



# Вульвовагинальный дискомфорт: рациональная тактика ведения с позиций клинических рекомендаций и международных гайдлайнов

*В рамках школы-интенсива клинического мышления, состоявшейся 12 апреля 2022 г. под руководством члена-корреспондента РАН, д.м.н., профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института Российского университета дружбы народов (РУДН), вице-президента Российского общества акушеров-гинекологов, президента Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины Виктора Евсеевича РАДЗИНСКОГО и д.м.н., профессора, заведующей кафедрой клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, заведующей отделом микробиологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта Алевтины Михайловны САВИЧЕВОЙ, ведущими российскими экспертами в области женского здоровья были рассмотрены актуальные вопросы диагностики, методов обследования и лечения пациенток с вульвовагинальными симптомами в реальной клинической практике. Особое внимание участники мероприятия уделили алгоритму ведения пациенток с жалобами на вульвовагинальный дискомфорт в различных клинических ситуациях, представленному врачом акушером-гинекологом, к.м.н., доцентом кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования медицинского института РУДН Ириной Геннадьевной ШЕСТАКОВОЙ.*

**Н**ередко на прием к гинекологу приходят женщины с жалобами на вульвовагинальный дискомфорт, в том числе связанный с вагинальными выделениями. В настоящее время для ведения пациенток с вагинальными выделениями используют алгоритмы, разработанные экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международной гильдией специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП) (The International Union against Sexually Transmitted Infections, IUSTI) в 2018 г.<sup>1</sup> Как известно, у здоровых женщин неадекватная интимная гигиена

может вызывать вульвовагинальный дискомфорт. Механические, химические и аллергенные раздражители способны спровоцировать развитие вульвовагинальных симптомов – жжения и зуда. Часто симптомы ошибочно приписывают инфекции.

Действительно, наиболее частыми причинами вульвовагинального дискомфорта и вагинальных выделений являются бактериальный вагиноз, кандидоз, трихомониаз, реже – вагинальная атрофия, атрофический вагинит, цервицит, наличие инородного тела, аллергия на мыло/гель, семенную жидкость, системные

заболевания (диабет, склеродермия). Только тщательная оценка индивидуальных особенностей женщины позволяет выявить реальную причину дискомфорта и назначить надлежащую терапию.

В соответствии с современным диагностическим алгоритмом, обследование женщин с вагинальными выделениями и вульвовагинальным дискомфортом включает микроскопию мазков, исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), микробиологические посевы. При этом необходимо учитывать, что для получения

<sup>1</sup> Sherrard J., Wilson J., Donders G., et al. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. Int. J. STD AIDS. 2018; 29 (13): 1258–1272.

## Школа-интенсив клинического мышления «Вагинальные инфекции: лечить или излечивать»

достоверных результатов исследований мазка нужно соблюдать ряд условий. Прежде всего исследование не проводят во время, накануне или сразу после менструации. Необходимо также соблюдать технологию забора биоматериала для лабораторного анализа.

Общий мазок позволяет идентифицировать только десять морфотипов. Многие виды этиологически значимых облигатных и условно-патогенных возбудителей выявить невозможно. Однако главным преимуществом общего мазка остается качественное определение количества лейкоцитов и клеток эпителия, что делает этот метод наиболее распространенным.

У женщин с вульвовагинальным дискомфортом необходимо исключить четыре ИППП: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*. В 2021 г. экспертами Российского общества дерматовенерологов и косметологов и Российского общества акушеров-гинекологов были разработаны клинические рекомендации по ведению пациентов с данными ИППП (рекомендации размещены на сайте Минздрава России). Вульвовагинальный дискомфорт у женщин может быть связан с клиническими проявлениями генитального герпеса: болезненными высыпаниями в области половых органов, зудом, болью, парестезиями в аногенитальной области, дизурией, диспареунией. При вагинальной локализации высыпаний герпеса вульвовагинальный дискомфорт сопровождается слизисто-гнойными выделениями, обусловленными присоединением вторичной инфекции. К слову сказать, герпетическую инфекцию можно определить клинически, без применения ПЦР.

