

Марафон интимного здоровья

Неспецифический вагинит становится все более серьезной проблемой в силу распространенности и высокой вероятности рецидивирующего течения у женщин всех возрастных групп. Актуальным вопросам диагностики и лечения вагинальной инфекции и генитоуринарного менопаузального синдрома был посвящен симпозиум, организованный при поддержке компании «Ацино» в рамках XV Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии».



К.м.н.
И.Г. Шестакова

Один на один с плохим мазком. Как выбрать терапию в современных реалиях

интерпретация результата диагностического исследования. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого остается наиболее доступным методом диагностики вагинальной инфекции. Однако общий мазок позволяет идентифицировать только десять морфотипов. Многие виды этиологически значимых облигатных и условно-облигатных возбудителей выявить невозможно.

Нередко врач в рутинной практике имеет дело с «промежуточным» типом мазка, в котором, например, лактоморфотипы присутствуют в умеренном количестве, грамположительные коккобациллы – в большом количестве, а трихомонады и гонококки отсутствуют. Так называемый промежуточный тип биоценоза влагалища с умеренным или сниженным количеством лактобактерий, единичными грамотрицательными и грамположительными бактериями встречается и у здоровых женщин. В этом случае оценка клинических симптомов позволяет специалисту принять правильное решение о тактике ведения пациенток.

В случае вагинальных выделений и жалоб необходимо исключить наличие инфекции, передаваемой половым путем (ИППП). С помощью ПЦР в режиме реального времени выполняют тесты на выявление четырех основных возбудителей: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*.

Посев на флору из влагалища дает количественную характеристику, идентифицирует микроорганизм до вида и определяет чувствительность выделенного штамма к лекарственным препаратам. Метод имеет и недостатки: с его помощью трудно выявить условно-патогенные анаэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы. Показаниями к проведению микробиологического посева служат наличие симптомов вагинита, отсутствие диагноза после микроскопии мазка по Граму и ПЦР-теста на ИППП, наличие смешанного типа мазка по результатам теста «Фемофлор» или рецидивирующего кандидоза (определение вида *Candida*).

Как известно, одной из причин недостаточной эффективности лечения вагинальной инфекции считается некомплаентность больных. Только половина пациенток следуют назначениям врача и принимают лекарственные средства, при этом редко уведомляют врача о прекращении их приема. Установлено, что при лечении вагинита или вагиноза 54% женщин прекращают принимать препарат и завершают терапевтический курс после купирования симптомов. Приоритетным для большинства женщин остается короткий курс – в течение трех дней.

Сказанное означает, что лекарственное средство для лечения вагинальной инфекции должно характеризоваться не только широким спектром действия, но и удобством применения. Наглядный пример –

¹ Workowski K.A., Bolan G.A., Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 // MMWR Recomm. Rep. 2015. Vol. 64. № RR-03. P. 1–137.

Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

комбинация тиоконазола и тинидазола (Гайномакс). Гайномакс показан к применению при вагинальном кандидозе, БВ, смешанном вагините и трихомонадном вульвовагините. Препарат назначают по одной свече два раза в сутки в течение трех дней. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (2018), при кандидозе вульвы и вагины целесообразно назначать интравагинальные препараты азолов. Эффективность местного лечения вульвы в дополнение к интравагинальному не подтверждена.

Тиоконазол, входящий в состав препарата Гайномакс, сочетает в себе противогрибковое действие против дерматофитов и антибактериальное – против грамположительных бактерий. Он действует фунгицидно и бактерицидно, демонстрируя быстрый фунгицидный эффект (в течение часа). Таким образом, препарат Гайномакс купирует зуд при БВК уже в первый день применения без дополнительного местного лечения.

Для лечения смешанного вагинита или других уточненных воспалительных заболеваний влагалища и вульвы также целесообразно назначать комбинированный препарат с широким спектром действия. Гайномакс, содержащий комбинацию тиоконазола и тинидазола, воздействует на большинство возбудителей вагинальной инфекции – грибы, аэробы, анаэробы, простейшие².

Терапия БВ основана на эмпирическом подходе, обычно с использованием метронидазола или клиндамицина. К сожалению, показатели излечения этими антибиотиками колеблются в пределах 50–80% и частота рецидивов достаточно высока³. В свою очередь тинидазол (5-нитроимидазол), похожий на метронидазол, десятилетиями используется в Европе, благодаря длительному периоду полураспада и более благоприятному профилю побочных эффектов.

