

Бактериальный вагиноз: особенности этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики

Член-корр. РАМН, д. м. н., проф. И.С. СИДОРОВА,
д. м. н., проф. А.Л. УНАНЯН, А.Э. КАДЫРОВА

Согласно общепризнанному определению, бактериальный вагиноз (БВ) – это дисбиоз влагалища, сопровождающийся высокой концентрацией облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов (*Gardnerella vaginalis*, *Prevotella/Porphyromonas spp.*, *Bacteroids spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Eubacterium spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Mobiluncus spp.*) и резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища [1, 2, 5, 6, 7, 9].

Необходимо отметить, что термин «гарднереллез» не приемлем для обозначения бактериального вагиноза, так как *Gardnerella vaginalis* и в норме (около 60%) может присутствовать в определенном количестве во влагалищном содержимом. Лишь при определенных условиях *Gardnerella vaginalis* способна приобретать и проявлять патогенные свойства вместе с другими возбудителями, характерными для БВ.

БВ (28–35%) наряду с вагинальным кандидозом (18–25%) и вагинитом, вызванным *Trichomonas vaginalis* (7–25%), относится к тройке лидеров инфекционных заболеваний нижнего отдела половой системы. В репродуктивном возрасте БВ встречается у 21–64% женщин [11, 15, 17]. БВ – клинический синдром, не сопровожда-

ющийся явлениями выраженного воспаления и лейкоцитарной реакции. БВ не относят к группе заболеваний, передающихся половым путем.

Предрасполагающими факторами нарушения биоценоза влагалища являются: нервно-психическое перенапряжение; чрезмерное использование средств личной гигиены и многократные спринцевания; средства внутриматочной контрацепции; высокий инфекционный индекс; дисгормональные заболевания; частый прием антибиотиков; использование гормональной терапии; состояния после лучевой и химиотерапии в связи со злокачественной патологией. При указанных факторах происходит уменьшение количества молочнокислых палочек, снижение содержания молочной кислоты и

увеличение уровня pH, что стимулирует рост числа анаэробных микроорганизмов [8, 10]. Инкубационный период БВ может продолжаться до двух недель.

Следует выделить два варианта клинического течения БВ: бессимптомное и с выраженной клинической картиной [1, 5]. Необходимо отметить, что в более половины случаев диагностированного БВ отсутствуют какие-либо субъективные жалобы и патологические выделения из половых путей. Клинические симптомы БВ характеризуются следующим образом: длительные, обильные, жидкие, молочного или сероватобелого цвета гомогенные выделения, преимущественно с неприятным «рыбным» запахом. Нередко больные отмечают указанные симптомы после смены полового партнера. Клиническая картина БВ может длиться годами, а при прогрессировании патологического процесса выделения приобретают желтовато-зеленоватую окраску, становятся более густыми, тягучими и липкими, обладают свойством пениться, равномерно распределяются по стенкам влагалища [12, 13].

Диагностика БВ не представляет трудностей. Необходимо тщательно собрать анамнез с оценкой продолжительности и выраженности клинических симптомов.



При осмотре пациентки и исследовании с помощью зеркал обращать внимание на состояние преддверия и слизистой оболочки влагалища, оценивают количество, цвет, консистенцию и запах отделяемого. Для изолированного БВ отек и гиперемия слизистой оболочки влагалища не характерны.

В норме значение pH влагалищного отделяемого у женщин репродуктивного возраста менее 4,5, при БВ данный показатель существенно увеличивается и варьирует в пределах 5,0–6,0.

Характерный для БВ «рыбный» запах выявляется с помощью аминного теста с 10-процентным раствором КОН. Следует отметить, что и в норме во время менструации или полового контакта (pH спермы около 7) происходит увеличение pH влагалищного содержимого и аминный тест сопровождается появлением «рыбного» запаха.

