



Проблемные вопросы местной гормонотерапии и стратегия лечения вульвовагинитов: вопросы и ответы

23-25 сентября 2009 года в г. Черновцах состоялся Пленум Ассоциации акушеров-гинекологов Украины и научно-практической конференции с международным участием на тему «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и детской гинекологии».

Повышение качества жизни женщины в репродуктивном и перименопаузальном периоде, тактика ведения женщины при различных гормональных нарушениях, при вульвовагинитах, подготовка женщины к планируемой беременности, правильный выбор местной гормональной терапии – эти и другие вопросы обсуждались в ходе сателлитного симпозиума, проходившего при поддержке компании «Евромедекс».

Не часто встречается оживленная дискуссия, которая была на этом сателлитном симпозиуме. Из уст врачей прозвучали вопросы, которые возникают в реальной клинической практике. Представляем Вам наиболее интересные ответы ведущих отечественных специалистов в области акушерства и гинекологии.

Заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Зинаида Михайловна Дубоссарская в своем выступлении сделала акцент на изменениях, происходящих в экосистеме влагалища женщины в менопаузальном переходе и постменопаузе.



Менопауза – достаточно тяжелый период в жизни любой женщины, характеризующийся существенным снижением качества жизни, на которое в значительной степени влияют проявления климактерического синдрома. Ситуацию усугубляют симптомы урогенитальных расстройств, которые оказывают неблагоприятное влияние на социальную, сексуальную жизнь любой женщины и о которых многие пациентки предпочитают умалчивать на приеме у врача. Между тем своевременное и адекватное лечение этих расстройств в значительной степени улучшает состояние женщины и позволяет ей быстрее адаптироваться к новому состоянию, минуя тот мучительный период, когда болезненные и неприятные ощущения приводят к снижению работоспособности и даже развитию депрессии, возникновению болезней, связанных с возрастными изменениями, в том числе урогенитальному старению.

Важную роль в устранении или снижении выраженности климактерических симптомов играет заместительная гормонотерапия (ЗГТ), однако врачи в повседневной практике все чаще сталкиваются с наличием определенных противопоказаний к данному виду терапии либо с нежеланием пациенток принимать гормональные препараты. В этих случаях врач должен рассмотреть вопрос о назначении местной гормональной терапии.

– Можно ли говорить о возможности полной замены системной ЗГТ лечением гормональными препаратами местного действия?
– Выбор системной или местной гормональной терапии является строго индивидуальным и зависит от возраста пациентки, длительности постменопаузы, конкретных жалоб, а также от наличия и выраженности системных изменений. В случаях возникновения урогенитальных расстройств в рамках выраженного климактерического синдрома, а также при необходимости лечения и профилактики развития сердечно-сосудистой патологии и остеопороза пациенткам показана системная гормональная терапия.

При изолированных урогенитальных расстройствах, наличии абсолютных противопоказаний к системной ЗГТ или категорическом нежелании пациенток принимать гормональные препараты системного

действия, при наличии в анамнезе заболеваний, требующих осторожности в назначении системной ЗГТ, или наличии противопоказаний, или снижения показаний (бронхиальная астма, мигрень, эпилепсия, узловая форма мастопатии, эндометриоз, лейомиома матки, депрессия, тромбозы), а также при первом обращении по поводу урогенитальных расстройств в возрасте старше 65 лет можно ставить вопрос о назначении местных гормональных препаратов.

Применяя эффективные местные гормональные препараты, врач вполне может справиться с симптомами атрофического вагинита (зуд, жжение, диспареуния), которые развиваются вследствие изменения уровня pH среды влагалища, трофических нарушений, а также нарушений биоценоза влагалища в менопаузальном переходе. В европейских странах в комплексе медикаментозной терапии эстрогендефицитных состояний у женщин старших возрастных групп одно из лидирующих мест занимает проместрин – синтетическое действующее вещество, обладающее эстрогенной активностью. Использование проместрина способствует устранению симптомов атрофического вагинита путем восстановления оптимального уровня pH среды влагалища, трофики и биоценоза влагалища.

