой бактериальной нагрузки не решают вопроса истинности полученных положительных результатов и потому не рекомендуются. Также не рекомендуется проводить подтверждающее исследование при положительном результате анализа на *C. trachomatis*.

Серологическая диагностика рекомендуется только в случае глубоких инфекций, вызываемых *C. trachomatis* (венерическая лимфогранулема, пневмония новорожденных), когда применение МАНК невозможно или недостоверно.

Таким образом, для выявления *C. trachomatis* должны использоваться только методы, основанные на МАНК, которые определяют все известные генотипы и варианты; лаборатории должны быть включены в экспертные сети для своевременного информирования о генетических вариантах и малоизвестных серотипах хламидий; в качестве материала для анализа на *C. trachomatis* рекомендуется использовать у мужчин первую порцию мочи, у женщин – отделяемое влагалища, полученное самой пациенткой.

Вопросы диагностики и лечения урогенитального хламидиоза у беременных требуют особого рассмотрения. Согласно принятым нормам при высокой распространенности хламидиоза в популяции (>5%) необходимо обследовать на *C. trachomatis* всех беременных. Лечение хламидийной инфекции у беременных в соответствии с рекомендациями Европейского руководства (2010) проводят джозамицином (Вильпрафеном) в дозе 500-1000 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, этот препарат безопасен и эффективен в применении. Допустимо также назначение амоксициллина в дозе 500 мг внутрь 4 раза в сутки на протяжении 7 дней.

Следует отметить, что Вильпрафен – единственный макролид для лечения урогенитального хламидиоза с универсальной активностью *in vitro* в отношении как *C. trachomatis*, так и всех клинически значимых видов микоплазм. Эффективность джозамицина при смешанных урогенитальных инфекциях подтверждена в клинических исследованиях у различных категорий пациентов, при различной комбинации возбудителей и степени обсемененности.



Главный репродуктолог Департамента здравоохранения г. Киева, заведующая клиникой репродуктивных технологий УГИР Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Борис обратила внимание врачей на проблему цервицитов в гинекологической практике.

– По данным литературы, диагноз цервицита ставится в 42-70% случаев обращения в женскую консультацию. 70% пациенток с цервицитом сексуально активны и находятся в репродуктивном возрасте. Цервицит также в большинстве случаев имеет малосимптомное течение и в 65-78% случаев склонен к затяжному рецидивирующему процессу. В 60% случаев заболевание может сочетаться с другой патологией шейки матки и заболеваниями близлежащих органов (неспецифический вагинит, бактериальный вагиноз, хронический эндометрит и др.).

Несмотря на малосимптомное течение, цервицит ассоциируется с невынашиванием беременности, преждевременными родами, развитием эктопии и эрозией шейки матки, бесплодием, риском малигнизации. Заболевание нередко является причиной нарушения сексуальной активности и снижения качества жизни.

Наиболее часто цервицит сочетается с неспецифическим вагинитом. Это объясняется анатомо-функциональными особенностями; широкостью спектра возбудителей и механизма заражения; нарушением микробиотоза влагалища, сочетанного с ИППП.

Особое место в структуре причин цервицита занимает хламидийная инфекция (40-49% случаев), являющаяся кофактором онкогенеза. Доказано, что хламидии подавляют местный иммунный ответ, приводят к персистенции, нарушению колонизационной резистентности, дисплазии, метаплазии, эрозии. Low L.C. и соавт. в 2010 году в исследовании с участием 110 женщин с цервицитом показали, что в группе пациенток с хламидийной инфекцией частота метаплазии эпителия в два раза выше, чем у женщин без выявления *Chlamydia trachomatis*.

Не менее частой причиной цервицита являются генитальные микоплазмы – в 25,8% случаев, в социально неблагополучных группах отмечается до 66% больных (n=15 765).

Алгоритм диагностики цервицита начинается с оценки клинических проявлений (жалобы на выделения из половых путей). Далее проводится клиническое, цитологическое, бактериологическое исследование мазков из цервикального канала, кольпоскопия (при необходимости – с биопсией), раздельное

диагностическое выскабливание шейки матки и цервикального канала, ПЦР-диагностика, PCR real-time («Фемофлор», «Флороценоз»).