Материалом для лабораторного исследования является отделяемое сводов и стенок влагалища. Наиболее характерным специфичным диагностическим критерием БВ является наличие в отделяемом из влагалища так называемых ключевых клеток, выявляемых при микроскопическом исследовании. Ключевые клетки представляют собой зрелые клетки влагалищного эпителия с адгезированными на них хаотично и в большом количестве микроорганизмами. Имеет место полиморфизм адгезированных бактерий: кокки, палочки, диплобациллы разной величины с преобладанием мелких форм. Практически у всех женщин, у которых выявляются ключевые клетки, имеет место БВ. Однако следует остерегаться гипердиагностики БВ вследствие получения ложноположительно результата, так как часто ложноключевые клетки – это эпителиальные клетки с адгезированными на них лактобациллами. Для дифференциальной диагностики целесообразно осуществлять микроскопию вагинальных мазков, окрашенных по Гра-

му, тогда ключевые клетки легко отличить от ложноключевых.

Итак, диагностика БВ основана на выявлении гомогенного сероватого отделяемого из влагалища; определении уровня pH влагалищного содержимого более 4,5; положительном аминном тесте; выявлении ключевых клеток (более 20%) при микроскопическом исследовании неокрашенного влажного препарата влагалищного отделяемого и вагинальных мазков, окрашенных по Граму.

Микроскопический анализ влагалищного секрета является методом окончательной диагностики [1]. У здоровых женщин микроскопическая картина влажного препарата мазка отделяемого из влагалища характеризуется следующими признаками: эпителиальные клетки преобладают над лейкоцитами; молочнокислые палочки преобладают над другими микроорганизмами; ключевые клетки, *T. vaginalis*, *Candida* и *Mobiluncus* отсутствуют. Для БВ характерна общая массивная микробная обсемененность. Среди микробов преобладают морфотипы облигатных анаэробов и гарднереллы. Лактоморфотипы лактобацилл либо отсутствуют вовсе, либо их количество исчисляется единицами (не более 5 в поле зрения). У женщин с БВ (при отсутствии цервицита или вагинита) микроскопическая картина влагалищного отделяемого представлена эпителиальными клетками, которые не являются ключевыми и преобладают над лейкоцитами. При этом отмечается обилие мелкой коккобациллярной флоры с тенденцией скапливаться около клеток зрелого плоского эпителия, а также адгезироваться на поверхности эпителиальных клеток. Патогенные микроорганизмы при БВ существенно преобладают над молочнокислыми палочками, характерны ключевые клетки.

Во влагалищном отделяемом при БВ отмечается резкое снижение количества лейкоцитов, однако в цервикальном канале может наблюдаться лейкоцитоз. Если во влагалище выявлено преобладание лейкоцитов, скорее всего, мо-

жет иметь место присоединение инфекции, передаваемой половым путем (ИППП).

Так, при выявлении во влагалищном отделяемом *T. vaginalis* в большинстве случаев (до 86%) имеет место и БВ. При остром течении хламидийной инфекции гарднереллы в мазках встречаются редко и в небольших количествах. По мере редукции хламидий более чем в 90% случаев отмечается выраженное увеличение количества гарднерелл [14].

Многие исследователи отмечают частое сочетание папилломавирусной инфекции (ПВИ) и БВ. Было показано, что нарушение в локальной иммунной системе, характеризующееся изменениями в выработке цитокинов, в частности 1-бета-интерлейкинов, туморнекротизирующего фактора и др., выявляется как при БВ, так и при ПВИ [4].

В связи с широким распространением ПВИ при БВ особого внимания заслуживает сочетание БВ с патологическими изменениями шейки матки (цервицит, псевдоэрозия, диспластические процессы и др.), при этом течение БВ носит рецидивирующий характер.