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) (2013–2019), при БВ практикуется двухэтапный подход: на первом этапе с помощью местного применения антибактериальных средств (здесь идеально подойдет Гайномакс, содержащий в своем составе тинидазол и тиоконазол, который является представителем азоловых антимикотиков), на втором – восстановление и поддержание достаточного количества лактобактерий за счет использования пробиотиков.

В рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании эффективности пероральных пробиотиков *Lactobacteria rhamnosus* и *Lactobacteria reuteri* участвовали 544 пациентки с лабораторно подтвержденной вагинальной инфекцией. Они были рандомизированы на группу пробиотиков (n = 395) и группу плацебо (n = 149). Согласно

полученным данным, через шесть недель терапии у 62% пациенток из группы пробиотиков достоверно восстановилась вагинальная микрофлора. В группе плацебо таковых насчитывалось 27%. Через 12 недель терапии нормоценоз сохранялся более чем у половины женщин (51,1%) из группы пробиотиков и лишь у каждой пятой (20,8%) из группы плацебо.

Показанием к назначению перорального мультипробиотика Лактобаланс является рецидивирующая вагинальная инфекция. Лактобаланс содержит девять штаммов лиофилизированных бифидо- и лактобактерий, идентичных микрофлоре человека и обладающих высокой жизнеспособностью. Данные штаммы характеризуются высокой способностью к адгезии и колонизации на слизистой оболочке кишечника и влагалища, что создает оптимальные условия для роста нормальной микрофлоры. Следует помнить, что БВ и вагинальная инфекция в целом относятся к управляемым факторам риска истинно-цервикальной недостаточности и подлежат коррекции начиная с прегравидарной подготовки.

Таким образом, термин «плохой мазок» уже давно ушел в прошлое. Сегодня выбор терапии основан на грамотном обследовании и адекватном диагнозе с учетом комплаентности пациенток, подчеркнула И.Г. Шестакова, завершая выступление.

Нарушения микробиома половых путей женщины. Комплексный подход к диагностике и терапии

По словам Алины Викторовны СОЛОВЬЕВОЙ, д.м.н., профессора кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины РУДН, в состав микрофлоры влагалища здоровых женщин входит множество протективных видов *Lactobacillus* spp. (*L. crispus*, *L. jensenii*, *L. iners*), наличие кото-

рых ассоциируется со здоровым состоянием влагалища и защитой от ряда бактерий и вирусов (*C. trachomatis*, вирус папилломы человека, вирус иммунодефицита человека)⁴.

Основными модифицирующими факторами, изменяющими вагинальную микробиоту, считаются инфекции, возраст,



Профессор, д.м.н.
А.В. Соловьева

² Инструкция к медицинскому применению препарата Гайномакс ЛП000007.

³ Schwebke J.R., Desmond R.A. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis // Am. J. Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 204. № 3. P. 211.e1–e6.

⁴ Zárate G., Nader-Macias M.E. Influence of probiotic vaginal lactobacilli on in vitro adhesion of urogenital pathogens to vaginal epithelial cells // Lett. Appl. Microbiol. 2006. Vol. 43. № 2. P. 174–180.

XV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргументы»

беременность⁵. Следует учитывать и тот факт, что микробиота влагалища представляет собой динамичную среду, взаимодействующую с флорой мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта. Определенную лепту в нарушение биоценоза влагалища в виде снижения уровня лактобактерий и увеличения патогенной флоры вносят курение, рак шейки матки, а также расовая принадлежность⁶. Установлено, что у азиатов и белокожих в вагинальной микробиоте доминируют лактобактерии, в то время как у 38–40% испанок и чернокожих женщин преобладают *Prevotella*, *Sneathia*, *Megasphaera* или *Streptococcus*.

Как известно, БВ и аэробный вагинит (АВ) могут протекать бессимптомно, что затрудняет их диагностику. Микроскопическая характеристика биоценоза влагалища при БВ и АВ показывает значительное уменьшение количества лактобактерий или их отсутствие, а также преобладание условно-патогенной флоры: при БВ – *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Megasphaera* spp. и других облигатных анаэробов, при АВ – *S. aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*⁷.

Вагиноз в отличие от вагинита, хотя и обусловлен полимикробной флорой, не сопровождается воспалительной реакцией, которая при АВ клинически проявляется гиперемией слизистой оболочки влагалища. Основными клиническими симптомами БВ являются пенистые, тягучие выделения из влагалища серо-белого цвета с неприятным запахом гнилой

рыбы. Повышение pH среды влагалища более 4,5 считается одним из критериев диагностики БВ. При АВ данный показатель выше – до 6–8.

Рецидивирующие БВ и АВ не только негативно влияют на качество жизни женщин, но и повышают риск заражения ИППП⁷.