Микробиологический посев из влагища дает количественную характеристику, идентифицирует микроорганизм до вида и определяет чувствительность выделенного штамма к лекарственным препаратам. Однако обнаружить условно-патогенные анаэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы данным методом крайне сложно. В реальной практике посеву из влагища отведена роль анализа, на основании которого можно оценить сложность клинической ситуации.

Сегодня хорошо известно, что эффективность лечения напрямую зависит от приверженности больного лечению. Проблема приверженности лечению особенно актуальна в гинекологической практике, поскольку от успеха лечения зависит репродуктивное здоровье женщин. Установлено, что только половина пациенток принимает назначенные врачом лекарственные средства. Кроме того, женщины редко уведомляют врача о прекращении приема препарата после купирования симптомов вагинита или вагиноза. С обоснованным прекращением применения препарата связан высокий риск развития рецидива и хронического течения заболевания.

При определении тактики ведения пациенток с вульвовагинальным дискомфортом и вагинальными выделениями предпочтение следует отдавать комбинированным лекарственным средствам с антибактериальным, анаэробным и противогрибковым эффектом, быстро устраняющим симптомы и удобным в применении.

Для лечения вагинального кандидоза, трихомонадного вульвовагинита, бактериального вагиноза, смешанного вагинита в широкой клинической практике успешно применяется комбинация тиоко-

назола/тинидазола (Гайномакс). Препарат применяют по назначению врача по одному вагинальному суппозиторию на ночь в течение семи дней или одному вагинальному суппозиторию два раза в день (утром и на ночь) в течение трех дней.

Лечение пероральными или интравагинальными азолами позволяет купировать симптомы и приводит к отрицательным культуральным исследованиям у 80–90% больных. Во время беременности используются только топические препараты. Стандартные однократные, трех- и семидневные курсы терапии азолами так же эффективны, как и длительные курсы<sup>1</sup>.

Важно, что на фоне лечения препаратом Гайномакс происходит быстрое купирование симптомов вульвовагинального кандидоза, в частности зуда и жжения. Эффективность препарата обусловлена механизмом действия его компонентов – тиоконазола и тинидазола.

Эффективность азолов при вульвовагинальном кандидозе подтверждена результатами ряда клинических исследований. Тиоконазол действует фунгицидно и бактерицидно. При этом в отношении штаммов *C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* и *C. krusei in vitro* он примерно в четыре раза эффективнее миконазола. В концентрациях, в четыре раза превышающих минимальную ингибирующую концентрацию, тиоконазол оказывает быстрый (в течение часа) фунгицидный эффект<sup>2</sup>.

Одним из вопросов, имеющих принципиальное значение для гинекологов, сталкивающихся с проблемой кандидозного вульвовагинита, является частота рецидивов заболевания. О рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе говорят при четырех и более эпизодах в год. Подозрение на рецидивирующий вульвовагинальный

<sup>2</sup> Marriott M.S., Brammer K.W., Faccini J., et al. Tioconazole, a new broad-spectrum antifungal agent: preclinical studies related to vaginal candidiasis. Gynakol. Rundsch. 1983; 23 (Suppl 1): 1–11.

## Школа-интенсив клинического мышления «Вагинальные инфекции: лечить или излечивать»

кандидоз служит показанием для посева на грибы. Кроме того, необходимо исключить факторы риска развития грибковой инфекции, такие как иммунодефицит, сахарный диабет, использование глюкокортикостероидов, частый прием антибиотиков. Поддерживающая противогрибковая терапия должна проводиться часто, при этом оптимальный интервал дозирования препаратов до сих пор не регламентирован. Более того, мнения врачей о том, какой должна быть поддерживающая терапия – еженедельной или ежемесячной, расходятся. В клинических рекомендациях ВОЗ и IUSTI (2018) сказано, что долгосрочную поддерживающую противогрибковую терапию можно начинать с ежедневного приема флуконазола в течение трех дней еженедельно или ежемесячно в течение шести месяцев. Если такие схемы нереализуемы, можно рассмотреть вопрос о периодическом топическом лечении. Лечение персистирующей дрожжевой вагинальной инфекции, вызванной видами, отличными от *C. albicans*, особенно затруднительно<sup>1</sup>.