В последние годы в литературе появились сообщения о наличии эпидемиологической связи БВ с неопластическими процессами шейки матки. Показано, что нитрозамины, являющиеся продуктами метаболизма облигатных анаэробов, служат коферментами канцерогенеза и могут быть одной из причин развития диспластических процессов и рака шейки матки [3, 14, 16]. Авторами публикаций было обследовано 128 женщин репродуктивного возраста с жалобами на обильные выделения из половых путей. Впервые выявленный БВ отмечен у 59,4% женщин (1-я группа), рецидивирующий БВ в течение двух и более лет выявлен у 40,6% женщин (2-я группа). Анализ состояния шейки матки показал, что в 1-й группе пациенток с БВ нормальная зона трансформации (НЗТ) выявлена у 64,3%, тогда как во 2-й группе – у 29,3% женщин; эктопия шейки матки

гинекология

с НЗТ обнаружена у 21,4% в 1-й группе и у 31,7% во 2-й группе; атипическая зона трансформации (АЗТ) – у 7,1% и 19,5% соответственно; лейкоплакия шейки матки – у 7,1%; цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN I–II) выявлена у 14,6% во 2-й группе пациенток. На основании проведенных исследований авторы предполагают, что длительно текущий и с частыми рецидивами БВ может приводить к развитию дистрофических и неопластических процессов шейки матки.

Таким образом, пациентки с БВ входят в группу повышенного риска развития патологических процессов шейки матки, воспалительных заболеваний органов малого таза, преждевременного прерывания беременности, а также несвое-

временного излития околоплодных вод, возникновения хориоамнионита, послеродового и послеоперационного эндометрита. Высокая концентрация вирулентных микроорганизмов во влагалище пациенток, страдающих БВ, является фактором риска восходящей

инфекции – проникновения бактерий в более высокие отделы мочеполовой системы.

В подавляющем большинстве наблюдений правильно и полно собранный анамнез, внимательное объективное исследование и использование доступных лабораторных тестов позволяют поставить точный диагноз и начать своевременное лечение.

Лечение женщин с БВ направлено на восстановление нормального микробиотоза влагалища. При этом следует помнить: нередко у таких больных одновременно могут иметь место и другие заболевания урогенитального тракта (вагинальный кандидоз, трихомонадный вагинит и др.). До окончания лечения и контрольного наблюдения целесообразно использовать барьерные методы контрацепции.

В настоящее время с целью терапии БВ предлагается широкий ряд медикаментозных средств. По причине меньшей вероятности развития побочных реакций и наибольшей местной концентрации действующих веществ, при лечении БВ целесообразно отдавать предпочтение влагалищному пути введения препаратов, который не уступает по эффективности оральной терапии. Во время беременности преимущественным выбором также является назначение препаратов для местного применения.

В настоящее время в терапии БВ широко используется препарат Далацин в виде вагинальных суппозиториях. Действующее вещество – клиндамицин – является антибиотиком группы линкозамидов для местного применения. Механизм действия связан с подавлением синтеза белка в микробной клетке за счет взаимодействия с 50S-субъединицей рибосом. Клиндамицин оказывает бактериостатическое действие, а в более высоких концентрациях в отношении некоторых микроорганизмов – бактерицидное. Препарат активен в отношении микроорганизмов, вызывающих бактериальные вагинозы: *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma*

hominis, *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp. Разовую дозу (1 суппозиторий примерно 100 мг клиндамицина) вводят во влагалище перед сном в течение 3 дней подряд.

Высокий уровень эффективности в терапии БВ выявлен при использовании 0,75% метронидазового геля, используемого интравагинально в течение 2 недель.

В случаях сочетания БВ с вагинальным кандидозом или трихомониазом целесообразно применение вагинальных суппозиториях Нео-Пенотран Форте. Препарат представляет собой сочетание двух эффективных действующих веществ – метронидазола в дозе 750 мг и миконазола нитрата в дозе 200 мг.

Метронидазол относится к группе нитро-5-имидазолов и характеризуется противопротозойными и противомикробными свойствами, обладая широким спектром действия в отношении анаэробных микроорганизмов – *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides* spp., *Clostridium* spp., *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Veillonella*. Метронидазол подавляет развитие простейших – *Trichomonas vaginalis*, *Giardia intestinalis* (*Lamblia intestinalis*), *Entamoeba histolytica*. Неактивность метронидазола в отношении ряда аэробных бактерий и грибов компенсируется присутствием в составе Нео-Пенотран Форте миконазола нитрата, обладающего противомикотической активностью. Миконазол подавляет рост дерматомицетов, дрожжей и других патогенных грибов, оказывая также бактерицидное действие на некоторые грамположительные бактерии. Активность миконазола определяется ингибированием синтеза эргостерина и сменной состава липидного компонента мембраны клеток гриба, что приводит к некрозу клеток микроорганизмов.

Преимуществом назначения метронидазола и миконазола в форме влагалищного пути введения является его практическое отсутствие в плазме крови, что подтверждает исключительно местное действие Нео-Пенотрана

В случаях сочетания бактериального вагиноза с вагинальным кандидозом или трихомониазом целесообразно применение вагинальных суппозиториях Нео-Пенотран Форте. Преимуществом назначения метронидазола и миконазола в форме влагалищного пути введения является его практическое отсутствие в плазме крови.

Таким образом минимизируется возможность возникновения системных побочных эффектов на фоне приема препарата, что особенно важно при лечении вагинитов во время беременности.

временного излития околоплодных вод, возникновения хориоамнионита, послеродового и послеоперационного эндометрита. Высокая концентрация вирулентных микроорганизмов во влагалище пациенток, страдающих БВ, является фактором риска восходящей

Нео-Пенотран® Форте

1 раз в день



Рациональная терапия
бактериального вагиноза:*



Быстрая эрадикация анаэробной флоры



Профилактика кандидозной суперинфекции

твой интимный косметолог



ЗАО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2, тел: (495) 231-12-00

НЕО-ПЕНОТРАН® ФОРТЕ (NEO-PENOTRAN® FORTE)

Лекарственная форма: вагинальные суппозитории, каждый суппозиторий содержит 750 мг метронидазола микронизированного) и 200 мг миконазола нитрата (микронизированного).

Показания к применению: вагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз, трихомонадный вагинит, вагиниты, вызванные смешанными инфекциями.

Противопоказания: известная гиперчувствительность к активным компонентам препарата или их производным, первый триместр беременности, порфирия, эпилепсия, тяжелые нарушения функции печени, пациенты в возрасте до 18 лет в связи с недостаточностью данных о применении в данной возрастной категории, девственницы. На время лечения следует прекратить грудное вскармливание, поскольку метронидазол проникает в грудное молоко. Кормление грудью можно возобновить через 24–48 часов после окончания лечения.

Способ применения и дозы: интравагинально. По 1 вагинальному суппозиторию вводят глубоко во влагалище в течение 7 дней на ночь. При рецидивирующем вагините или вагинитах, резистентных к другим видам лечения, Нео-Пенотран® Форте следует применять в течение 14 дней.

Побочное действие: в редких случаях могут наблюдаться аллергические реакции (кожная сыпь) и побочные действия, в частности боль в животе, головная боль, раздражение влагалища (жжение, зуд). Местные реакции: миконазол нитрат может вызывать раздражение влагалища (жжение, зуд), как и при интравагинальном применении любых других противогрибковых препаратов на основе производных имидазола (2–6%). При сильном раздражении лечение следует прекратить. Системные побочные эффекты возникают очень редко, поскольку при вагинальной абсорбции уровень метронидазола в плазме очень низкий.

Регистрационный номер: ЛСР-006559/09 от 17.08.2009

При применении Нео-Пенотрана® Форте необходимо учитывать взаимодействие с другими лекарственными веществами, и, в частности, с алкоголем!

Отпускается по рецепту врача.

Подробная информация содержится в инструкции по применению.

* L. Hüseyinova et al. Efficacy of once daily 7-day treatment with Neo-Penotran® Forte – a triple-active pessary for the treatment of single and mixed vaginal infections. The 2nd Asian Pacific Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology. Infertility held in Shanghai, China, November 2007, Abstract No: 139

Форте. Таким образом минимизируется возможность возникновения системных побочных эффектов на фоне приема препарата, что особенно важно при лечении вагинитов во время беременности.

Нео-Пенотран Форте назначается по одному вагинальному суппозиторию глубоко во влагалище на ночь в течение 14 дней. Вагинальные суппозитории следует вводить глубоко во влагалище с помощью одноразовых колпачков для пальца (колпачки находятся в упаковке).