Наряду с БВ и АВ в женской популяции отмечается широкая распространенность ВВК, которому особенно подвержены женщины репродуктивного возраста⁸. По оценкам, 75% женщин имеют однократный опыт заболевания ВВК в течение жизни, 40–50% – эпизоды его рецидива. Причинами роста заболеваемости ВВК являются широкое применение антибиотиков в животноводстве, метаболический синдром, ожирение, сахарный диабет, гормональная контрацепция, беременность. ВВК встречается у 20% беременных в первом и втором триместрах и 30% – в третьем триместре. Установлено, что системное применение флуконазола беременными с ВВК ассоциируется с риском тетрады Фалло, выкидышей и мертворождений. В настоящее время первой линией терапии ВВК во время беременности считается использование топических азолов⁹.

Успешное лечение патологических вагинальных выделений зависит от своевременно проведенной терапии. Согласно международным рекомендациям (IUSTI, International Union Against Sexually Transmitted Infection – Международный союз по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем; CDC, Centers for Disease Control and Prevention – Центры по контро-

лю и профилактике заболеваний США) и рекомендациям РОАГ 2019 г., метронидазол является стандартом лечения БВ. Препарат назначают в дозе 400–500 мг перорально два раза в день в течение 5–7 дней. Можно также использовать интравагинальный гель метронидазола (0,75%) один раз в день в течение пяти дней (уровень доказательности – IA). В рекомендациях РОАГ 2019 г. сказано, что на первом этапе лечения БВ можно применять топические комбинированные препараты. Имеются сведения о высокой эффективности семидневного курса комплексного препарата, содержащего 750 мг метронидазола и 200 мг миконазола. По оценкам, рецидив БВ развивается в среднем у 30% женщин в течение первых трех месяцев после завершения лечения и 80% – через девять месяцев после лечения. В рекомендациях IUSTI (2018) представлены результаты исследования, в котором лечение комбинацией метронидазола и миконазола интравагинально в течение 12 месяцев способствовало снижению доли рецидивов БВ (21,2 против 32,5% в группе плацебо).

Как известно, нерациональная антибиотикотерапия приводит к образованию биопленок, содержащих патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. В исследовании А. McMillan и соавт. (2011)¹⁰ продемонстрирована способность метронидазола к разрушению биопленок за счет образования в них отверстий.

Суппозитории Нео-Пенотран Форте Л содержат метронидазол, миконазол и лидокаин, обеспечивающий местный анестезиру-

⁵ Leyva-Gómez G., Del Prado-Audelo M.L., Ortega-Peña S. et al. Modifications in vaginal microbiota and their influence on drug release: challenges and opportunities // *Pharmaceutics*. 2019. Vol. 11. № 5. P. 217.

⁶ Brotman R.M., He X., Gajer P. et al. Association between cigarette smoking and the vaginal microbiota: a pilot study // *BMC Infect. Dis.* 2014. Vol. 14. ID 471.

⁷ Donders G.G.G. Definition and classification of abnormal vaginal flora // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2007. Vol. 21. № 3. P. 355–373.

⁸ Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

⁹ Bagga R., Arora P. Genital micro-organisms in pregnancy // *Front. Public Health*. 2020. Vol. 8. ID 225.

¹⁰ McMillan A., Dell M., Zellar M.P. et al. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli // *Colloids Surf. B Biointerfaces*. 2011. Vol. 86. № 1. P. 58–64.

Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

ющий эффект. Благодаря уникальному составу Нео-Пенотран Форте Л способствует снятию боли, зуда и отечности в первые минуты после введения.

Как уже отмечалось, современные руководства рекомендуют двухэтапное лечение БВ с восстановлением на втором этапе достаточного количества лактобактерий за

счет использования пробиотиков. По мнению профессора А.В. Соловьевой, в этих целях можно применять пробиотик Лактожиналь, механизм действия которого направлен на образование биопленок лактобактерий, нормализацию pH и выработку противомикробных метаболитов. Показано, что через шесть месяцев применения Лакто-

жиналя содержание лактобацилл в вагинальной микрофлоре 90% женщин приходит в норму. «Столь впечатляющий эффект обусловлен инновационным сочетанием компонентов трибиотика Лактожиналя. Это не только лактобактерии, но и питательная среда для них, и постбиотик метаболита лактобактерий», – пояснила эксперт.

Клинико-фармакологические подходы к комбинированной терапии вагинальных инфекций

По мнению Евгении Валерьевны ШИХ, д.м.н., профессора, заведующей кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, поскольку обычно причиной инфекции влагалища становятся полимикробные ассоциации, рациональным считается использование комбинированных препаратов с широким спектром действия.