На украинском фармацевтическом рынке сегодня представлен препарат Колпотрофин (Laboratories Theramex, Франция), в состав которого входит проместрин. Препарат выпускается в форме вагинальных капсул и вагинального крема. Наши исследования подтвердили его высокую эффективность.

– Изменение гормонального статуса женщины неизбежно приводит к нарушению биотопа влагалища и ослаблению иммунного ответа при внедрении различных возбудителей. Как следствие, в перименопаузальный период чаще возникают рецидивы вульвовагинальных инфекций. Какие существуют возможности эффективного лечения таких рецидивов?

– В климактерическом периоде дефицит эстрогенов приводит к прекращению пролиферативных процессов во влагалище, вследствие этого из эпителиальных клеток исчезает гликоген, а из влагалищного биотопа частично или полностью (в зависимости от степени эстрогенного дефицита и возрастных метаболических нарушений) элиминируется основной компонент биотопа – лактобациллы. Происходит колонизация вагинального биотопа как экзогенными микроорганизмами, так и эндогенной флорой, возрастает риск возникновения инфекционных заболеваний влагалища и развития восходящей урологической инфекции (В.П. Сметник, В.Е. Балан, 2001). Распространенным является мнение о возможности колонизации влагалища так называемой «фекальной» микрофлорой – энтерококками, колиформными бактериями, которые обитают в кишечнике.

По нашим данным, рецидивы вульвовагинальных инфекций хорошо поддаются лечению препаратом Колпосептин («Лабора́тория Терамекс», Монако), который выпускается в форме вагинальных таблеток. В состав Колпосептина входят антисептик хлорхинальдол и синтетическое

эстрогеноподобное вещество проместрин. Двойное действие препарата, при котором хлорхинальдол, обладающий широким спектром антибактериальной активности, оказывает прямое воздействие на инфекционные агенты, а проместрин способствует восстановлению биотопа влагалища, усиливает защитные свойства слизистой оболочки и способствует предотвращению возникновения рецидивов вульвовагинальных инфекций.

Следует отметить, что результаты лечения с применением Колпосептина во многом зависят от того, использует ли врач комплексный подход к лечению вульвовагинальных инфекций. Лечение дисбиоза влагалища необходимо проводить одновременно с санацией всех очагов генитальной и экстагенитальной инфекции, включая и дисбактериоз кишечника.

– С какого возраста можно назначать местные гормональные препараты?

– Это зависит от целей, которые ставит перед собой врач, назначая проместрин: при разрушении синехий у девочек или при урогенитальных расстройствах у женщин в менопаузальном переходе.

– Как долго можно применять местные эстрогены в возрасте до 40 лет?

– В зависимости от показаний. Так, перед родами прибегают к краткому курсу для подготовки шейки матки.

– Можно ли применять Колпотрофин при тяжелых формах атрофического вагинита у женщин в менопаузе, и в каких еще случаях может использоваться этот препарат?

– Как показывает практический опыт, применение Колпотрофина вполне оправдано даже при тяжелых, трудно поддающихся лечению формах атрофического вагинита, возникающих в постменопаузе. По данным клинического исследования, проводившегося сотрудниками нашей кафедры, Колпотрофин (10 мг интравагинально в течение 20 дней) способствовал восстановлению параметров индекса вагинального здоровья у 62% женщин с атрофическим вагинитом в менопаузе, из которых более 60% имели среднюю и тяжелую форму заболевания.

Доказана также эффективность использования Колпотрофина после различных вмешательств на шейке матки и в послеродовом периоде (в исследовании наблюдалось улучшение эпителизации после эпизитомий в 73% случаев). Кроме того, отечественный опыт использования препарата свидетельствует о наличии положительного эффекта и хорошей переносимости при его применении после лечения CO₂-лазером доброкачественных заболеваний шейки матки, вульвы и влагалища.

– С какого дня после проведенной диатермо-, криодеструкции или радиокоагуляции шейки матки можно применять Колпотрофин? Можно ли сочетать его с интерфероном?

– Сроки начала терапии Колпотрофином и ее продолжительность в этих случаях определяются индивидуально, в зависимости от состояния эпителия шейки матки после проведения процедуры. Как правило, Колпотрофин в виде вагинальных капсул можно назначать на следующие сутки

после осуществления указанных процедур в течение 10 дней.