В связи с необходимостью проведения профилактики рецидивирования БВ и коррекции дисбиоза влагалища заслуживает внимания применение Гинофита – средства для интимной гигиены.

Гинофит представляет собой водорастворимый вагинальный гель, содержащий молочную кислоту и гликоген.

Проведение многоцентровых исследований использования Нео-Пенотрана Форте в клинической практике, направленных на выяснение его эффективности при лечении БВ и сопутствующих кандидоза и трихомониаза, подтвердило его сильное противомикробное, противопротозойное и противогрибковое действие.

В качестве иммунокорректирующей терапии в рамках лечения БВ целесообразно использовать суппозитории для вагинального применения Генферон. В состав препарата входит рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b, вырабатываемый штаммом бактерии *Escherichia coli*, в которую методами генной инженерии введен ген интерферона альфа-2b человека.

Обоснованным является назначение десенсибилизирующих препаратов: кларитин 10 мг 1 раз в

день, супрастин по 25 мг 2–3 раза в день и др.

Критериями эффективности проведенной терапии БВ является исчезновение негативных субъективных проявлений заболевания и нормализация лабораторных показателей. Контрольное клинико-лабораторное исследование следует проводить через неделю после завершения терапии и повторно через 1,5 мес.

Тем не менее, несмотря на проведенную терапию, нередко отмечаются рецидивы заболевания, возникающие в различные сроки после лечения. В первую очередь это связано с тем, что используемые антибактериальные препараты, уничтожая условно-патогенные микроорганизмы, не способствуют созданию условий для достаточно быстрого восстановления лактобактерий [9, 10]. По этой причине целесообразно назначение биопрепаратов, нормализующих микробиоценоз влагалища, в частности лактобактерин, бифидин – их вводят интравaginaльно по 2,5–3 дозы 2 раза в день с 10–12-часовыми интервалами в течение 7–10 дней. Перед употреблением препараты разводят в 5 мл кипяченой воды с добавлением лактозы. Ацилакт в свечах назначают интравaginaльно 2 раза в день в течение 7–10 дней. При выявлении кандидоза следует сначала провести его лечение и только после этого назначить вышеупомянутые биопрепараты.

Для восстановления нормального биоценоза влагалища успешно используется препарат Гинофлор Э с уникальным двойным механизмом действия. Препарат содержит 100 млн жизнеспособных лактобактерий для восстановления микрофлоры влагалища и микродозу эстриола для создания условий жизнедеятельности лактобактерий. Гинофлор Э эффективно восстанавливает биоценоз влагалища после лечения влагалищных инфекций антибиотиками или антисептиками, снижает вероятность возникновения рецидива вагинальных инфекций, обладает хорошей переносимостью.

Продолжительность лечения препаратом составляет 6–12 дней.

В связи с необходимостью проведения профилактики рецидивирования БВ и коррекции дисбиоза влагалища заслуживает внимания применение Гинофита – изделия медицинского назначения для интимной гигиены.

Гинофит представляет собой водорастворимый вагинальный гель, содержащий молочную кислоту и гликоген, что способствует снижению и поддержанию уровня pH слизистой половых органов на физиологическом уровне, обеспечивая тем самым благоприятные условия для жизнедеятельности нормальной микрофлоры влагалища. Гель помещен в микроспринцовки – полиэтиленовые тьюбики с наконечником-аппликатором и отламывающейся пломбой. Форма и размеры микроспринцовки обеспечивают безопасное и удобное введение увлажняющего геля в нижние отделы влагалища.

Перечислим состояния, при которых оправдано применение Гинофита с целью профилактики:

- недостаточное соблюдение правил интимной гигиены, частая смена половых партнеров, использование влагалищных тампонов, частые нерациональные спринцевания;
- инфекционно-воспалительные заболевания половых органов;
- заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся дисбактериозом;
- прием некоторых лекарственных препаратов (антибиотики, гормоны, цитостатики, контрацептивы);
- снижение местного иммунитета после перенесенных острых респираторно-вирусных заболеваний, при стрессе, переутомлении;
- нарушение гормонального фона в период климакса, естественной и искусственной менопаузы.

