

# Антибиотикорезистентность в акушерско-гинекологической практике: рациональный выбор антибактериальной терапии

*Высокая распространенность инфекционных поражений влагалища, частые рецидивы, влияние вульвовагинальных инфекций (ВВИ) на функции репродуктивной системы, повышение риска гинекологических заболеваний и акушерских осложнений побуждают к поиску эффективных методов лечения. Рациональному выбору антибактериальной терапии ВВИ в эру растущей резистентности возбудителей было посвящено выступление заведующей кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессора Евгении Валерьевны ШИХ.*

**Б**актериальный вагиноз (БВ) относится к наиболее частым вульвовагинальным инфекциям (ВВИ) бактериальной этиологии, чья значимость определяется не только высокой заболеваемостью, но и повышением риска акушерских и гинекологических осложнений. Рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения схемы лечения БВ включают метронидазол, клиндамицин, тинидазол, деквалиния хлорид. Метронидазол считается золотым стандартом терапии вагинальных инфекций и входит в международные и российские стандарты лечения (руководство IUSTI, рекомендации CDC, РОАГ, РОДВК).

Между тем преобладание микстинфекции в этиологии ВВИ обуславливает снижение эффективности монотерапии заболевания. Показано, что эффективность монотерапии ВВИ не превышает 50–65%. Это связано с тем, что инфекция вызвана несколькими возбудителями с разным патогенным потенциалом и спектром

антибиотикочувствительности. Именно поэтому предпочтение отдается комбинированным препаратам.

Главный принцип, которым следует руководствоваться при выборе комбинированного препарата, заключается в обеспечении широкого спектра действия. Комбинированный препарат для лечения ВВИ должен включать противомикробный (антибиотик, антисептик) и противогрибковый (азолы) компоненты. Таким спектром действия характеризуется комбинация метронидазола и миконазола, входящая в состав препарата Лименда®. Метронидазол оказывает бактерицидное действие в отношении бактерий и трихомонад, миконазол – фунгицидное в отношении грибов рода *Candida*. Вместе они демонстрируют синергический эффект.

В ряде исследований сравнивали противогрибковую активность миконазола и тиокконазола. В большинстве из них показана сопоставимая эффективность.

В исследовании эффективности миконазола 2% и тиокконазола 6,5% в виде вагинальной мази продемонстрировано преимущество миконазола перед тиокконазолом по показателям микробиологического излечения при первом контрольном обследовании.

Подавляющее большинство женщин с вагинальным кандидозом удовлетворены результатами терапии миконазолом, порядка 97% из них выражают желание использовать его при возникновении грибковой инфекции. Это свидетельствует о хорошей переносимости и эффективности миконазола в отличие от тиокконазола и высокой приверженности пациенток терапии.

Комбинированный препарат Лименда® (метронидазол + миконазол) эффективен в лечении и профилактике таких вагинальных инфекций, как БВ, вульвовагинальный кандидоз (ВВК), трихомонадный вагинит, вагиниты, вызванные смешанными инфекциями.

Лименда® считается препаратом выбора у пациенток с первичной (нерецидивирующей) патологией на фоне приверженности интравагинальному способу лечения.

Благодаря лекарственной форме для местного применения действующие вещества доставляются непосредственно в очаг инфекции. Терапия препаратом Лименда® демонстрирует высокую эффективность при различных типах вагинитов. По оценкам, применение препарата Лименда® в течение семи дней способствует клиническому излечению при ВВК в 97% случаев, при БВ – в 95%, при смешанных вагинитах – в 86% случаев.

По мнению профессора Е.В. Ших, особого внимания заслуживает препарат Дорамитцин ВМ (спирамицин), активный против быстро размножающихся пиогенных кокков (стафилококков, стрептококков, гонококков, анаэробных кокков), грамотрицательных бактерий, резистентных к бензилпенициллину и эритромицину (*Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas* spp.). Дорамитцин ВМ (спирамицин) активен против внутриклеточных возбудителей, при которых длительно использовались эритромицин или тетрациклин (*Chlamydia* spp., *Mycoplasma* spp., *Ureaplasma urealyticum*, *Legionella* spp.), а также против микроорганизмов, с которыми не справляются другие антибиотики (*Toxoplasma gondii*). Спирамицин действует на стрептококки, более активен, чем эритромицин, кларитромицин и азитромицин, против пневмококков, устойчивых к пенициллину и эритромицину.

Важно, что препарат Дорамитцин ВМ (спирамицин), выпускаемый в форме таблеток, благодаря своему уникальному профилю безопасности является единственным антибиотиком, разрешенным к применению у беременных во всех триместрах.

Парадокс спирамицина заключается в способности создавать высокие, длительно сохраняющиеся

Дорамитцин ВМ (спирамицин) активен против быстро размножающихся пиогенных кокков, грамотрицательных бактерий, резистентных к бензилпенициллину и эритромицину, внутриклеточных возбудителей, при которых длительно использовались эритромицин или тетрациклин, а также против микроорганизмов, с которыми не справляются другие антибиотики. Спирамицин более активен, чем эритромицин, кларитромицин и азитромицин, против пневмококков, устойчивых к пенициллину и эритромицину. Дорамитцин ВМ (спирамицин), выпускаемый в форме таблеток, благодаря своему уникальному профилю безопасности является единственным антибиотиком, разрешенным к применению у беременных во всех триместрах

тканевые внутри- и внеклеточные концентрации в очаге инфекции, накапливаться внутри клеток, что обеспечивает бактерицидный эффект. Препарат имеет ярко выраженный постантибиотический эффект, то есть сохраняет ингибирующее влияние на размножение бактерий даже после исчезновения из крови или очага воспаления.

Дорамитцин ВМ (спирамицин) – 16-членный макролид, который в отличие от 14-членных и 15-членных макролидов не подвергается эффлюксу со стороны микробной клетки, что благоприятно сказывается на его эффективности.

Дорамитцин ВМ (спирамицин) безопасно комбинировать с постоянно принимаемыми препаратами. В отличие от эритромицина и кларитромицина, взаимодействующих с цитохромом P450, спирамицин не образует с ним комплексов. Среди макролидов спирамицин в наименьшей степени нагружает этот путь метаболизма, необходимый для постоянно принимаемых лекарственных средств.

Выбор препарата Дорамитцин ВМ позволяет избежать возможной резистентности к азитромицину

вследствие его широкого применения в последние годы в клинической практике. При использовании спирамицина реже, чем на фоне применения азитромицина, возникают побочные эффекты.

Дорамитцин ВМ характеризуется хорошей переносимостью и минимальным количеством нежелательных эффектов в виде незначительных диспепсических расстройств и кожных аллергических реакций.

Преимуществом спирамицина перед рокситромицином, кларитромицином, азитромицином является достоверно установленная безопасность применения беременными. Метаанализ 33 исследований показал трехкратное снижение риска гестационных осложнений с передачей *T. gondii* плоду при монотерапии спирамицином.

При остром токсоплазмозе спирамицин считается альтернативным средством при плохой переносимости пириметамин или сульфадоксина. В настоящее время Дорамитцин ВМ (спирамицин) – единственный макролид, включенный в российские клинические рекомендации по лечению токсоплазмоза. ❖