Согласно Европейским рекомендациям по ведению воспалительных заболеваний малого таза от 2012 г. (European guideline for the management of pelvic inflammatory disease) установленные принципы терапии цервицита:

– назначение антибиотиков широкого спектра действия, активных в отношении *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* и возбудителей-анаэробов;

– желательное применение параллельной антибактериальной схемы с целью выявления других возможных патогенов (*Mycoplasma genitalium*, стрептококки, стафилококки, *E. coli*, *H. influenzae*);

– схема лечения должна характеризоваться хорошей переносимостью.

Схемы первой линии терапии (Макарова О.В., 2007) представлены следующим образом:

– амоксициллин/клавуланат + макролид (возможно применение такой комбинации у беременных, рожениц, кормящих грудью и лиц, планирующих беременность, не использующих контрацепцию);

– амоксициллин/клавуланат + доксициклин;

– офлоксацин + метронидазол.

Возможны также другие комбинации:

– цефалоспорины III поколения + метронидазол (нет воздействия на внутриклеточные патогены);

– амоксициллин/клавуланат + фторхинолон (избыточное «перекрытие» спектра).

Выбирая препарат для лечения цервицита, следует учитывать, что местная терапия не имеет достаточной концентрации действующего вещества в эпителии шейки матки и не обеспечивает полноценной эрадикации возбудителя. Наивысшей активностью среди основных антибиотиков в отношении возбудителей цервицита являются препараты Флемоклав Солютаб, Вильпрафен, Юнидокс Солютаб (рис. 1, 2).

	Анаэробы (<i>G. vaginalis</i> , <i>Bacteroides</i> и др.)	Гр (+) кокки (<i>Staphylococcus spp.</i> и др.)	Гр (-) палочки (<i>E. coli</i> и др.)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Mycoplasma ureaplasma spp.</i>
Ингибиторы азидо-пенициллины Флемоклав Солютаб® (амоксициллин / клавуланат)	+++	+++	+++	++	-	-
Макролиды Вильпрафен® (джозамицин)	-	++	-	+	+++	+++
Тетрациклины Юнидокс Солютаб® (доксициклин)	+	++	+	++	+++	+
Аминогликозиды	-	-	+++	-	-	-
Нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол)	+++	-	-	-	-	-
Цефалоспорины (цефтриаксон, цефиксим)	-	++	+++	+++	-	-
Фторхинолоны (офлоксацин, левофлоксацин)	-	++	+++	++	++	+/
Полусинтетические пенициллины (амоксициллин, ампициллин)	++	+++	++	+	-	-

Рис. 1. Активность основных антибиотиков в отношении возбудителей цервицита



Рис. 2. Спектр активности основных антимикробных препаратов

Учитывая смешанный характер инфекции, разумной тактикой в лечении цервицитов будет назначение комбинации нескольких препаратов. В нашей клинике часто прибегают к комбинации амоксициллин/клавуланат + джозамицин, демонстрирующей высокую эффективность лечения.

Такая комбинация обладает высокой эффективностью в отношении основных возбудителей цервицита, ее бактерицидное действие дает возможность воздействовать на весь спектр потенциальных возбудителей, включая аэробы, анаэробы и возбудители ИППП (хламидии, гонококки, микоплазмы).

Данное сочетание препаратов имеет меньший риск развития нежелательных реакций по сравнению с аналогами, удобно в приеме (высокая комплаентность).



Кандидат медицинских наук, доцент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Татьяна Анатольевна Струк рассказала о комплексном подходе в лечении вульвовагинального кандидоза (ВВК).

– ВВК занимает первое место в Европе и второе – в США в структуре обращений к гинекологу. По данным российского интернет-опроса, из 2108 респондентов (женщин, больных

кандидозом) 36,2% указали на продолжительность ВВК менее года, 44,2% – от 1 до 5 лет, 19,6% – более 5 лет. При этом длительность заболевания положительно коррелировала с частотой обострений ВВК.