Как показали исследования, благодаря выраженному заживляющему действию проместрина, происходит более быстрая и полноценная эпителизация эктоцервикса, улучшается биоценоз влагалища, снижается риск инфицирования и риск рецидива эрозии шейки матки. При вирусных поражениях шейки матки целесообразно применять Колпотрофин, до и после него – индукторы интерферона. При ВПЧ-инфекции обсуждается проведение вакцинации.

– Какова рекомендуемая длительность курса лечения Колпотрофином при урогенитальных расстройствах?

– Проведение местной гормональной терапии требует индивидуального подхода, при этом применение каждого препарата должно быть лишь одним из этапов, а не единственным способом лечения. Поэтому продолжительность и необходимость повторных курсов лечения Колпотрофином определяются видом и степенью тяжести гормональных нарушений, возрастом пациентки и выраженностью ведущих симптомов. При необходимости терапия с применением препарата в течение 20 дней проводится 2-3 курсами в течение года.

– Противопоказаниями к применению препаратов эстрогенов системного действия являются некоторые заболевания печени, некоторые формы мастопатии, тромбозы, генитальный эндометриоз, лейомиома матки и варикозная болезнь. Можно ли применять Колпотрофин при перечисленных патологиях?

– Препарат Колпотрофин оказывает исключительно местное действие, поскольку проместрин не проникает через мальпигиеву мембрану, кожу и слизистые оболочки в системный кровоток и при интравагинальном введении не оказывает системного воздействия на организм. Поэтому можно сказать, что проместрин более безопасен по сравнению с другими эстрогенсодержащими препаратами. В европейских исследованиях даже при использовании очень высоких доз или длительных курсов лечения Колпотрофином у женщин в перименопаузе не отмечалось значимого повышения уровня эстрогенов в плазме крови. Кроме того, в этих исследованиях было показано, что интравагинальное введение препарата не изменяет плазменных концентраций эстрогензависимых печеночных протеинов и циркулирующих гонадотропинов, что также подтверждает отсутствие проникновения действующего вещества препарата через эпителий влагалища в системный кровоток. Поэтому Колпотрофин не противопоказан в перечисленных случаях. Однако следует помнить, что, несмотря на отсутствие системных эффектов, применение препарата противопоказано при уже развившихся эстрогензависимых опухолях (раке молочной железы, эндометрия, неуточненных маточных кровотечениях). Данные противопоказания являются общепринятыми для всего класса эстрогенсодержащих препаратов.

– Следует ли перед назначением Колпотрофина проводить такие обследования, как маммография, УЗИ органов малого таза, определение СА125 в сыворотке крови?

– Целесообразность этих исследований определяется степенью риска развития онкологических заболеваний у конкретной пациентки, но не необходимостью или сроками проведения лечения Колпотрофином. Проблема влияния гормональной терапии на риск развития онкопатологий у женщин рассматривается сегодня в контексте использования системной ЗГТ, и на

сегодня однозначных выводов по данному вопросу не сделано. Дискуссия на тему золотого стандарта лечения продолжается.

– Являются ли дистрофические процессы вульвы показанием или противопоказанием для длительного применения Колпотрофина?

– В таких случаях необходима консультация онкогинеколога, цитологический контроль, а затем – индивидуализация подхода к применению Колпотрофина по срокам, показаниям и противопоказаниям.

– Какова эффективность применения Колпосептина и Колпотрофина с целью санации влагалища при дисплазии шейки матки (согласно приказу №676 МЗ Украины)?

– Только дисплазия слабой (I степени) лечится акушером-гинекологом в зависимости от биотопа влагалища, дисплазия средней и тяжелой степени – удел специалиста онкогинеколога. Согласно приказу № 676 МЗ Украины при дисплазиях шейки матки данный препарат не входит в клинический протокол лечения.

– Какова возможность и тактика назначения Колпотрофина при эндометриозе шейки матки?

– Учитывая системный характер нарушений при генитальном эндометриозе любой локализации, местная гормонотерапия не является патогенетически обоснованной.

– Какие особенности терапии урогенитальных расстройств у женщин с дисгенезией гонад (синдромом Шерешевского-Тернера)? В литературе противоречивые данные – некоторые рекомендуют ЗГТ, некоторые – трехфазные КОК.

– Доказано, что после установления дисгенезии гонад вопрос о применении КОК как ЗГТ решается индивидуально, причем речь идет о низкодозированных КОК.

– Известны случаи «эстриолового» рака по данным российских публикаций. Как долго можно применять Колпотрофин в менопаузе и как контролировать предраковые состояния?

– Цитологический контроль у женщин, применяющих проместрин, такой же, как у женщин, не применявших его. Согласно инструкции по применению Колпотрофин не имеет ограничений по длительности назначения, так как проместрин не всасывается в системный кровоток и не вызывает системные эффекты.

– Может ли гормональная терапия, обуславливающая индукцию цитокинового каскада, привести к обострению воспалительного процесса?

– Нет, патогенез обострения воспалительного процесса гениталий зависит от биотопа влагалища, иммунобиологической резистентности организма женщины, длительная терапия КОК предотвращает обострения воспалительных заболеваний.

Еще одной важной проблеме – коррекции нарушений урогенитальных расстройств у женщин – был посвящен доклад доцента кафедры акушерства и гинекологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Галины Федоровны Рошиной.



– Мочевой пузырь, связочный аппарат малого таза, мышцы тазового дна, а также мышечный слой уретры и влагалища являются эстрогензависимыми структурами. Поэтому дефицит эстрогенов во многих случаях является патогенетической основой возникновения ургентного и стрессового недержания мочи, сочетающегося с симптомами

цистоуретрита и вагинальной атрофии. Результаты целого ряда клинических исследований явились основанием для формирования вывода о том, что у женщин с недержанием мочи и вагинальной атрофией является целесообразным проведение местной эстрогенотерапии. В частности, к такому выводу пришли в 2008 г. эксперты Североамериканского общества изучения проблем менопаузы.

– Имеет ли смысл назначение Колпотрофина у молодых пациенток с недержанием мочи (особенно стрессового характера) при отсутствии атрофии слизистой влагалища?

– Недержание мочи стрессового характера без атрофии слизистой влагалища может встречаться у молодых пациенток и иметь иные причины, помимо гормональных нарушений, в зависимости от которых и осуществляется выбор способа лечения. В некоторых случаях хороший эффект в снижении выраженности нарушений мочеиспускания оказывают мероприятия, направленные на устранение причин повышения внутрибрюшного давления (ношение тяжестей, занятия спортом, невозможность осуществить мочеиспускание длительное время), а также лечение хронических запоров. В случае же выявления нарушений гормонального баланса, в частности эстрогенной недостаточности, местная гормональная терапия будет показана таким пациенткам в комплексном лечении недержания мочи.

– Помимо наступления естественной менопаузы, причиной возникновения урогенитальных расстройств могут быть овариэктомия или гистерэктомия, синдром истощения яичников (СИЯ). Можно ли применять Колпотрофин в этих ситуациях?

– Колпотрофин обладает доказанной эффективностью в лечении урогенитальных расстройств у таких пациенток. Это подтверждают и результаты применения Колпотрофина в ходе исследований, проводившихся на базе нашей кафедры. Так, в исследовании, проведенном с участием пациенток в возрасте 34–49 лет с длительными расстройствами менструального цикла после оперативных вмешательств (гистерэктомия с придатками или овариэктомия) или СИЯ, наблюдалось уменьшение показателей вагинальной атрофии и симптомов недержания мочи после лечения с использованием Колпотрофина.

– Как применять Колпотрофин у женщин детородного возраста при синдроме преждевременного истощения яичников?

– Синдром преждевременного истощения яичников (СПИЯ) возникает у определенной категории женщин позднего репродуктивного возраста и свидетельствует об истощении фолликулярного запаса яичников. Он сопровождается резким снижением продукции яичниковых эстрогенов и может привести к развитию урогенитальных расстройств. При превалировании в клинической картине симптомов урогенитальных расстройств (вагинальной атрофии, цисталгии, недержания мочи) уже при первичном обращении пациентки врач может назначить Колпотрофин. Данное назначение можно трактовать как «скоромощная» терапия в борьбе с вышеуказанными неприятными проявлениями эстрогендефицитного состояния. После полного обследования согласно критериям подбора препаратов системной ЗГТ такие пациентки могут сочетать еще какое-то время применение Колпотрофина с системными препаратами ЗГТ. По данным профессора Я.З. Зайдиевой, длительность данной комбинации (местной и системной ЗГТ) составляет от 1 до 6 месяцев.

– Можно ли назначать Колпотрофин на фоне лечения агонистами гонадотропин-рилизинг гормона?

– Следует отметить, что лечение агонистами гонадотропин-рилизинг гормона не является противопоказанием к использованию местных эстрогенов,

в том числе – Колпотрофина. Более того, еще в 1993 г. в исследовании А. Рegino и соавт. было показано, что у женщин в возрасте 18–43 лет на фоне комбинированного применения Колпотрофина в виде крема Колпотрофин и агонистов гонадотропин-рилизинг гормона на протяжении 3–6 мес происходит достоверное уменьшение вагинальных симптомов. При этом наиболее выраженным было уменьшение таких симптомов, как сухость, жжение, зуд, диспареуния. Через 4 мес проводимой сочетанной терапии агонистами рилизинг-гормонов и применения крема Колпотрофина 1 раз в 3 дня диспареуния полностью была устранена, тогда как в группе контроля (монотерапия агонистами рилизинг-гормона) диспареуния усиливалась.

– У молодой пациентки 30 лет без акушерской патологии на фоне использования (3 года) вагинальных колец, содержащих этоноргестрел и этинилэстрадиол, возникли урогенитальные расстройства (недержание мочи). Эффективно ли использование Колпотрофина и по какой схеме?

– Для данной пациентки, у которой на фоне длительного использования вагинального гормонального кольца возникли симптомы урогенитальных расстройств, рационально предложить следующие шаги диагностики и наблюдения:

1. Извлечь в ближайшем менструальном цикле кольцо → наблюдение в течение 2 циклов → симптомы урогенитальных расстройств исчезли → рекомендация другого метода контрацепции.

2. Извлечь в ближайшем менструальном цикле кольцо → симптомы урогенитальных расстройств не исчезли → комплексное уродинамическое исследование для установления причины урологических расстройств.

Особенностям местной терапии в клинике невынашивания беременности был посвящен доклад доктора медицинских наук, профессора Веры Ивановны Пироговой (Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого).



– Невынашивание беременности – проблема не только медицинского, но и социального, а также этического характера. В клинической практике сегодня все чаще встречаются пациентки с неоднократным самопроизвольным

прерыванием беременности в анамнезе. Каждая неудачно завершившаяся беременность означает осуществление инструментальных внутриматочных вмешательств и гормональный стресс для организма женщины. Вследствие этого у таких пациенток неизбежно развивается ряд гормональных нарушений (дисбаланс фракций эстрогенов и снижение их уровня), реализующихся изменениями на уровне экосистемы влагалища с нарушением биотопа и развитием рецидивирующих воспалительных процессов при отсутствии клинических эффектов от традиционной терапии.

Такие пациентки нуждаются в адекватной подготовке к предстоящей беременности, что подразумевает проведение комплексной терапии на протяжении 3–4 мес – начиная с лечения воспалительных заболеваний органов половой системы, которые нередко являются одним из важных факторов невынашивания беременности, и заканчивая гормональной реабилитацией. Использование препарата Колпосептин в комплексном лечении данной категории пациенток, в том числе и на фоне антибиотикотерапии, позволяет не только эффективно воздействовать на некоторые причины

Продолжение на стр. 56.

Проблемные вопросы местной гормональной терапии и стратегия лечения вульвовагинитов: вопросы и ответы

Продолжение. Начало на стр. 54.

спонтанного прерывания беременности, но и провести адекватную подготовку родовых путей к предстоящим родам, снизив при этом риск развития акушерских и неонатальных осложнений.

Это подтверждают и результаты нашего клинического исследования, в котором изучалась эффективность комплексной прегравидарной подготовки с использованием Колпосептина. Согласно результатам исследования у пациенток, прошедших прегравидарную подготовку, частота перинатальных и акушерских осложнений была в несколько раз ниже по сравнению с женщинами, не прошедшими такую подготовку. Кроме того, в группе женщин, получавших Колпосептин, не было случаев замершей беременности и самопроизвольных выкидышей. В то же время в группе пациенток без прегравидарной подготовки эта патология наблюдалась у 6 и 8% беременных соответственно.