Эксперт кратко обосновала необходимость применения комбинированных лекарственных средств для предупреждения «пинг-понг»-вагинитов. Например, при лечении кандидозного вагинита антимикотиками после элиминации грибов селективные преимущества будут получать другие, не выявленные при первичном обследовании микробы – ассоцианты данного инфекционного процесса, но устойчивые к противогрибковым препаратам, в частности облигатные анаэробы. После дополнительного обследования назначают препараты с антианаэробной активностью (например, метронидазол). Но тогда одновременно с исчезновением строгих анаэробов и гарднерелл активно размножаются бактерии кишечной группы и энтерококки, устойчивые к имидазолам. В результате новая вспышка вагинита «пинг-понг» этиологически связана уже с этими бактериями.

Главный принцип комбинации – обеспечение максимально широкого спектра действия. Этому принципу отвечают препараты Нео-Пенотран

и Гайномакс. Нео-Пенотран содержит комбинацию метронидазола и миконазола, Гайномакс – комбинацию тинидазола и тиоконазола. Метронидазол признан золотым стандартом лечения вагинальных инфекций и входит в международные и российские руководства.

Метронидазол и тинидазол обладают бактерицидным эффектом в отношении анаэробной инфекции и при этом сберегают лактобактерии, отличаются фармакокинетическими параметрами. Тинидазол по сравнению с метронидазолом характеризуется более длительным периодом выведения и более высокими плазменными концентрациями через шесть часов после приема. Кроме того, тинидазол в отличие от метронидазола в меньшей степени связывается с белками. Имеющиеся отличия в фармакокинетике свидетельствуют о более высокой эффективности тинидазола по сравнению с метронидазолом.

Определенные отличия имеют и противогрибковые компоненты препаратов – тиоконазол и миконазол. Как уже отмечалось, миконазол способен блокировать биопленки и рекомендован как топическое средство первой линии при кандидозе. Между тем тиоконазол эффективен в более низких концентрациях по сравнению с другими миконазолами. Экспериментально доказано, что среди пяти имидазолов только тиоконазол приводит к гибели всех изолятов *C. albicans*. В отношении этих и других штаммов тиоконазол примерно в четыре раза эффектив-



Профессор, д.м.н.
Е.В. Ших

нее миконазола. Кроме того, тиоконазол демонстрирует быстрый (в течение часа) фунгицидный эффект. Важным отличительным свойством тиоконазола считается его способность повреждать клеточные мембраны грибов как в фазе логарифмического роста клеток, так и в стационарной фазе, что имеет существенное клиническое значение. Согласно метаанализу 36 РКИ по оценке эффективности и безопасности тиоконазола при ВВК, увеличение продолжительности терапии тиоконазолом до шести или 14 дней у пациенток не приводит к значимому повышению частоты излечения по сравнению с трехдневным курсом. Трехдневный режим терапии тиоконазолом значительно превосходит по эффективности трех- и шестидневные режимы с использованием других имидазолов. Частота исцеления пациенток с ВВК при трехдневном курсе применения тиоконазола колеблется от 69 до 100%.

Профессор Е.В. Ших проанализировала эффективность и безопасность применения препаратов Нео-Пенотран Форте Л и Гайномакс у пациенток с вагинальной инфекцией.

XV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргументы»

Нео-Пенотран Форте Л – комбинированный препарат, в состав которого входят метронидазол, миконазол и лидокаин в дозе 100 мг. Лидокаин блокирует проведение импульсов в нервных волокнах, обеспечивая быстрое наступление обезболивающего эффекта. Помимо этого лидокаин способствует расширению кровеносных сосудов и опосредованно улучшает кровоснабжение тканей. Согласно результатам клинических исследований, применение препарата Нео-Пенотран Форте Л способствует

снятию боли, зуда и отека уже в первые минуты после введения. Важно, что терапия препаратом Нео-Пенотран Форте является лактобактериосберегающей.

Безусловно, сокращение сроков лечения вагинальной инфекции при сохранении эффективности и безопасности терапии ассоциируется с повышением комплаенса и снижением стоимости лечения. Благодаря фармакокинетическим особенностям тинидазола и тиоконазола терапия препаратом Гайномакс может применяться короткими курсами.

Общая эффективность трехдневного курса Гайномакса у пациенток с вагинальной инфекцией достигает 95% на седьмой день и 88% – на 28-й день наблюдения.