В заключение следует отметить, что наиболее эффективным методом предупреждения БВ является своевременное выявление и устранение факторов риска, способствующих развитию заболевания.

Gynofit

Гинофит – линия средств для интимной гигиены, поддерживающих естественный уровень увлажнения и кислотно-щелочной баланс интимной зоны женщины

Точка над **i**
в интимной
гигиене
женщины

в Швейцарии, Германии,
Италии, Франции...
теперь и в России



Продукт
из Швейцарии



Гель для интимной гигиены вагинальный увлажняющий с молочной кислотой «Гинофит»

- Поддерживает естественный кислотно-щелочной баланс интимной зоны женщины
- Обеспечивает физиологический уровень pH
- Способствует увлажнению слизистой оболочки влагалища
- Создает ощущение комфорта

Гель для интимной гигиены вагинальный увлажняющий «Гинофит»

- Способствует увлажнению слизистой оболочки интимной зоны женщины
- Восполняет дефицит естественного влагалищного секрета
- Увлажняет и смазывает стенки влагалища
- Создает ощущение комфорта

Уникальная герметичная микроспринцовка-аппликатор для безопасного однократного использования



Форма и размеры микроспринцовки-аппликатора обеспечивают безопасное и удобное введение увлажняющего геля в нижние отделы влагалища



Трансатлантик
ИНТЕРНЕЙШНЛ

Россия, 119590, Москва, ул. Улофа Пальме, д. 1
Тел.: (495) 775-39-38 (многокан.) Факс: (495) 514-10-54/67
E-mail: office@transatlantic.ru <http://www.transatlantic.ru>

www.gynofit.ru



Литература

- J. Gynaecol. Obstet. Vol. 89. 2005. Suppl. 2. P. S4–S12.
22. *Snijders P.J.F., van den Brule A.J.C., Meijer C.J.L.M.* The clinical relevance of human papillomavirus testing: relationship between analytical and clinical sensitivity // J. Pathol. Vol. 201. 2003. № 1. P. 1–6.
23. *Solomon D., Schiffman M., Tarone R.* Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. // J. Natl. Cancer Inst. Vol. 93. 2001. № 4. P. 293–299.
24. *Verguts J., Bronselaer B., Donders G., Arbyn M., Van Eldere J., Drijkoningen M., Poppe W.* Prediction of recurrence after treatment for high-grade cervical intraepithelial neoplasia: the role of human papillomavirus testing and age at conisation // BJOG. Vol. 113. 2006. № 11. P. 1303–1307.

И.С. СИДОРОВА, А.Л. УНАНЯН, А.Э. КАДЫРОВА

Бактериальный вагиноз: особенности этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики

1. *Анкирская А.С.* Бактериальный вагиноз // Акуш. и гинекол. 2005. № 3. С. 10–13.
2. *Кира Е.Ф.* Бактериальный вагиноз. СПб.: Нева-Люкс, 2001. 364 с.
3. *Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А.* Предрак шейки матки. М.: Аэрограф-медиа, 2001. 112 с.
4. *Назаренко З.Н.* Активность ферментов и их роль при ПВИ нижнего отдела генитального тракта: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000. 22 с.
5. *Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р.* Этиопатогенез, диагностика и современные направления в лечении бактериального вагиноза // РМЖ. 2002. Т. 10. № 18. С. 79–81.
6. *Радзинский В.Е., Ордиянц И.М.* Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом // Гинекология. 2006. Т. 8. № 1. С. 14–16.
7. *Розовская С.И., Прилепская В.Н.* Бактериальный вагиноз и папилломавирусная инфекция // Гинекология. 2002. Т. 4. № 3. С. 126–130.
8. *Серов В.Н.* Рациональная терапия влагалищных инфекций // Гинекология. 2005. Т. 7. № 2. С. 115–118.
9. *Сидорова И.С., Боровкова Е.И.* Прогнозирование осложнений беременности в I триместре у женщин с дисбактериозом половых путей // Врач. 2005. № 6. С. 32–34.
10. *Antonio M.A.D., Rabe L.K., Hillier S.L.* Colonization of the rectum by *Lactobacillus* species and decreased risk of bacterial vaginosis // J. Infect. Dis. Vol. 192. 2005. № 3. P. 394–398.
11. *Aroutcheva A.A., Simoes J.A., Behbakht K., Faro S.* *Gardnerella vaginalis* isolated from patients with bacterial vaginosis and from patients with healthy vaginal ecosystems // Clin. Infect. Dis. Vol. 33. 2001. № 7. P. 1022–1027.
12. *Bradshaw C.S., Morton A.N., Garland S.M., Morris M.B., Moss L.M., Fairley C.K.* Higher-risk behavioral practices associated with bacterial vaginosis compared with vaginal candidiasis // Obstet. Gynecol. Vol. 106. 2005. № 1. P. 105–114.
13. *Chiaffarino F., Parazzini F., De Besi P., Lavezzari M.* Risk factors for bacterial vaginosis // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. Vol. 117. 2004. № 2. P. 222–226.
14. *Larsson P.G., Platz-Christensen J.J., Dalaker K., Eriksson K., Fåhræus L., Irminger K., Jerve F., Stray-Pedersen B., Wölner-Hanssen P.* Treatment with 2% clindamycin vaginal cream prior to first trimester surgical abortion to reduce signs of postoperative infection: a prospective, double-blinded, placebo-controlled, multicenter study // Acta Obstet. Gynecol. Scand. Vol. 79. 2000. № 5. P. 390–396.
15. *Luni Y., Munim S., Qureshi R., Tareen A.L.* Frequency and diagnosis of bacterial vaginosis // J. Coll. Physicians Surg. Pak. Vol. 15. 2005. № 5. P. 270–272.
16. *Porozanova V., Bozanova S.* *Akush Ginekolog (Sofia)*. 2000. Vol. 39. № 2. P. 34–35.
17. *Wolrath H., Ståhlbom B., Hallén A., Forsum U.* Trimethylamine and trimethylamine oxide levels in normal women and women with bacterial vaginosis reflect a local metabolism in vaginal secretion as compared to urine // APMIS. Vol. 113. 2005. № 7–8. P. 513–516.

И.С. СИДОРОВА, М.Н. ЖОЛОБОВА, Н.В. ВЕДЕРНИКОВА, Ша-Ша, М.Б. АГЕЕВ

Эффективность лечения заболеваний шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия)

1. *Адамян Л.В., Кулаков В.И., Аскольская С.И.* Качество жизни женщин после различных типов гистерэктомии, выполненных лапароскопическим, лапаротомическим и влагалищным доступами // Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина, 2000. С. 135–147.
2. *Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н.* Эндометриозы: руководство для врачей. М.: Медицина, 2006. 411 с.
3. *Аицафян Л.А., Киселев В.И.* Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). М.: Димитрейд График Групп, 2007. 216 с.
4. *Бохман Я.В.* Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989. 462 с.
5. *Гинекология: Национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072 с.
6. *Радзинский В.Е., Буянова С.Н., Манухин И.Б., Кондриков Н.И.* Патология влагалища и шейки матки / Под ред. В.И. Краснопольского. М.: Медицина, 1997. С. 54–59.
7. *Прилепская В.Н., Розовская С.И., Межевитинова Е.А.* *Кольпоскопия. Практическое руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 1997. 108 с.
8. *Макаров О.В., Бахарева И.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Таранец А.Н.* Диагностическое значение исследования амниотической жидкости при внутриутробном инфицировании // Акушерство и гинекология. 2003. № 4. С. 3–4.
9. *Манухин И.Б., Геворкян М.А., Чагай Н.Б.* Ановуляция и инсулинорезистентность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
10. *Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А.* Предрак шейки матки. М.: Аэрограф-Медиа, 2001. С. 69–72.
11. *Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения)* / Под ред. И.С. Сидоровой. М.: МИА, 2003.
12. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы* / Под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 432 с.