— Применяется ли Колпосептин при кандидозе, гарднереллезе и трихомонадных вагинитах? Следует ли сочетать Колпосептин с другими местными препаратами для повышения эффективности лечения кольпитов и вагинитов, в том числе в послеродовом периоде?

— Колпосептин используется при всех перечисленных состояниях. Его высокая эффективность в плане элиминации условнопатогенной микрофлоры (как в монотерапии, так и при комбинированном лечении), в частности, была подтверждена результатами клинического исследования Beghin и соавт. В этом же исследовании была отмечена хорошая переносимость препарата в большинстве случаев (94%).

Сочетанное применение Колпосептина с другими местными антисептиками с целью повышения эффективности местной терапии (в том числе и в послеродовом периоде) является целесообразным при чрезмерном количестве выделений, наблюдающихся при рецидивирующих хронических кандидозных кольпитах и хронических трихомонадных вагинитах.

Однако в лечении инфекций половых путей, как и при лечении любого другого заболевания следует избегать полипрагмазии. Преимущество Колпосептина перед другими антисептиками состоит в отсутствии необходимости использования большого количества дополнительных препаратов (например, зуботоников), так как восстановлению экосистемы влагалища и увеличению количества лактобактерий способствует двойное (антисептическое и метаболическое) действие препарата, направленное не только на санацию, но и на восстановление трофики и биотопа влагалища. Это важно для предупреждения рецидивов инфекций. Учитывая высокую стоимость лечения рецидивирующих вульвовагинальных инфекций, применение Колпосептина при данных заболеваниях имеет также экономическое значение.

Кроме того, широкий спектр действия хлорхинальдола позволяет назначать его до получения результатов бактериологического исследования при выделениях любой этиологии (кроме гонококковой), лечение продолжается и во время менструальных кровотечений.

Очень важным моментом является отсутствие резистентности патогенной микрофлоры влагалища к антисептическому компоненту Колпосептина, что расширяет возможности применения препарата в случаях повторного инфицирования.

— Как назначать Колпосептин при лечении антибиотиками заболеваний, передающихся половым путем, в том числе и при невынашивании беременности?

— Если есть показания, Колпосептин применяют как препарат местного действия по 1 таблетке во влагалище 1 раз в сутки на протяжении 18 дней. В тяжелых случаях можно использовать 2 таблетки (утром и вечером).

— Достаточно ли только назначения Колпосептина при хронических рецидивирующих кольпитах и вагинитах или необходимо добавить еще один антисептик?

— Стойкость к хлорхинальдолу развивается очень медленно, нет перекрестной резистентности к антибиотикам и другим противомикробным средствам. Возможно сочетание с Цитеалом для повышения эффективности санации влагалища.

— Можно ли беременеть на фоне проведения терапии Колпосептином?

— На фоне проведения любой противовоспалительной терапии заболеваний гениталий, в том числе местного лечения Колпосептином, рекомендуется использование барьерных контрацептивов или воздержание от половой жизни.

— Влияет ли длительный прием КОК на обострения хронических герпетических инфекций?

— Таких данных нет, рецидивы возникают по многим, до конца не изученным причинам и вне связи с приемом КОК, но возможно обострение генитального кандидоза.

— Почему Колпосептин противопоказан при новообразованиях молочных желез, если он имеет местное действие?

— Действующие вещества Колпосептина — хлорхинальдол и проместрин — не всасываются в системный кровоток и оказывают исключительное местное действие. Тем не менее согласно общепринятым противопоказаниям для всего класса эстрогенсодержащих препаратов при любых опухолевых процессах эстрогены противопоказаны.

— Целесообразно ли применять Колпосептин в послеродовом периоде в сочетании с другими местными противомикробными и противовоспалительными средствами в случаях инфекции половых путей и эпизио-, перинеотомных травм влагалища?

— Не нужно заниматься полипрагмазией. А вообще такие сочетания нецелесообразны. Если есть необходимость, возможно последовательное применение.

— Если у беременной вагинит, насколько обоснованным является применение Колпосептина в дородовой подготовке шейки матки?

— Колпосептин можно использовать для санации родовых путей перед родами, назначая препарат примерно за 5 дней до родов в обычной дозировке — 1 вагинальная таблетка в сутки.

В ходе дискуссии был сделан вывод о том, что современные представления о природе урогенитальных расстройств позволяют рассматривать их в качестве симптомокомплекса вторичных нарушений, ассоциированных с эстрогенным дефицитом и развитием атрофических и дистрофических процессов. Это обуславливает целесообразность применения эстрогенсодержащих препаратов в комплексном лечении данных расстройств, важное место в котором занимает местная терапия.

Особое медико-социальное значение с учетом распространенности экстрагенитальной патологии, вульвовагинальной инфекции, акушерских и неонатальных осложнений приобретает сегодня эффективная санация влагалища, проводимая в комплексе с местной гормональной терапией на всех этапах жизни женщины.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



Новости

Личная гигиена женщин и риск развития бактериального вагиноза



Установлено, что в а г и н а л ь н о е спринцевание ассоциируется с бактериальным вагинозом, однако точно не известно, является ли оно причиной данного состояния или же чаще применяется женщинами уже при появлении симптомов бактериального вагиноза. Связь

между бактериальным вагинозом и другими мероприятиями личной гигиены женщин мало изучены. Авторы исследования предположили, что если симптомы бактериального вагиноза способствуют изменению режима и методов личной гигиены женщин, значит, такие изменения должны быть более распространены у женщин с этим патологическим состоянием. Отсутствие связи между другими гигиеническими мероприятиями, помимо вагинального спринцевания, и бактериальным вагинозом будет свидетельствовать, по мнению авторов, против обратной зависимости.

В Longitudinal Study of Vaginal Flora приняли участие 3620 женщин, которые в общей сложности 13 517 раз обращались к врачу по поводу бактериального вагиноза.

С учетом поправки на демографические характеристики и особенности сексуального поведения не было установлено четкой корреляции между развитием бактериального вагиноза и следующими мероприятиями личной гигиены: ношение синтетического нижнего белья или хлопкового (OR=1,05, 95% ДИ 0,97-1,13), применение тампонов или гигиенических прокладок (OR=1,04, 95% ДИ 0,95-1,12), использование гигиенических прокладок и тампонов или только прокладок (OR=1,00, 95% ДИ 0,92-1,07), использование гигиенических прокладок, в том числе ежедневных, вне менструации (OR=0,99, 95% ДИ 0,95-1,05), еженедельное или более частое использование спрея (OR=1,01, 95% ДИ 0,94-1,09), прыски (OR=1,02, 95% ДИ 0,96-1,07) или влажных салфеток для интимной гигиены (OR=1,03, 95% ДИ 0,94-1,13). OR для ежедневного или менее частого приема ванны или душа составил 1,06 (95% ДИ 1,02-1,12). В то же время спринцевание ассоциировалось с развитием бактериального вагиноза (OR для еженедельного применения или неприменения 1,17, 95% ДИ 1,09-1,26). Эта зависимость сохранялась с учетом поправки на применение других средств личной гигиены.

Таким образом, был сделан вывод, что вагинальное спринцевание достоверно ассоциируется с развитием бактериального вагиноза. Это является дополнительным доказательством того, что спринцевание является скорее причиной развития бактериального вагиноза. Связи между другими мероприятиями личной гигиены женщин и развитием бактериального вагиноза не было установлено.

Klebanoff M.A. et al. Sex Transm Dis. 2009 Oct 9.

Пробиотики в лечении бактериального вагиноза



Преобладание бактерий рода *Lactobacillus* в вагинальном микробиоценозе у здоровых женщин и уменьшение их количества при бактериальном вагинозе позволило сформулировать концепцию лечения этого патологического состояния с помощью перорального или вагинального применения пробиотиков, содержащих штаммы бактерий рода *Lactobacillus*.

Целью обзора Кокрановского сотрудничества, результаты которого были опубликованы в октябре текущего года, была оценка эффективности пробиотиков в лечении бактериального вагиноза. Поиск исследований проведен в следующих электронных базах данных независимо от статуса публикации результатов работы и языка: центральный Кокрановский регистр контролируемых испытаний (CENTRAL), специализированный регистр Кокрановской проблемной группы по изучению ВИЧ/СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем, Кокрановский регистр контролируемых испытаний методов комплексной медицины, MEDLINE (1966-2008), EMBASE (1980-2007), научный индекс цитирования ISI (1955-2007), CINAHL (1982-2007). Также был произведен ручной поиск в специализирован-

ных журналах, материалах конференций, в перечне публикаций на Интернет-сайте Международной научной ассоциации по изучению пробиотиков и пребиотиков (International Scientific Association of Probiotics and Prebiotics) (<http://www.isapp.net/default.asp>). Для получения данных об исследованиях, результаты которых не были опубликованы, и продолжающихся исследований авторы обзора обращались к авторам соответствующих публикаций, нутрицевтическим компаниям и научным ассоциациям по изучению пробиотиков. В соответствующих электронных базах был проведен поиск продолжающихся в настоящее время клинических испытаний.

В обзор включали рандомизированные контролируемые исследования, в которых применяли пробиотики у женщин любого возраста с диагностированным бактериальным вагинозом, независимо от того, какой метод диагностики при этом применялся. Пробиотические продукты могли быть монокомпонентными или содержать несколько видов микроорганизмов. Определенные требования к типу пробиотика, дозированию и способу применения не предъявлялись. В исследованиях могло быть проведено сравнение: пробиотиков и плацебо; комбинации пробиотиков с традиционно применяющимися для лечения бактериального вагиноза антибиотиками и плацебо; пробиотиков и антибиотиков.

Анализ показал, что положительные результаты микробиологического лечения были получены при применении пробиотиков в комбинации с пероральным приемом метронидазола (относительный риск (OR)=0,09; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,03-0,26) и при использовании пробиотиков в комбинации с эстриолом (OR=0,02; 95% ДИ 0,00-0,47). OR разрешения симптомов при комбинации пробиотика и эстриола (согласно заключению врачей) составил 0,04 (95% ДИ 0,00-0,56).

Авторы обзора считают, что в настоящее время нет убедительных доказательств в пользу или против рекомендации применения пробиотиков для лечения бактериального вагиноза. Комбинация пробиотика с метронидазолом или эстриолом представляется перспективной, однако для того чтобы сделать окончательный вывод, необходимо проведение рандомизированных контролируемых исследований с соответствующим дизайном, стандартизированной методологией и большим количеством включенных в испытание пациентов.

Senok A.C. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7; (4): CD006289.

Бактериальный вагиноз как причина бесплодия



Бактериальный вагиноз — это широко распространенное патологическое состояние, которое характеризуется нарушением вагинального микробиоценоза в сторону преобладания *Gardnerella vaginalis*, микоплазм и анаэробов с повышением pH вагинальной среды.

Данное исследование было посвящено оценке взаимосвязи между бактериальным вагинозом и нарушением репродуктивной функции женщин. Диагностику бактериального вагиноза проводили с помощью окрашивания по Граму вагинального мазка и определения индекса Нугента. Микроскопию влажного препарата влагалищного секрета и метод полимеразной цепной реакции использовали для скрининга других инфекций.

Из 510 включенных в исследование женщин у 72 (14,1%) был диагностирован бактериальный вагиноз. Статистический анализ позволил выявить достоверную связь между бактериальным вагинозом и бесплодием ($p=0,0001$). У беременных женщин частота вагинальных инфекций была ниже ($p=0,01$). Микст-инфекция (грибы *Candida*, хламидии и вирус папилломы человека) была обнаружена у 4,2%, 15,2% и 8,3% женщин с бактериальным вагинозом соответственно.

Результаты исследования показали, что бактериальный вагиноз ассоциируется с бесплодием, в то время как при его отсутствии беременность наступает достоверно чаще. Полученные данные подчеркивают необходимость своевременного выявления и лечения бактериального вагиноза.

Mania-Pramanik J. et al. Int J STD AIDS. 2009 Nov; 20(11): 778-81.

Подготовила **Наталья Мищенко**