Завершая выступление, профессор Е.В. Ших констатировала, что лечение вагинальных инфекций претерпело существенные изменения. В настоящее время наиболее рациональным подходом считается местная терапия комбинированными лекарственными средствами, перекрывающими весь возможный спектр возбудителей.



Профессор, д.м.н.
М.В. Хамошина

Генитоуринарный менопаузальный синдром как феномен биологического и эстетического старения: проблемы, факты, реалии и перспективы

кожи и ее придатков. Зачастую ГУМС характеризуется вульвовагинальной атрофией (ВВА), клинически проявляющейся такими симптомами, как сухость влагалища, диспареуния, жжение и зуд. В настоящее время установлены и генетические детерминанты ВВА – определена прямая корреляция ВВА с выраженностью экспрессии мРНК генов эстрогеновых и андрогеновых рецепторов.

К факторам риска ВВА относятся низкий индекс массы тела (менее 25 кг/м²) и редкие половые контакты – менее одного раза в неделю. Установлена положительная взаимосвязь между наличием половой жизни при длительности менопаузы свыше десяти лет и состоянием эпителия влагалища. Сухость во влагалище может выявляться у 3% женщин репродуктивного возраста и 4% – в начале периода менопаузального перехода. Это может быть обусловлено недостаточностью генитальной реакции, то есть неспособностью достигать или поддерживать до завершения сексуальной активности адекватной смазки как генитальной реакции сексуального возбуждения.

Во время менопаузального перехода и ранней постменопаузы в тканях многих органов, в том числе поло-

вых органов, наблюдается слабо выраженное системное воспаление. Ключевым фактором его развития является снижение функции митохондрий, отвечающих за выработку энергии в клетках. Это в свою очередь способствует нарушению всех нормальных процессов, обеспечивающих регенерацию тканей слизистой оболочки влагалища, мочевого пузыря, уретры и остальных структур, включая промежность.

Дефицит гормонов считается одной из основных причин митохондриальной дисфункции. Когда дефицит эстрогенов становится хроническим, появляются постоянные ощущения сухости во влагалище, зуд, дизурия¹¹. По оценкам, сухость во влагалище выявляется у 21% женщин при наступлении менопаузы и 47% – через три года после менопаузы.

Поддержка здоровья женщины в менопаузе включает изменение образа жизни, применение системной менопаузальной гормональной терапии (МГТ) или локальных эстрогенов, а также эстетическую гинекологию. Системная МГТ направлена на купирование вазомоторных симптомов, психоэмоциональных постменопаузальных расстройств, являющихся первичными пробле-

¹¹ Балан В.Е., Ковалева Л.А. Урогенитальные расстройства в климактерии: особенности лечения // Гинекология. 2014. Т. 16. № 1. С. 81–84.



Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

мами переходного периода. Однако в постменопаузе уже имеют место выраженная необратимая гормонально-метаболическая перестройка организма, износ органов-мишеней, значительное снижение качества жизни. Поэтому у женщин старше 60 лет психоэмоциональные симптомы могут быть вторичны в ответ на проявления ГУМС.

Наличие менопаузального синдрома сопряжено с изменениями, развивающимися в организме женщины на фоне прогрессирующего дефицита эстрогенов в связи с генетически детерминированным процессом выключения функции репродуктивной системы. Чем старше женщина, тем больше вероятность развития у нее постменопаузального атрофического вагинита, недостаточности генитальной реакции, диспареунии. Тем не менее до 70% женщин не предъявляют активных жалоб. Следовательно, как указано в рекомендациях Международного общества по менопаузе (IMS, International Menopause Society) 2016 г., медицинские работники должны проявлять инициативу и помочь пациенткам сообщить о симптомах, связанных с ВВА, а также подобрать адекватное лечение. Североамериканское общество по менопаузе (NAMS, The North Menopause Society) (2020) рекомендует проводить обучение и скрининг по менеджменту ГУМС для женщин в пери- и постменопаузе.

В 2017 г. в журнале «Медицинский совет» была опубликована статья профессора И.А. Аполихиной и Е.А. Горбуновой, посвященная результатам опроса 2379 акушеров-гинекологов из семи российских регионов¹². Согласно полученным результатам, 52% врачей часто выявляют признаки ВВА у пациенток старше 40–50 лет.

Спектр проблем, ассоциированных с ГУМС и старением, в основном представлен атрофией вульвы и влагалища (изменение биоценоза влагалища), нарушением мочеиспускания (атрофический цистoureтрит),

прогрессированием генитального пролапса (цистоцеле и ректоцеле). Более половины женщин в возрасте 60–70 лет имеют расстройство сексуального влечения¹³.

