



Основные принципы ведения пациенток с вагинальными выделениями

Одной из наиболее распространенных причин обращения женщин к гинекологу являются патологические выделения из половых путей. Представляем вашему вниманию обзор Европейского руководства по ведению пациенток с вагинальными выделениями (2011) Международного союза по борьбе с инфекциями, передающимися половым путем.

Три наиболее частых инфекционных заболевания у женщин – бактериальный вагиноз (БВ), трихомониаз и кандидоз – ассоциированы с появлением вагинальных выделений. Выделения из половых путей женщины могут быть вызваны и рядом других физиологических или патологических состояний, включая цервицит, аэробный вагинит, атрофический вагинит и эктопию слизистой шейки матки (табл.). Вопрос о наличии

Таблица. Клинические признаки инфекционных заболеваний, которые проявляются выделениями из женских половых путей

Клинические признаки	БВ	Кандидоз	Трихомониаз
Субъективные симптомы	Приблизительно у 50% пациенток отсутствуют	У 10-20% отсутствуют	У 10-50% отсутствуют
	Интенсивные выделения с запахом рыбы	Зуд вульвы	Интенсивные вагинальные выделения
		Болезненные ощущения в области вульвы	Зуд/раздражение вульвы
		Вагинальные выделения (необильные)	Дизурия
		Поверхностная диспареуния	Редко – дискомфорт в нижней части живота
Объективные симптомы	Белые гомогенные выделения, сплошным слоем покрывающие всю слизистую влагалища	Эритема вульвы	Эритема вульвы
	Отсутствие признаков вагинита	Трещины вульвы	Признаки вагинита
		Творожистые вагинальные выделения (необильные)	Вагинальные выделения: до 70% пенистые и 10-30% желтые
		Сопутствующие повреждения кожи	Приблизительно у 2% женщин симптом «клубничной» шейки матки определяется невооруженным глазом
		Отек вульвы	У 5-15% пациенток нет патологических признаков



этих состояний должен рассматриваться в случаях отрицательных результатов тестов на специфические инфекции. Кроме того, у некоторых женщин могут наблюдаться такие состояния, как дерматоз вульвы или аллергические и раздражительные реакции. Иногда вагинальные выделения являются проявлением хламидиоза или гонореи.

Клинические проявления

Диагноз и БВ, и кандидоза устанавливается на основании субъективных и объективных признаков, подтверждается данными лабораторных исследований, специфичность и чувствительность которых варьируют.

Диагностика

В идеале все женщины, обратившиеся с жалобами на патологические выделения из половых путей, должны быть обследованы (уровень доказательности [УД] III, степень рекомендаций [СР] C). В отсутствие такой возможности клиническое и лабораторное обследование обязательно проводится в случаях:

- обнаружения *Trichomonas vaginalis* при цитологическом исследовании;
- диагностики трихомониаза у сексуального партнера;
- неэффективности эмпирической терапии вульвовагинита;
- тяжелых или рецидивирующих симптомов вульвовагинита.

Женщины без симптомов не нуждаются в обследовании по поводу БВ или кандидоза влагалища.

Лабораторная диагностика

Окончательный диагноз каждой инфекции основан на результатах лабораторных тестов. Образец выделений берется тампоном со стенки влагалища. По возможности прямая микроскопия проводится немедленно.

Критерии диагноза БВ (УД II, СР B)

А. Клиническая диагностика по Амселю (наличие трех из четырех критериев):

1. Гомогенные серовато-белые выделения.
2. pH вагинальной среды > 4,5.
3. Запах рыбы (для выявления используется несколько капель 10% гидроксида калия – аминотест).
4. Обнаружение ключевых клеток при микроскопии нативного препарата.

Б. Индекс Ньюджента. Используется как золотой стандарт обследования и состоит в оценке по шкале от 0 до 10 баллов соотношения бактериальных морфотипов в вагинальном мазке, окрашенном по Граму.

Индекс Ньюджента < 4 – норма, 4-6 – промежуточный, > 6 – БВ.

В. Критерии Nay/Ison основаны на данных микроскопии окрашенного по Граму мазка и отра-

жают состояние микрофлоры лучше, чем индекс Ньюджента.

Степень 0: определяются только эпителиальные клетки, отсутствуют лактобактерии.

Степень 1 (норма): преобладают морфотипы лактобактерий.

Степень 2 (промежуточная): смешанная флора с небольшим количеством лактобактерий, наличием *Gardnerella* или *Mobiluncus*.

Степень 3 (БВ): преобладание *Gardnerella* или *Mobiluncus*, наличие ключевых клеток. Небольшое количество или отсутствие лактобактерий.

Степень 4 (аэробный вагинит): только грамположительные кокки, отсутствие лактобактерий.

Критерии диагноза вагинального кандидоза (УД III, СР B)

- отсутствие запаха (тест на запах при осмотре в зеркалах и аминотест мазков) является дополнительным, а не диагностическим, так как кандидоз и БВ/трихомониаз обычно не сочетаются;
- дрожжевые грибы или псевдогрибы в нативном препарате вагинальных выделений (чувствительность 40-60%);
- дрожжевые грибы или псевдогрибы в окрашенном по Граму препарате вагинальных выделений (чувствительность до 65%);
- выявление грибов рода *Candida* при культуральном исследовании содержимого влагалища. По возможности необходимо провести видовую идентификацию *Candida albicans* или non-*albicans*. При непосредственном посеве на среду Сабуро результаты должны быть определены как слабый, умеренный или массивный рост;
- повторное выделение тех же видов грибов non-*albicans* (обычно *Candida glabrata*) может свидетельствовать о сниженной противогрибковой чувствительности.

Критерии диагностики вагинального трихомониаза (УД III, СР B)

А. Непосредственное обнаружение микроорганизма в нативном или окрашенном акридиновым оранжевым препарате, взятом с заднего свода влагалища. Микроскопия для выявления *T. vaginalis* должна проводиться как можно раньше после взятия мазка, так как подвижность бактерии уменьшается со временем.

Б. Культуральный метод (диагностируется до 95% случаев).

В. Методы амплификации нуклеиновых кислот (чувствительность и специфичность приближаются к 100%).

Лечение

Показания к лечению БВ:

- характерные симптомы;



- положительные результаты прямой микроскопии у некоторых беременных с/без симптомов (идиопатические преждевременные роды или поздний выкидыш в анамнезе);
- предстоящее хирургическое вмешательство;
- дополнительно: положительные результаты микроскопии у женщин без симптомов. Уменьшение выделений может наблюдаться после терапии;
- партнерам-мужчинам лечение не показано.

Показания к лечению кандидоза:

- наличие симптомов при микроскопическом или культуральном выявлении грибов рода *Candida*;
- женщины без симптомов не нуждаются в лечении, как и партнеры-мужчины без симптомов.

Показания к лечению трихомониаза:

- положительные тесты на трихомониаз, независимо от наличия симптоматики;
- эпидемиологическое лечение сексуальных партнеров.

Рекомендуемые схемы терапии трихомониаза и БВ (УД Ia, СР А)

Первая линия выбора:

- метронидазол 400–500 мг перорально два раза в день в течение 5–7 дней;
- метронидазол 2 г перорально однократно или тинидазол 2 г перорально однократно.

Альтернативные схемы лечения только БВ:

- метронидазол гель (0,75%) интравагинально один раз в день в течение 5 дней;
- крем клиндамицина (2%) интравагинально один раз в день в течение 7 дней;
- клиндамицин 300 мг перорально два раза в день в течение 7 дней.

Рекомендуемые схемы лечения вагинального кандидоза (УД II, СР А)

Интравагинальное и пероральное применение лекарственных средств в равной степени обеспечивает эффективное лечение вагинального кандидоза. Терапия азолами приводит к купированию симптомов и негативным результатам бакпосевов у 80–90% пациенток, окончивших лечение, независимо от способа применения. Во время беременности рекомендовано назначение препаратов только местно. В целом стандартное назначение однократной дозы так же эффективно, как и курсовое. Доказано,

что при выраженных симптомах эффект усиливается при повторном назначении 150 мг флуконазола через 3 дня. Такое применение не влияет на частоту рецидивов.

Перорально применяются:

- флуконазол 150 мг однократно;
- итраконазол 200 мг 2 раза в сутки один день.

Местное лечение включает:

- клотримазол вагинальные таблетки 500 мг 1 раз или 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней;
- миконазол вагинальные суппозитории 1200 мг однократно или 400 мг 1 раз в день в течение 3 дней;
- эконазол вагинальный pessaries 150 мг однократно.

Лечение в период беременности

В многочисленных исследованиях и метаанализах не обнаружен тератогенный или мутагенный эффект метронидазола (относится к препаратам категории В).

Безопасность применения тинидазола (категория С) для беременных изучена недостаточно.

Пероральные противогрибковые препараты не должны применяться во время беременности. При применении нистатина, который не относится к группе азолов, уровень излеченности кандидоза достигает 70–90%. Препарат может быть эффективным при лечении женщин, у которых выделены микроорганизмы, нечувствительные к производным азола. Нистатин назначается в форме вагинальных свечей по 100 000 ЕД, по 1–2 свече на ночь в течение 14 ночей.

Хроническая инфекция, вызванная *C. glabrata*, требует длительного курса лечения. Первой линией выбора является нистатин в течение 21 дня. Также возможно назначение флуцитозина как в качестве монотерапии, так и в комбинации с амфотерицином. Эффективность терапии оценивается на основании результатов культурального исследования, так как купирование симптомов может продлиться несколько месяцев.

Подготовила Виктория Лисица

*По материалам:
J. Sherrard, G. Donders, D. White, J. S. Jensen.
European (IUSTI/WHO)
guideline on the management of vaginal discharge, 2011.*



О.А. Ефименко,

к.мед.н., старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

В структуре гинекологической патологии значительную часть составляют инфекционные заболевания вульвы и влагалища. Согласно результатам исследований этиологических факторов вульвовагинитов, в подавляющем большинстве (72%) случаев причиной патологии являются грибы рода *Candida*. В последние десятилетия все более актуальной становится роль вида non-*albicans*, в частности *Candida glabrata*. В случаях инфицированности, подтвержденных результатами бактериологического исследования, терапией первой линии признаны препараты группы азолов, такие как флуконазол. Однако в ряде исследований установлена быстро возрастающая устойчивость *C. glabrata* при лечении пациенток азолами. Ввиду увеличения количества резистентных штаммов микроорганизмов практикующие акушеры-гинекологи ежедневно сталкиваются с проблемой подбора эффективной терапии вагинальных инфекций.

Относительно влияния различных антигрибковых препаратов на отдельные виды *Candida* представляет интерес недавнее исследование F. Choukri et al. (2014), в котором изучалась активность *in vitro* эконазола, миконазола, клотримазола и нистатина. Из результатов исследования следует, что активность азольных препаратов изменяется относительно видов *Candida non-albicans* по сравнению с *Candida albicans*. Для эффективного воздействия этих препаратов на *C. glabrata* необходимо повышение их минимальной подавляющей концентрации. В то же время противогрибковая активность нистатина одинакова против всех видов *Candida* (значение минимальной ингибирующей концентрации составляет 4 мг/л). Полученные результаты подтверждают данные о стойкой эффективности нистатина, несмотря на многолетний опыт его применения для лечения вульвовагинального кандидоза.

В современных условиях крайне редко встречаются вагиниты, обусловленные моноинфекцией, в т.ч. и грибковой. Как правило, при культуральном исследовании содержимого влагалища выделяется смешанная флора (*Staphylococcus spp.*, *Enterococcus faecium*,

Escherichia coli, *Enterobacter aerogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Cryptococcus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Schigellae*, *Aspergillus* и т.п.), которая включает 30-40% представителей рода *Candida* как *albicans*, так и non-*albicans*. Такой широкий спектр микроорганизмов требует комплексной санации. Этим критериям соответствует препарат Полижинакс, содержащий нистатин, полимиксин В, неомицин и гель диметилполисилоксана. Многокомпонентность Полижинакса обеспечивает его эффективность в отношении полимикробных ассоциаций. В открытом многоцентровом исследовании (Verriere F., 2012) доказана высокая эффективность препарата Полижинакс в лечении вагинитов грибковой, бактериальной и смешанной этиологии: клиническое улучшение наблюдалось у 97,8% женщин, нормализация микробиологических показателей – от 95,7 до 100% случаев в зависимости от возбудителя.

Таким образом, применяя Полижинакс, удается воздействовать на грамположительную и грамотрицательную флору, не нарушая при этом баланс лактобактерий. Гель в составе препарата, обладающий обволакивающим и противозудным эффектами, обеспечивает комфортное введение даже при наличии воспаления и быстрое распределение лекарственного средства по всей слизистой влагалища. Лечение может продолжаться и во время менструации. Применение Полижинакса разрешено при беременности, поскольку в клинических испытаниях не отмечено случаев фетотоксичности. Для девственниц существует специальная форма выпуска препарата – Полижинакс Вирго.

Назначение Полижинакса решает проблему подбора препарата на этапе, когда к широко используемым антимикотическим средствам и комбинированным препаратам, содержащим клотримазол и миконазол, развивается резистентность наиболее клинически значимых возбудителей. В особенности это касается тех случаев, когда по ряду причин лечение необходимо начать незамедлительно, до получения результатов микробиологического исследования.

①