Актуальность проблемы наглядно подтверждают и официальные статистические данные: 75% женщин детородного возраста на протяжении жизни имели хотя бы один эпизод ВВК, а 50% – повторный эпизод заболевания; 5% женщин страдают хроническим рецидивирующим кандидозом; среди беременных заболеваемость ВВК достигает 40%.

Согласно современным взглядам рост заболеваемости ВВК объясняется увеличением частоты встречаемости non-albicans видов среди возбудителей, которых за рубежом склонны относить к так называемому осложненному вагинальному кандидозу, ассоциирующемуся с хроническими рецидивирующими формами заболевания, а также с ВИЧ-серопозитивностью (Eschenbach D.A., 2004). Это подтверждает и ретроспективный анализ данной проблемы. Так, если в начале 90-х годов заболеваемость ВВК, вызванным *C. albicans*, составляла 95% (5% всех случаев приходилось на долю других видов *Candida*), то в настоящее время отмечается четкая тенденция (при сохранении ведущей роли *C. albicans*) увеличения числа случаев, вызванных видами non-albicans (до 17-30%).

Актуальность проблемы кандидоза в значительной степени связана с ростом этой патологии у беременных женщин и обусловленным ею риском развития серьезных акушерских осложнений: преждевременные роды, разрыв плодных оболочек и рождение детей с низкой массой тела; хориоамнионит и внутриутробное инфицирование плода; интранатальное инфицирование и развитие *Candida*-инфекций у новорожденных.

Не менее сложной проблемой является и лечение ВВК. Причинами неэффективности терапии и рецидивов ВВК является самолечение; назначение комбинированных местных препаратов с низким содержанием противогрибковых средств, реинфицирование из-за неинвазивного кандидоза кишечника, рост резистентности к часто используемому азоловым антимикотикам. Так, по данным Мальбахова Е.Т. (2009), за 10 лет произошло снижение чувствительности клинических изолятов дрожжей к азолам и повышение чувствительности к пимафуцину.

За последние 10 лет также снизилась чувствительность дрожжевых грибов к Флюконазолу – в 2,2 раза; клотримазолу – в 1,9 раза; кетоконазолу – в 2,7 раза; итраконазолу – в 1,7 раза; нитрофунгину – в 3 раза.

В данном контексте уместна цитата профессора Университетской клиники Маннхайма Херберта Хофа: «Сегодня мы все чаще наблюдаем в медицине, как те грибы, которые раньше были восприимчивы к азолам, становятся резистентными и перестают на них реагировать, так что наше главное оружие в борьбе с микозами теряет свою эффективность».

Особую нишу среди противогрибковых препаратов занимает натамицин, поскольку формирование резистентности к данному препарату осуществляется путем снижения содержания эргостерина в мембране, который обеспечивает бактерицидный эффект. При этом подобные эргостериндефицитные мутанты обладают сниженной жизнеспособностью и вирулентностью, а также через несколько поколений восстанавливают продукцию эргостерина, снова обретая чувствительность, что объясняет фактическое отсутствие резистентности к натамицину. На фармацевтическом рынке Украины натамицин представлен препаратом с торговым названием Пимафуцин, широко применяемым при лечении ВВК.

Схема лечения ВВК зависит от клинической формы заболевания. Так, при острой форме молочницы достаточным бывает интравагинальное введение шести свечей Пимафуцина (по 1 свече на ночь). При хроническом рецидивирующем течении потребуются увеличение продолжительности курса лечения до 9 дней и комплексная схема с использованием свечей, таблеток и крема Пимафуцин. Таким образом, дополнительным преимуществом препарата является наличие разнообразных лекарственных форм, позволяющих подобрать каждому пациенту оптимальную схему лечения. Пимафуцин не оказывает тератогенного действия и может применяться у беременных даже при назначении его в дозе 100 мг/сут (подтверждено исследованием «случай-контроль» за период с 1980 по 1996 год с участием 60 994 беременных, получавших натамицин).

Значимым преимуществом препарата является возможность его применения в ранние сроки беременности, в период лактации и у новорожденных.

Подготовила **Наталья Карпенко**