Интимное здоровье пациенток должно находиться в фокусе внимания клинициста. Согласно обновленным рекомендациям РОАГ (2021), для диагностики урогенитальных и сексуальных расстройств при опросе пациенток рекомендуется обращать внимание на наличие жалоб на зуд, жжение, сухость во влагалище, диспареунию, дизурию. При физикальном обследовании целесообразно определять pH отделяемого слизистой оболочки влагалища для уточнения диагноза ВВА в сомнительных случаях, а при наличии жалоб и клинических проявлений ГУМС – проводить молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы – маркеры БВ или микробиологическое исследование на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы для оценки микробиоты влагалища.

МГТ остается основным инструментом предупреждения заболеваний и поддержания качества жизни у женщин в пери- и постменопаузе. Учитывая современную концепцию персонализации МГТ, врач при выборе терапии должен обращать внимание на безопасность компонентов препарата, наличие факторов риска и коморбидной патологии, подбирать минимально эффективные дозы, использовать режимы терапии с учетом возраста, стадии репродуктивного старения, симптомов ГУМС, сексуальной дисфункции и потребности пациенток.

Не рекомендуется назначать препараты тестостерона женщинам с когнитивными, сердечно-сосудистыми, метаболическими нарушениями и сексуальной дисфункцией.

В рекомендациях РОАГ 2021 г. сказано, что при недостаточной эффективности системной МГТ для купиро-

вания симптомов ГУМС можно рассмотреть вопрос о дополнительном назначении локальной терапии эстрогенами. В России для локального применения зарегистрированы препараты эстриола в различных дозах.

Эстриол в небольших дозах активизирует пролиферацию вагинального и цервикального эпителия, улучшает кровообращение нижних отделов половых путей, а следовательно, повышает резистентность слизистой оболочки влагалища и шейки матки к инфекции. Он не вызывает пролиферацию эндометрия. После утолщения вагинального эпителия системная абсорбция эстриола значительно снижается. Эффекты эстриола в виде повышения пролиферации влагалищного эпителия, улучшения кровоснабжения влагалищной стенки, восстановления транссудации и эластичности слизистой оболочки способствуют исчезновению сухости влагалища, диспареунии, повышению сексуальной активности. Повышение с помощью эстриола активности эффекторных компонентов Т-клеточного звена местного иммунитета позволяет профилактировать развитие восходящей урологической инфекции.

Среди препаратов эстриола, разрешенных к применению в России, особый интерес вызывает Эстрокад, выпускаемый в форме суппозитория вагинальных. В одном суппозитории Эстрокада содержатся эстриол 0,5 мг и витепсол S51, представляющий собой фармакологически значимую жировую основу. Основа данной лекарственной формы дополнительно увлажняет слизистую оболочку влагалища, восстанавливает ее нормальную структуру, повышает тонус гладкой мускулатуры влагалища.

В рекомендациях РОАГ (2021) прописано, что локальные эстрогены не повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, венозных тромбоэмболических осложнений, рака шейки матки, ги-

¹² Аполихина И.А., Горбунова Е.А. Лечение генитоуринарного синдрома в менопаузе: результаты опроса акушеров-гинекологов в России // Медицинский совет. 2017. № 13. С. 157–164.

¹³ Беленичев И.Ф. Рациональная нейропротекция. Донецк, 2009.

XV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

перплазии и рака эндометрия, поэтому применение эстриола интравагинально не имеет возрастных ограничений и может назначаться женщинам старше 60 лет. Лечение ГУМС должно рассматриваться как долговременная терапия, поскольку ограничения для перерывов и возобновления приема препаратов эстриола отсутствуют.

Вагинальные lubricанты и увлажняющие средства следует рассматривать как негормональные методы лечения урогенитальной атрофии, сухости влагалища, диспареунии, щелочного pH влагалища у женщин без возрастных ограничений. Они назначаются при противопоказаниях к гормонотерапии, например при урогенитальной атрофии, связанной с лечением рака¹⁴. В российских рекомендациях (РОАГ 2021) использование негормональных lubricантов, увлажняющих средств и ведение половой жизни показаны при симптомах ГУМС.

Примером эффективного и безопасного увлажняющего средства может служить Монтавит гель. Монтавит гель – увлажняющее средство на основе гидроксипропилцеллюлозы с исключительными смазывающими свойствами, содержит 0,1 мг хлоргексидина и способствует снижению риска ИППП.

Профессор М.Б. Хамошина представила два клинических случая из рутинной практики.