Распространенным заболеванием, сопровождающимся воспалительными процессами в слизистой оболочке влагалища, является смешанный вагинит, обусловленный аэробной микрофлорой, стрептококковой или энтерококковой инфекциями. Аэробный вагинит нередко сопровождается грибковой инфекцией. При лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой, предпочтение отдается комбинированным препаратам с широким спектром действия. Препаратом выбора считается Гайномакс, в состав которого входят тиоконазол и тинидазол. Гайномакс оказывает комплексное действие в отношении дрожжеподобных грибов рода

*Candida*, анаэробных микроорганизмов, антибактериальный эффект, в том числе в отношении грамположительных бактерий *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp.<sup>3</sup>

Данные клинической практики свидетельствуют о высокой эффективности препарата Гайномакс у пациенток со смешанным вагинитом. На фоне терапии вульвовагинальные симптомы купируются в течение 3–6 дней.

Другой распространенной формой вагинальных нарушений у женщин является бактериальный вагиноз, относящийся к невоспалительным заболеваниям влагалища. При бактериальном вагинозе при микроскопическом исследовании методом ПЦР выявляются сниженное количество защитных лактобактерий, анаэробная флора, а главное – ключевые клетки, наличие которых подтверждает факт заболевания. Для лечения бактериального вагиноза применяют метронидазол перорально или в виде интравагинального геля либо клиндамицин в виде интравагинального крема. К альтернативным методам лечения относят применение тинидазола 2 г перорально в однократной дозе или 1 г перорально в течение пяти дней или клиндамицина, деквалиния хлорида<sup>1</sup>. Трудность ведения пациенток с бактериальным вагинозом заключается в том, что у 30% из них в течение трех месяцев, а у 50% в течение года после успешного лечения развивается рецидив заболевания. Это может быть обусловлено реинфекцией, недостаточным подавлением избыточного роста условно-патогенных микроорганизмов, недостаточным восстановлением лактобактерий, наличием биопленок, в которых преобладают *Atopobium vaginae* и *Gardnerella vaginalis*, длительной супрессивной терапией, циркумцизией

у полового партнера. Безусловно, на развитие рецидивов бактериального вагиноза влияют различные факторы, прежде всего сексуальная активность женщины. Доказано, что рецидив бактериального вагиноза у женщины часто связан с появлением нового или наличием нескольких половых партнеров. Постоянное использование презервативов при половых контактах снижает заболеваемость бактериальным вагинозом на 50%<sup>1</sup>.

В последнее десятилетие в Российской Федерации за основу принимается двухэтапный способ лечения бактериального вагиноза, включающий элиминацию избытка облигатных анаэробов, а также восстановление и поддержание достаточного количества лактобактерий за счет использования пробиотиков<sup>4</sup>.

У пациенток с жалобами на вульвовагинальный дискомфорт и вагинальные выделения в первую очередь следует исключить вульвовагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз, смешанные вагиниты и ИППП. Определенный наиболее важный первоначальный тест, на основании которого можно предположить диагноз. Микробиологический посев целесообразен при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе. Микроскопия мазка, тесты на ИППП и ПЦР в режиме реального времени позволяют подтвердить диагноз и выбрать алгоритм лечения пациенток с жалобами на вульвовагинальный дискомфорт и неспецифичные выделения.

Жалобы на вульвовагинальный дискомфорт и вагинальные выделения крайне неспецифичны, поэтому рациональная тактика ведения пациенток должна включать дифференциальную диагностику и основываться на современных клинических рекомендациях. ❧

<sup>3</sup> Инструкция к медицинскому применению препарата Гайномакс – ЛП 000007 26.11.2015.

<sup>4</sup> Клинические рекомендации Российского общества акушеров-гинекологов 2013–2019 гг.