Клинический случай 1. Пациентка в возрасте 63 лет, педагог, замужем. Обратилась за помощью к специалисту по поводу сильного зуда и жжения, слизисто-гнойных выделений из влагалища, частых обострений цистита. Симптомы появились после попыток сексуального контакта с супругом после длительного периода воздержания. Менопауза наступила в 51 год, беспокоили нечастые приливы, принимала Эстровэл, Климадинон с эффектом.

При специальном гинекологическом исследовании выявлены симптомы воспаления слизистой

оболочки влагалища на фоне ВВА, экзоцервикс гиперемирован, во влагалище скудные слизисто-гнойные бели. Вагинит подтвержден микроскопически. Клинический диагноз: поздняя менопауза; генитоуринарный синдром; диспареуния; острый неспецифический вагинит на фоне урогенитальной атрофии.

Пациентке назначили терапию препаратом Нео-Пенотран Форте Л в комплексе с препаратом Эстрокад. Нео-Пенотран Форте Л, характеризующийся антимикробным, антимикотическим и быстрым анальгезирующим эффектами, считается препаратом выбора при смешанных инфекциях на фоне атрофии. После купирования симптомов острого вагинита лечение пациентки продолжилось с использованием препарата Эстрокад, к которому был добавлен Монтавит гель в качестве увлажняющего средства.

Клинический случай 2. Пациентка в возрасте 78 лет, вдова, работает преподавателем. Обратилась за помощью к специалисту по поводу боли в спине и пояснице, суставах, уменьшения роста в течение последних пяти лет, физической немощи и снижения подвижности, утомляемости и бессонницы, частых обострений цистита, периодического дискомфорта и зуда вульвы. Из анамнеза: хронический атрофический гастрит, хронический холецистит, хронический цистит, киста правой почки, варикозное расширение вен, ишемическая болезнь сердца, искусственная менопауза в 52 года.

Объективно: вес в норме, «горб вдовы», симптом «елочки». При специальном гинекологическом обследовании выявлены симптомы вульвовагинальной атрофии, шейка чистая, цитологически – атрофия. Клинический диагноз: поздняя менопауза, старость; старческая астения; генитоуринарный синдром; постменопаузальный остеопороз; ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь; хронический цистит с частыми обострениями.

Учитывая благоприятное влияние эстриола на уретру и мочевого пузыря, пациентке назначили препарат Эстрокад по одному суппозиторию на ночь в течение трех недель с постепенным снижением дозы до одного суппозитория два раза в неделю, что способствовало купированию симптомов ГУМС и обострений цистита.

Таким образом, правильный выбор терапевтической тактики с учетом индивидуальных особенностей пациенток, в соответствии с клиническими рекомендациями, способствует успешному лечению и улучшению качества жизни женщин.

Заключение

Лечение вагинальной инфекции должно быть направлено не только на элиминацию патогенных микроорганизмов, но и на восстановление микрофлоры влагалища.

Терапия комбинированными препаратами Нео-Пенотран Форте Л (метронидазол/миконазол/лидокаин) и Гайномакс (тинидазол/тиоконазол) позволяет быстро и эффективно воздействовать на широкий спектр возбудителей вагинальных инфекций, не оказывая негативного влияния на микрофлору влагалища. Обязательным этапом терапии БВ и рецидивирующей вагинальной инфекции является восстановление микрофлоры влагалища с помощью пробиотиков Лактобаланс и Лактожиналь.

У женщин с вагинальной атрофией в постменопаузе индивидуальный подбор длительности локальной терапии препаратом Эстрокад (эстриол/витепсол) позволяет нивелировать клиническую картину.

Комбинированный подход к лечению ГУМС в виде совместного применения Эстрокада и Монтавит геля в качестве увлажняющего средства способствует значимому улучшению качества жизни пациенток.

¹⁴ Edwards D., Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? // Climacteric. 2016. Vol. 19. № 2. P. 151–161.

Нео-Пенотран® Форте Л

лидокаин 100 мг + метронидазол 750 мг + миконазол 200 мг⁵

РЕКЛАМА

ЭКСПЕРТ⁴ В ТЕРАПИИ вагинальных инфекций

Первая линия терапии вагинальных инфекций и дисбиоза влагалища^{4,7}

- Широкий спектр действия¹
- Способствует снятию боли, зуда и отечности в первые минуты после введения²
- Предотвращает рецидивирование, разрушая биопленки^{3,6}
- Комбинация: метронидазол 750 мг + миконазол 200 мг включена в Федеральные клинические рекомендации РОАГ, 2019⁴

1. Межевитинова Е. А., Абakarova П. Р., Бровкина Т. В. и др. Генитальные инфекции и локальные препараты комплексного действия. Гинекология. 2014; 5: 43–47.

2. Адаптировано: А. Г. Кедрова. Рациональная фармакотерапия основных заболеваний влагалища. Гинекология. 2014; 01.

3. О чем молчат женщины? Диспареуния и репродуктивное здоровье: информационный бюллетень / М. Р. Оразов, Ю. А. Брил; под ред. В. Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2019. – 24 с.

4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин (издание 2), Москва, 2019 г., РОАГ.

5. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Нео-Пенотран® Форте Л – ЛП-000486.

6. S. Gebremedhin, B. Dorocka-Bobkowska. Miconazole activity against candida biofilms developed on acrylic discs. Journal of physiology and pharmacology 2014; 65; 4: 593–600.

7. Клинические рекомендации: Акушерство и гинекология, 4-е изд., перераб. и доп., под ред. Г. М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2019.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НЕО-ПЕНОТРАН® ФОРТЕ Л
Регистрационный номер: ЛП 000486-190516. **Группировочное название:** метронидазол + миконазол + лидокаин. **Лекарственная форма:** суппозитории вагинальные. **Состав.** Каждый суппозиторий вагинальный содержит активные вещества: метронидазол (микро-низированный) – 750,00 мг; миконазола нитрат (микроинкапсулированный) – 200,0 мг; лидокаин – 100,0 мг. Вспомогательные вещества: витепсол. **Фармакотерапевтическая группа:** противомикробное средство комбинированное (противомикробное и противопаразитарное средство + противогрибковое средство). **Код АТХ:** G01AF20. **Показания к применению:** лечение вагинита, вызванного возбудителями родов *Candida*, *Trichomonas* и *Gardnerella* (вагинальный кандидоз, трихомонадный вульвовагинит, бактериальный вагиноз), смешанная вагинальная инфекция. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к имидазолам, к производным нитроимидазола, а также к другим компонентам препарата; раннее было «гиперчувствительность к компонентам препарата». Органические поражения центральной нервной системы (ЦНС), в т.ч. эпилепсия. Нарушения координации движений; дермопатии (в т.ч. в анамнезе); печеночная недостаточность; беременность; период грудного вскармливания; детский возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы.** Интра-вагинально. Препарат применяют по 1 вагинальному суппозиторию на ночь в течение 7 дней. При рецидивирующем заболевании или вагините, резистентных к другому лечению, возможно продлить курс лечения до 14 дней. **Побочное действие:** обычно препарат Нео-Пенотран® Форте Л хорошо переносится. При применении препарата возможны побочные эффекты. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, запор, потеря аппетита, тошнота, рвота, воспаление слизистой оболочки полости рта, нарушение вкусовых ощущений, сухость во рту, панкреатит (обратимые случаи), изменение цвета языка / «обложенный язык». Нарушения со стороны нервной системы: головная боль, утомляемость, головокружение, судороги, периферическая сенсорная нейропатия, сообщалось о развитии энцефалопатии (например, спутанности сознания) и подострого мозжечкового синдрома (нарушение координации и синергизма движений, атаксия, дисартрия, нарушения походки, нистагм и тремор), которые проходят после отмены метронидазола. Нарушения психики: психотические расстройства, включая спутанность сознания, галлюцинации, подавление настроения, раздражительность, повышенная возбудимость. Нарушения со стороны органа зрения: преходящее нарушение зрения, такое как диплопия, миопия, расфокусировка контуров предметов, снижение остроты зрения, нарушение цветового восприятия, нейритопти/неврит зрительного нерва. Нарушения со стороны крови и лимфатической системы: агранулоцитоз, лейкопения, нейтропения и тромбоцитопения. Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей: увеличение активности «печеночных» ферментов, развитие холестатического или смешанного гепатита и гепатоцеллюлярного поражения печени, иногда сопровождающегося желтухой. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: сыпь, кожный зуд, гиперемия кожи, крапивница, пустулезная кожная сыпь, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: возможно окрашивание мочи в коричневый-красный цвет, дизурия, полиурия, цистит, недержание мочи. Нарушения со стороны иммунной системы: ангионевротический отек, анафилактический шок.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ООО «Ацино Рус», Россия, 129110, г. Москва, проспект Олимпийский, дом 16, строение 5, этаж 5, помещение I

Тел. +7 (495) 502-92-47

E-mail: medinfo_rus@acino.swiss, safety_rus@acino.swiss, quality_rus@acino.swiss



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
ОЗНАКОМИТЬСЯ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРЕПАРАТУ