



Vita brevis, ars longa («Жизнь коротка, искусство вечно»). Генитальные инфекции через призму шедевров художественных галерей мира

Оптимальным алгоритмам ведения пациенток с генитальными инфекциями был посвящен симпозиум «Vita brevis, ars longa („Жизнь коротка, искусство вечно“). Генитальные инфекции через призму шедевров художественных галерей мира». Эксклюзивность мероприятия состояла в том, что научная и практическая информация сочеталась с экскурсом в историю мировых шедевров живописи.

По словам вице-президента Российского общества акушеров-гинекологов, члена-корреспондента РАН, д.м.н., профессора Виктора Евсеевича РАДЗИНСКОГО, проблема воспалительных заболеваний гениталий многогранна и не утрачивает актуальности многие десятилетия. Как и 50 лет назад, в настоящее время патологические вагинальные выделения остаются основным поводом обращения пациенток к врачам женских консультаций. Однако этиология патологического процесса претерпела значительные изменения. Если в середине XX столетия основной причиной жалоб пациенток являлся урогенитальный трихомониаз, то в XXI в. определение этиологии влагалитических выделений требует от гинеколога знания значительно большего спектра инфекционных агентов. Узконаправленное лечение уже не дает необходимого эффекта, проблему нужно решать комплексно. «Сегодня мы занимаемся созданием новых схем лечения генитальных инфекций, меняющихся по этиологическому фактору, но не по доставляемым женщинам страданиям», – констатировал эксперт.



Профессор, д.м.н.
А.М. Савичева

Три грации, три типа микрофлоры, три пути решения проблемы вагинальных выделений

женщины» можно рассматривать через призму эффекта эстрогенов на *Lactobacillus* во влагалище, количественный и качественный состав которых претерпевает изменения в течение жизни женщины.

У девочек эпителий влагалища тонкий, рН влагалища высокий, а уровни эстрогена, *Lactobacillus* spp. и гликогена низкие. В норме в микрофлоре влагалища девочек преобладают анаэробы, кишечная палочка, стафилококки, стрептококки. У женщин репродуктивного возраста наблюдается высокий уровень вагинального эпителия, эстрогена, гликогена и *Lactobacillus* spp.

В периоде постменопаузы эпителий влагалища истончается, по мере уменьшения гликогена и эстрогена снижается уровень *Lactobacillus* spp.¹

С шедевром Густава Климта предрекается картина Рафаэля Санти «Три грации», где изображены хариты – Невинность, Красота и Любовь. Их фигуры могут представлять собой «стадии развития» – от молодой девушки до женщины, достигшей зрелости.

В связи с этим интерес представляют результаты собственного исследования эксперта, в котором оценивались доминирующие микроорганизмы в вагинальном биотопе 200 здоровых женщин репродуктивного возраста (первая группа – до 45 лет), перименопаузального периода (вторая группа – от 46 до 52 лет) и в периоде менопаузы (третья группа – до 72 лет)².

¹ Abou Chacra L., Fenollar F., Diop K. Bacterial vaginosis: what do we currently know? Front. Cell Infect. Microbiol. 2022; 11: 672429.

² Данные из личного архива руководителя лаборатории микробиологии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, заведующей кафедрой клинической лабораторной диагностики ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, заслуженного деятеля науки РФ, д.м.н., профессора А.В. Савичевой. г. Санкт-Петербург, 2024.

IX Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: весенние контрверсии – 2024»

У пациенток первой и второй групп доминировали *Lactobacillus* spp. В группе перименопаузального перехода число *Lactobacillus* снижалось. В то же время у здоровых пациенток третьей группы, не применявших менопаузальную терапию, преобладали *Gardnerella vaginalis* и другие анаэробные виды. Возможными причинами обращения женщин в «периоде зрелости» к врачу по поводу вагинальных выделений могут быть бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинит (кандидозный, трихомонадный, бактериальный), цервицит (гонорейный, хламидийный, неспецифический). Как правило, терапия первой линии носит эмпирический характер. Эмпирическая терапия применяется до подтверждения окончательного медицинского диагноза или без полного понимания этиологии и направлена против предполагаемой наиболее вероятной причины инфекционного заболевания. Раннее начало борьбы с инфекцией важно для минимизации заболеваемости и риска осложнений. Комбинированный препарат Тержинан, содержащий в качестве активных компонентов тернидазол, неомицина сульфат, нистатин и преднизолон, давно используется в клинической практике, в том числе для эмпирической терапии. В зарубежном исследовании 2022 г. оценивали эффективность комбинации тернидазола, неомицина сульфата, нистатина и преднизолона при синдромальном ведении вагинита³. В него были включены 233 пациентки в возрасте 18–45 лет с диагнозом вагиноза и вагинита. Из них 200 женщин принимали комбинированный препарат после получения результатов лабораторного обследования, а 33 пациентки получали эмпирическую терапию исследуемой комбинацией.

Результаты показали высокую эффективность препарата Тержинан при различных видах вагинита. В группе эмпирической терапии купирование симптомов наблюдалось через 2,6 дня – это быстрее, чем у пациенток, которым пришлось ожидать результатов анализов для начала лечения. Удовлетворенность лечением выразили 97,3% участниц исследования.

Еще одним исследованием, показавшим оправданность эмпирической терапии вагинитов у женщин, является всероссийское многоцентровое исследование ТЕРРА с участием 430 женщин. Применение препарата Тержинан десятидневным курсом привело к регрессу клинической симптоматики и лейкоцитарной реакции у 97% женщин, 100% элиминации патогенной микрофлоры по данным Фемофлор-16 и нормализации характера влагалищных выделений, а также к увеличению количества лактобактерий⁴.

Лабораторная диагностика вульвовагинальных инфекций (ВВИ) в настоящее время представлена микроскопическим, культуральным (бактериологическим) и молекулярными методами – ПЦР (Фемофлор, Микозоскрин, панель на ИППП)⁵. Бактериологическое исследование проводится в первую очередь для определения гонококковой флоры и дрожжеподобных грибов, если необходима оценка чувствительности к антимикотическим препаратам. Исследование на инфекции уrogenитального тракта нужно начинать с оценки микробиоценоза влагалища, цервикального канала и уретры. При исследовании вагинального мазка микроскопическим методом необходимо обращать внимание на отношение лейкоцитов к клеткам эпителия, наличие лактобацилл, ключевых клеток, дрожжеподобных грибов, трихомонад. Нормой

считается соотношение лейкоцитов к эпителию 1:1.

О наличии вагинита свидетельствует соотношение лейкоцитов к эпителию 5:1 и более, чаще встречается соотношение 10:1, а также появление базальных и парабазальных клеток, вызванных десквамацией эпителия на фоне воспаления. При этом общее число лактобацилл снижено, преобладают другие микроорганизмы, ключевые клетки отсутствуют.

Для цервикального канала и уретры наличие лейкоцитов в норме составляет менее 10 в поле зрения.

Клинический случай 1. Пациентка Ц., 46 лет, получает лечение по поводу БВ. По данным ПЦР в режиме реального времени (Фемофлор-16), лактобацилл мало, преобладают *G. vaginalis* и другие анаэробы. При микроскопическом исследовании: соотношение лейкоцитов к эпителию менее 1:1, ключевых клеток не выявлено, не исключено наличие псевдоключевых клеток. Культуральный анализ не выявил бактериальной микрофлоры. При отсутствии ключевых клеток выставляется диагноз неблюпленочного БВ или умеренного анаэробного дисбиоза влагалища.

В данном случае возможно назначение препарата Тержинан стандартным курсом с последующим использованием лактобацилл.

Клинический случай 2. Пациентка С., 34 года, беременность – 37 недель. Клинически здорова. Врач настаивает на лечении по поводу уреаплазм. По данным Фемофлор-16, преобладают лактобактерии, выявлена *Ureaplasma* в количестве 10⁴ КОЕ/мл. В данном случае для принятия решения о терапии необходимо было провести микроскопическое исследование, которое показало соотношение лейкоцитов к эпителию менее 1:1 на фоне превалирования лакто-

³ Mian D.B., Loué V.A.S., Angoi A.V., et al. Efficacy of ternidazole-neomycin sulfate-nystatin and prednisolone association in syndromic management of vaginitis in low and middle incomes countries. Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol. 2022; 11 (3): 670–675.

⁴ Радзинский В.Е., Ануфриева В.Г., Белинина А.А. и др. Эмпирическая терапия вульвовагинитов у женщин в рутинной клинической практике. Акушерство и гинекология. 2020; 2.

⁵ Eleutério J.Jr., Campaner A.B., de Carvalho N.S. Diagnosis and treatment of infectious vaginitis: proposal for a new algorithm. Front. Med. (Lausanne). 2023; 10: 1040072.

бацилл. Заключение: в лечении нет необходимости.

Согласно обновленным международным рекомендациям (2023), схема терапии аэробного вагинита (АВ) должна базироваться на результатах микроскопического исследования⁶. Диагностическими критериями АВ считаются соотношение лейкоцитов к эпителию 10:1 и более, преобладание различных аэробных микроорганизмов.

В терапии АВ предпочтение отдается комбинированным препаратам. Обычно рекомендована комбинация местных антибактериальных препаратов или антисептиков, глюкокортикоидов и эстрогенов. При нарушениях микробиоты, воспалении и атрофии назначают местные препараты (антибактериальные, антисептические, гормональные), используют их комбинации при тяжелых формах. Для последних рекомендована поддерживающая терапия в течение 2–6 месяцев⁶.

В другом российском исследовании с участием 307 пациенток в возрасте от 17 до 54 лет анализировали эффективность препарата Тержинан в комплексной терапии ВВИ. Клинический и микробиологический контроль после десятидневного курса лечения осуществлялся в течение шести месяцев⁷.

Тержинан продемонстрировал быстрый клинический эффект при вагинитах разной этиологии. Показано, что при неспецифическом вульвовагините препарат обеспечивает наиболее быстрый клиничес-

кий эффект (купирование жалоб ко вторым-третьим суткам). При БВ клинический эффект от лечения достигается быстрее, чем микробиологическое выздоровление. При вульвовагинальном кандидозе (ВВК) микробиологический эффект наступает раньше, чем клинический. Через две недели у 99% женщин с неспецифическим вульвовагинитом, БВ, ВВК или смешанной инфекцией отмечалось излечение⁸. Через шесть месяцев практически отсутствовали рецидивы заболевания.

Восстановление лактобацилл считается важным фактором защиты от рецидивов. В исследовании у пациенток с вагинитом через 30 дней после терапии Тержинаном количество лактобацилл увеличилось более чем в десять раз, у 60% отмечался рост *L. crispatus*⁹.

Важно, что Тержинан – единственный комбинированный препарат, разрешенный к применению у беременных и лишенный лекарственных взаимодействий¹⁰.

Проведя аналогию со знаменитой картиной Сальвадора Дали «Постоянство памяти» («Утекающее время»), профессор А.М. Савичева пояснила, что еще одним значимым фактором успешности терапии является ее длительность. Продолжительность лечения препаратом Тержинан должна составлять не менее десяти дней. Для профилактики перед гинекологическими вмешательствами допустимо применять короткий курс – шесть дней.

Великий художник Франсиско Гойя на своих полотнах часто изображал

уличных торговцев. Примером тому служит его картина «Молочница из Бордо». Однако для врачей-гинекологов в слове «молочница» заключен иной смысл, связанный с воспалением слизистой оболочки влагалища, вызванным грибами рода *Candida*.

Установлено, что микробные сообщества с преобладанием *L. iners* склонны находиться вместе с *Candida* в большей степени, чем сообщества с преобладанием *L. crispatus*. Эксперименты *in vitro* показывают, что *L. crispatus* может препятствовать колонизации *Candida* эффективнее, чем *L. iners*, за счет большего производства молочной кислоты¹¹.

Рецидивирующий ВВК отличается от острого ВВК наличием более трех рецидивов в течение года. Один из методов диагностики – определение вагинального pH. При высоком уровне pH (более 4,5) следует подумать о другой инфекции, например БВ¹².

Увеличение роли *C. non-albicans* при ВВК требует от современных антимикотиков эффективности в отношении более широкого спектра *Candida*¹³.

Клинический случай 3. Пациентка Ц., 37 лет, лечится от ВВК у гастроэнтеролога и акушера-гинеколога. Планирует беременность. В НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта пациентке провели тщательное лабораторное исследование. Результаты исследования: дрожжевые клетки, псевдомоний отсутствуют, много лактобацилл, особенно *L. iners*, грибы *C. non-albicans*, в большинстве своем *C. glabrata* (по данным

⁶ Vieira-Baptista P., Stockdale C.K., Sobel J. International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Vaginitis. Lisbon: Admedic, 2023.

⁷ Стрижаков А.Н., Буданов П.В. Лечение вульвовагинальных инфекций с позиций доказательной медицины. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015; 14 (1): 69–74.

⁸ Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р. и др. Лечение вульвовагинитов и вагинозов: клинико-лабораторная эффективность. Гинекология. 2013; 15 (4): 4–9.

⁹ Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Зайдиева З.С., Степанянц И.В. Состояние врожденного иммунитета и микробиоты влагалища при бактериальном вагинозе у беременных в I триместре. Акушерство и гинекология. 2019; 9: 126–134.

¹⁰ Общая характеристика лекарственного препарата Тержинан от 13.09.2022; <http://eec.eaeunion.org/>

¹¹ Tortelli B.A., Lewis W.G., Allsworth J.E., et al. Associations between the vaginal microbiome and *Candida* colonization in women of reproductive age. Am. J. Obstet. Gynecol. 2020; 222 (5): 471.e1–471.e9.

¹² Neal C.M., Martens M.G. Clinical challenges in diagnosis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. SAGE Open Med. 2022; 10: 20503121221115201.

¹³ Mohammadi F., Hemmat N., Bajalan Z., Javadi A. Analysis of biofilm-related genes and antifungal susceptibility pattern of vaginal *Candida albicans* and non-*Candida albicans* species. Biomed Res. Int. 2021; 2021: 5598907.

IX Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: весенние контрверсии – 2024»

Микозоскрин). На основании данных обследования пациентке назначили однократный прием Ломексина 1000 мг вагинально.

Выбор препарата Ломексин обусловлен рядом факторов:

- все более распространенной становится устойчивость *C. albicans* к азолам;
- грибы рода *Candida* образуют ассоциации с бактериями, что повышает их резистентность к традиционной антимикробной терапии;
- в последние годы отмечаются снижение чувствительности *Candida* spp. к флуконазолу, клотримазолу и повышение эффективности терапии фентиконазолом¹³.

В большинстве современных международных рекомендаций для лечения ВВК предусмотрен фентиконазол. Для лечения неосложненного ВВК фентиконазол назначают в дозе 600 мг/сут^{5, 6, 14}.

Фентиконазол – действующее вещество препарата Ломексин, обла-

дает высокой активностью против максимального спектра грибов рода *Candida* и ассоциированных с ними бактерий¹³.

Клинический случай 4. Пациентка Т., 32 года. В течение трех лет лечится от рецидивирующего ВВК. Принимала ежедневно флуконазол на протяжении шести месяцев. Обратилась за консультацией в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта с клинически выраженным ВВК. Результаты исследования микробиоценоза влагалища показали соотношение лейкоцитов к эпителию 15:1, наличие кандид, лактобацилл, стрептококков и стафилококков. Диагноз: смешанный вульвовагинит.

Пациентке назначили препарат Ломексин 600 мг № 2 с трехдневным интервалом или Ломексин 1000 мг однократно, для купирования зуда – крем Ломексин на вульву.

В многоцентровом исследовании ЛИРА оценивали эффективность и безопасность препарата

Ломексин 600 мг при неосложненном ВВК¹⁵. Показано, что Ломексин способствует эффективному лечению ВВК и защите от рецидивов. По данным теста Микозоскрин, через 14 дней после интравагинального применения препарата Ломексин дрожжеподобные грибы рода *Candida* не выявлялись у 94% пациенток, через три месяца после лечения они отсутствовали у 93% пациенток.

Подводя итог, профессор А.М. Савичева констатировала, что эмпирическая терапия инфекций оправдана, особенно при использовании комбинированных препаратов⁶. Диагностика основана на комбинированном применении микроскопии и молекулярных методов⁵.

Препарат Тержинам десятидневным курсом следует использовать для лечения БВ, АВ, ВВК, а также в качестве эмпирической терапии^{4, 7}.

Ломексин считается препаратом выбора при ВВК, вызванном *C. albicans* и *C. non-albicans*^{5, 6, 13, 14}.

Несказочные истории о рецидивах дисбиозов влагалища. Разбор клинических случаев

Директор Института репродуктивной медицины, заведующая отделением эндокринной гинекологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», профессор, д.м.н. Елена Николаевна АНДРЕЕВА сфокусировала свое выступление на микробиоте влагалища, проведя аналогию с картинами знаменитого русского художника Виктора Михайловича Васнецова.

Состав микробиоты влагалища разнообразен, динамичен и претерпевает изменения, соответствующие гормональным колебаниям и заболеваниям в течение всей жизни женщины: от полового со-

зревания до менопаузы и во время беременности.

В периоде полового созревания с повышением уровня эстрогена происходят пролиферация и созревание эпителиальных клеток влагалища с накоплением в них гликогена. Путем анаэробного гликолиза гликоген превращается в молочную кислоту, создающую во влагалище кислую среду (рН 3,5–4,5), способствующую развитию лактобацилл.

Борьбу лактобацилл за доминирование по накалу можно сравнить с картиной В.М. Васнецова «Бой Добрыни Никитича со Змеем Горынычем». Однако доминирова-



Профессор, д.м.н.
Е.Н. Андреева

ние лактобацилл уменьшается по мере снижения эстрогена после менопаузы^{16, 17}.

Факторами риска нарушений микробиоты влагалища выступают, в частности, стресс, бере-

¹⁴ NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Summary of antimicrobial prescribing guidance – managing common infections. 2019.

¹⁵ Байрамова Г.Р., Савичева А.М., Тапильская Н.И. и др. Эффективность и безопасность применения препарата фентиконазол в терапии неосложненного вульвовагинального кандидоза. Акушерство и гинекология. 2023; 5: 124–131.

¹⁶ Smith S.B., Ravel J. The vaginal microbiota, host defence and reproductive physiology. J. Physiol. 2017; 595 (2): 451–463.

¹⁷ Aldunate M., Srbinovski D., Hearps A.C., et al. Antimicrobial and immune modulatory effects of lactic acid and short chain fatty acids produced by vaginal microbiota associated with eubiosis and bacterial vaginosis. Front. Physiol. 2015; 6: 164.

менность, эндокринные нарушения¹⁸.

Стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось. В ответ на стресс запускается секреция кортикотропин-рилизинг-гормона гипоталамусом, что стимулирует выработку адренокортикотропного гормона гипофизом, в результате чего высвобождаются кортизол и норадреналин. Кортизол ингибирует связанное с эстрогеном созревание эпителия влагалища и накопление гликогена, что снижает доминирование лактобацилл. В то же время норадреналин действует синергически с иммунными медиаторами, усиливая высвобождение цитокинов. Индуцированное стрессом повышение уровня кортизола и дезоксикортикостерона и связанное с этим уменьшение количества лактобацилл способны ухудшить вульвовагинальные симптомы инфекции¹⁹.

Клинический случай 1. Пациентка Н., 28 лет, обратилась с появившимися два месяца назад жалобами на дискомфорт во влагалище, периодические обильные желтоватые выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, безболезненные и умеренные, каждые 28–30 дней. Последние два года отмечаются задержки до 20 дней. На текущий момент половую жизнь отрицает. Ранее принимала комбинированные оральные контрацептивы, но два года назад после расставания с партнером прекратила их прием. Работает биржевым трейдером «на удаленке». Рабочая активность в ночные часы (по времени Северной Америки), днем спит, страдает избыточной массой тела. Копит на квартиру,

финансово обеспечена. Несколько лет назад обращалась к врачу-гинекологу по поводу творожистых выделений, прошла курс местной терапии натамицином с положительным эффектом. Пробовала самостоятельно повторить курс лечения при текущих жалобах, но эффекта не получила. По поводу нарушения менструального цикла к гинекологу не обращалась.

При обследовании: *status genitalis* – воспалительный процесс во влагалище: слизистая гиперемирована, обильные выделения молочного цвета. ПЦР на ИППП – отрицательно. В мазке на флору: до 30 лейкоцитов (V), скудное количество палочек, кокки – умеренное количество; гонококки, трихомонады и ключевые клетки не обнаружены.

Пациентке выставлен диагноз «вагинит, дисфункция яичников неуточненная, избыточная масса тела». Назначена десятидневная терапия препаратом Тержинан по одной таблетке во влагалище перед сном. Рекомендована оценка гормонального профиля для уточнения генеза дисфункции яичников (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий и тиреотропный гормоны, пролактин, тестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны). Даны рекомендации по нормализации режима дня, поскольку инверсия циркадианных ритмов, хронический стресс, депривация сна – факторы риска нарушений микробиоценоза влагалища и функции яичников.

Установлено, что такой вид хронического стресса, как бессонница, является фактором риска развития нарушений микробиоценоза

влагалища и рака шейки матки, особенно у работающих и испытывающих стресс женщин²⁰.

Следует также учитывать, что цитокины и другие медиаторы врожденного иммунитета, секретруемые шейкой матки, участвуют в иммунопатогенезе ВИЧ посредством активации клеток-хозяев или прямого воздействия на цикл репликации вируса²¹. Показано, что воспаление и иммунитет женской половой сферы гормонозависимы и связаны с фазами менструального цикла²².

Клинический случай 2. Пациентка Т., 61 год, обратилась с жалобами на зеленоватые выделения в течение четырех месяцев, зуд, дискомфорт при мочеиспускании, сухость при половом акте. Менопауза наступила в 56 лет. Менопаузальную гормональную терапию не получает. Страдает избыточной массой тела (индекс массы тела (ИМТ) – 29,1 кг/м²). Периодически определяет по глюкометру уровень глюкозы натощак – 6,1–7,2 ммоль/л. К эндокринологу не обращалась. Самостоятельно использовала спринцевание с настоем ромашки, с временным эффектом.

Месяц назад обратилась к гинекологу. При обследовании в мазке на флору: 10–15 лейкоцитов (V), палочки отсутствуют, умеренное количество кокков; гонококки, трихомонады и ключевые клетки, а также микоплазмы и уреоплазма не обнаружены. Проведен семидневный курс местной терапии метронидазолом и миконазолом с незначительным улучшением. Обратилась за консультацией в связи с рецидивом. При осмотре: слизистая влагалища атрофичная, выделения серозные, скудные.

¹⁸ Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. Под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. М.: Status Praesens, 2014; 249–280.

¹⁹ Padgett D.A., Glaser R. How stress influences the immune response. Trends Immunol. 2003; 24 (8): 444–448.

²⁰ Ral R., Nahar M., Jat D., et al. A systematic assessment of stress insomnia as the high-risk factor for cervical cancer and interplay of cervicovaginal microbiome. Front. Cell Infect. Microbiol. 2022; 12: 1042663.

²¹ Alfano M., Poli G. The cytokine network in HIV infection. Curr. Mol. Med. 2002; 2 (8): 677–689.

²² Lekovich J.P., Amrane S., Pangasa M., et al. Comparison of human papillomavirus infection and cervical cytology in women using copper-containing and levonorgestrel-containing intrauterine devices. Obstet. Gynecol. 2015; 125 (5): 1101–1105.

IX Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: весенние контрверсии – 2024»

Пациентке установлен диагноз «атрофический вагинит, нарушение гликемии натощак, избыточная масса тела» и назначена терапия препаратом Тержинан по одной таблетке во влагалище на ночь в течение десяти дней. Больной также показана консультация эндокринолога для уточнения состояния углеводного обмена (глюкозотолерантный тест, гликированный гемоглобин). После купирования эпизода вагинита планируется местное применение препарата с эстриолом.

У женщин в постменопаузе доминирование лактобацилл менее выражено по сравнению с женщинами репродуктивного возраста, а ключевые клетки встречаются относительно редко. Поэтому высокий балл по шкале Ньюджента не должен использоваться для диагностики БВ у пациенток этой группы²³.

Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) оказывает благоприятное влияние на состав и структуру вагинальной микробиоты. В одном из исследований у пациенток группы МГТ микробное разнообразие микробиоты влагалища было выражено меньше, а численность лактобацилл была значительно больше, чем у пациенток контрольной группы, у которых преобладали анаэробные бактерии²⁴. Наименьший риск развития тяжелой вульвовагинальной атрофии, генитоуринарного синдрома и низкого либидо был связан с преобладанием в микробиоте у женщин в постменопаузе *L. crispatus*, *L. gasseri/L. jensenii*, *L. iners* по сравнению с пациентками, у которых преобладали *G. vaginalis* и другие анаэробы²⁵.

Установлена прямая корреляция между весом женщины и риском

развития вагинита. Высокий ИМТ ассоциируется с увеличением риска первичного эпизода вагинита и его рецидивирования²⁶.

Клинический случай 3. Пациентка О., 41 год. Обратилась с жалобами на слизистые выделения из половых путей с неприятным запахом в течение шести месяцев, усиливающиеся после полового акта, нерегулярные менструации с задержками до трех месяцев, периодически в виде мажущих выделений, невозможность снизить вес.

Менструации с 13 лет, регулярные. С 37 лет, после самопроизвольного прерывания беременности, начались задержки менструального цикла. К гинекологу активно не обращалась. В 38 лет прошла обследование по поводу планирования беременности: антимюллеров гормон (АМГ) – 0,7 нг/мл. Муж от обследования отказался. Впоследствии к врачам не обращалась. Пациентка стала постепенно прибавлять в весе. Работает бухгалтером, режим питания нерегулярный, физическая нагрузка отсутствует. Самостоятельно использовала флуконазол по поводу молочницы по совету подружки с временным эффектом.

При обследовании: ИМТ – 38,9 кг/м² (2-я степень ожирения). *Status genitalis*: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища гиперемирована, выделения желтоватые, густые, обильные. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована, эрозирована. Матка не увеличена, глубокая пальпация затруднена. Придатки пальпаторно не определяются. Тиреотропный гормон – 11,2 мЕД/л (повышен), свободный Т4 – 6,5 пмоль/л (норма).

Предварительный диагноз: дисфункция яичников, снижение овариального резерва, хронический вагинит, цервицит, ожирение 2-й степени, гипотиреоз в исходе хронического аутоиммунного тиреоидита, декомпенсация.

Специалист, словно «Витязь на распутье» В.М. Васнецова, должен выбрать оптимальный лечебный подход в соответствии с целями лечения: лечение гинекологической патологии, диагностика скрытых нарушений углеводного обмена, компенсация выявленной эндокринной патологии, оценка психоэмоционального статуса для исключения расстройств пищевого поведения.

Пациентке назначили дополнительные обследования: мазки на флору и онкоцитологию, ПЦР на хламидии, микоплазму генитальную, трихомонад, гонорею, глюкозотолерантный тест с 75 г безводной глюкозы, ультразвуковое исследование малого таза, определение АМГ, консультацию психотерапевта.

В качестве местной терапии неспецифического кольпита пациентке назначили препарат Тержинан по одной таблетке во влагалище на ночь в течение десяти дней. Ей также рекомендовали консультацию эндокринолога (заместительная гормональная терапия левотироксином, терапия выявленных нарушений углеводного обмена) и психотерапевта.

По словам профессора Е.Н. Андреевой, ожирение в сочетании с нарушением углеводного обмена – фактор риска рецидивирующих неспецифических вагинитов. Ожирение обуславливает более высокую концентрацию эстро-

²³ Mitchell C.M., Srinivasan S., Ma N., et al. Bacterial communities associated with Abnormal Nugent Score in postmenopausal versus premenopausal women. *J. Infect. Dis.* 2021; 223 (12): 2048–2052.

²⁴ Geng L., Huang W., Jiang S., et al. Effect of menopausal hormone therapy on the vaginal microbiota and genitourinary syndrome of menopause in Chinese menopausal women. *Front. Microbiol.* 2020; 11: 590877.

²⁵ Shardell M., Gravitt P.E., Burke A.E., et al. Association of vaginal microbiota with signs and symptoms of the genitourinary syndrome of menopause across reproductive stages. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2021; 76 (9): 1542–1550.

²⁶ Parsapour R., Majlessi F., Rahimiforushani A., Sadeghi R. Determination of factors affecting relapse of vaginitis among reproductive-aged women: an experimental study. *Electron. Physician.* 2017; 9 (1): 3499–3507.

генов из-за их синтеза в жировой ткани. Однако эти эстрогены не влияют на экспрессию прогестероновых и эстрогеновых рецепторов ни во влагалище, ни в периуретральной ткани²⁷. У женщин с ожирением «особенный» бактериальный вагиноз.

Чем выше балл по индексу НОМА (Homeostatis model assessment), тем выше риск дисбиоза во влагалище, первичного и рецидивирующего ВВК²⁸.

В исследовании у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ) обнаружено низкое содержание *Lactobacillus* spp. по сравнению со здоровыми женщинами аналогичного возраста. Микробиота пациенток с ПНЯ была схожа по составу с микробиотой пациенток в постменопаузе. Снижение численности *Lactobacillus* связано с более низким показателем наступления беременности у пациенток с ПНЯ²⁹.

Важно не забывать об идиопатической, или стрессогенной, гиперпролактинемии, ведь гиперпролактинемия в результате хронического стресса может нарушить целостность вагинально-эпителиального барьера³⁰. Фактором риска развития тяжелых, рецидивирующих форм дисбиоза влагалища является дефицит витамина D³¹. Негативное влияние на микробиом влагалища могут оказывать глюкокортикоиды: при их длительном применении, например, при системных заболе-

ваниях, частота ВВК выше³². Изменения во влагалищной флоре из-за снижения эстрогенов могут привести к колонизации грамотрицательными палочками, которые в свою очередь провоцируют развитие местных симптомов раздражения³³. Изменения в относительном количестве лактобацилл связаны с уровнем эстрогена и гликогена на протяжении жизни женщины. В репродуктивном периоде уровень эстрогена и гликогена меняется во время менструального цикла, что частично объясняет различия микробиоты у женщин с течением времени³⁴.

Установлено, что более 90% случаев вагинитов составляют БВ, ВВК, трихомоноз и АВ. При этом преобладают смешанные инфекции³⁵.

В настоящее время гинекологи выбирают препараты, снижающие вероятность рецидивирования с учетом коморбидной патологии у пациенток. Четырехкомпонентный препарат Тержинан обеспечивает эффективное и бережное лечение вагинита. Это обусловлено широким спектром действия препарата и отсутствием системного эффекта. Не случайно Тержинан разрешен к применению во время беременности. Его применение оправданно также при наличии у пациенток сопутствующей патологии, поскольку у Тержинана не выявлено лекарственных или любых других взаимодействий¹⁰.

Интравагинальное введение при АВ противовоспалительного компонента в виде стероида в течение 7–21 дня дает положительный эффект⁶. Входящий в состав комбинированного препарата Тержинан преднизолон натрия метасульфобензоат характеризуется отсутствием системного эффекта (что обеспечивает высокий профиль безопасности), служит субстратом для синтеза эндогенного эстрогена, нормализует секрецию иммуноглобулина А, улучшает местный гуморальный иммунитет, микроциркуляцию в слизистой оболочке влагалища, уменьшает экссудацию, способствует синтезу гликогена, формированию собственной влагалищной микробиоты, улучшает проникновение в ткани антибактериальных компонентов³⁶.

Входящий в состав препарата Тержинан нистатин улучшает ультраморфологию слизистой влагалища, играет важную роль в защите от *C. albicans* за счет усиления регуляции клеточного ответа, связанного с интерфероном гамма сигнального пути, интерлейкина 17 и, возможно, посредством усиления иммунитета. Эти эффекты усиливают иммунный ответ слизистой оболочки влагалища против *C. albicans* и защищают ультраструктуру вагинального эпителия при ВВК³⁷.

В сравнительном исследовании А.В. Савичевой и соавт. (2004) по-

²⁷ Skala C.E., Petry I.B., Albrich S.B., et al. The effect of hormonal status on the expression of estrogen and progesterone receptor in vaginal wall and periurethral tissue in urogynecological patients. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2010; 153 (1): 99–103.

²⁸ Akimoto-Gunther L., Bonfim-Mendonça Pde S., Takahachi G., et al. Highlights regarding host predisposing factors to recurrent vulvovaginal candidiasis: chronic stress and reduced antioxidant capacity. PLoS One. 2016; 11 (7): e0158870.

²⁹ Wang J., Xu J., Han Q., et al. Changes in the vaginal microbiota associated with primary ovarian failure. BMC Microbiol. 2020; 20 (1): 230.

³⁰ Li X., Liu X., Yu S. Psychological stress-derived prolactin modulates occludin expression in vaginal epithelial cells to compromise barrier function. Cell Physiol. Biochem. 2015; 37 (1): 153–161.

³¹ Donders G.G.G., Bellen G., Grinceviciene S., et al. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. Res. Microbiol. 2017; 168 (9–10): 845–858.

³² Gonçalves B., Ferreira C., Alves C.T., et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiology, microbiology and risk factors. Crit. Rev. Microbiol. 2016; 42 (6): 905–927.

³³ Robinson D., Toozs-Hobson P., Cardozo L. The effect of hormones on the lower urinary tract. Menopause Int. 2013; 19 (4): 155–162.

³⁴ Stumpf R.M., Wilson B.A., Rivera A., et al. The primate vaginal microbiome: comparative context and implications for human health and disease. Am. J. Phys. Anthropol. 2013; 152 Suppl 57: 119–134.

³⁵ Sobel J.D. Vulvovaginitis in healthy women. Compr. Ther. 1999; 25 (6–7): 335–346.

³⁶ Мамчур В.И., Дронов С.Н. Тержинан глазами фармаколога: инновационный подход к терапии вагинитов различного генеза. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2015; 9 (95): 50–57

³⁷ Zhang X., Li T., Chen X., et al. Nystatin enhances the immune response against *Candida albicans* and protects the ultrastructure of the vaginal epithelium in a rat model of vulvovaginal candidiasis. BMC Microbiol. 2018; 18 (1): 166.

IX Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: весенние контрверсии – 2024»

казано, что поликомпонентный препарат Тержинан эффективнее монокомпонентных препаратов в терапии ВВК³⁸.

Сегодня нельзя рассматривать проблему нормализации влагалищного статуса без оценки ка-

чества жизни женщины, соматического анамнеза и сексуального здоровья пары³⁹.

Алгоритм диагностического поиска при рецидивирующем вагините предусматривает выявление возбудителя с учетом возможной

коморбидной патологии и психологического статуса. «Только тогда мы, подобно герою картины Васнецова „Ковер-самолет“, сможем устремиться к поставленной цели», – подчеркнула Е.Н. Андреева в заключение.

Молочница как женская болезнь, и можно ли с ней распрощаться?

Как отметил профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н. Алексей Алексеевич ХРЯНИН, не случайно изображению молочницы посвящено столько произведений мировой живописи. Производство молока играло существенную роль в экономике разных стран, и к этому продукту относились с почти религиозным поклонением.

Несомненными шедеврами считаются картины Яна Вермеера и А.Г. Венецианова «Молочница». Молочница как женская болезнь является исключительно русским термином. Еще в 1893 г. В.В. Строганов называл заболевание молочной лихорадкой по Додерляйну, грибок молочницы, дрожжевым грибом. Сегодня термин «молочница» как женская болезнь не утрачивает актуальности: по этому ключевому слову в интернете до 1 млн показов ежемесячно.

ВВК, в частности его рецидивирующая форма, является изнурительным, длительным заболеванием, которое серьезно влияет

на качество жизни женщины любого возраста и социального положения⁴⁰.

Согласно обобщенным результатам исследований, в мире рецидивирующий ВВК ежегодно поражает 130 млн женщин. По прогнозам, к 2030 г. численность женщин с рецидивирующим ВВК увеличится до 158 млн⁴¹.

Известно множество предрасполагающих факторов ВВК, в том числе бытовых и ятрогенных. Среди предрасполагающих факторов эксперт выделил эндокринные (сахарный диабет, инсулинорезистентность), физиологические (беременность, менструации), иммунодефицитные (патологии, связанные с иммунодефицитом)⁴². В порочном круге иммунных нарушений при ВВК значимую роль играют грибы рода *Candida*, которые выделяют литические секреторные ферменты, способствующие нарушениям клеточного иммунитета.

Грибы рода *Candida* с целью выживания могут находиться в составе биопленок, влияя на дифференцировку Т-клеток и соответственно на иммунитет⁴³.



Профессор, д.м.н.
А.А. Хрянин

В структуре возбудителей ВВК пальму первенства удерживает *C. albicans* (68%), второе место занимает *C. glabrata* (16%), третье – *C. parapsilosis* (9%). В последнее время в эпидемиологии кандидемии возрастает роль *C. glabrata*⁴⁴. С ней ассоциируются трудности диагностики (вид не образует псевдогифы и гифы *in vivo*), смазанная клиническая картина, способность удерживаться на слизистой оболочке за счет белков-адгезинов и персистировать в макрофагах. В связи с этим современные антимикотики должны быть активны в отношении более широкого спектра *Candida*. Фентиконазол (Ломексин) в исследованиях продемонстрировал ши-

³⁸ Савичева А.М., Захаревич Н.Н., Михнина Е.А. Применение препарата Тержинан при вагинальном кандидозе. Практикующий врач. 2004.

³⁹ Lester J, Bernhard L, Ryan-Wenger N. A self-report instrument that describes urogenital atrophy symptoms in breast cancer survivors. West J. Nurs. Res. 2012; 34 (1): 72–96.

⁴⁰ Гинекология. Национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Т.Г. Сухих, В.Н. Серова, И.Б. Манухина, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.

⁴¹ Denning D.W., Kneale M., Sobel J.D., Rautemaa-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review. Lancet Infect. Dis. 2018; 18 (11): e339–e347.

⁴² Guzel A.B., Ilkit M., Akar T, et al. Evaluation of risk factors in patients with vulvovaginal candidiasis and the value of chromID Candida agar versus CHROMagar Candida for recovery and presumptive identification of vaginal yeast species. Med. Mycol. 2011; 49 (1): 16–25.

⁴³ Chatzimoschou A., Simitsopoulou M., Antachopoulos C., et al. Differential effects of antifungal agents on expression of genes related to formation of *Candida albicans* biofilms. Mycoses. 2016; 59 (1): 43–47.

⁴⁴ Савичева А.М., Тапильская Н.И. Тихая охота. Особенности патогенеза и трудности терапии кандидозного вульвовагинита. Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2021; 6: 25–31.

рокий спектр противогрибковой активности. Он ингибирует *C. albicans* и *C. non-albicans*⁴⁵, включая *C. glabrata*, *C. parapsilosis* и *C. krusei*. Кроме того, он активен против ассоциированных с ними бактерий, включая *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *E. coli*, *Trichomonas vaginalis* и дерматофиты⁴⁶.

Доказано, что Ломексин активен против *Candida* в составе смешанных биопленок⁴⁶, что обусловлено:

- уникальным комплексным механизмом действия на грибы рода *Candida* и ассоциированные с ними бактерии;
- защитой иммуноглобулина А, фактора местного иммунитета от разрушения *Candida*;
- длительностью сохранения в месте экспозиции;
- высокой концентрацией фентиконазола в вагинальных капсулах^{47, 48}.

Двойной механизм действия фентиконазола (Ломексина) способствует разрушению *Candida* и профилактике рецидива. Ломексин проникает в клетку и разрушает лизосомы гриба, а также препятствует его адгезии к слизистой оболочке⁴⁷.

Инвазия *Candida* в слизистую оболочку происходит за счет формирования гифов и секретирования аспарат-протеазы, что приводит к деструкции факторов местного иммунитета слизистой оболочки влагалища⁴⁹. Ломексин – единственный имидазол, способный

ингибировать аспарат-протеазу гриба, защищая факторы местного иммунитета и препятствуя рецидиву⁴⁷.

Бесспорно, быстрое уменьшение зуда при ВВК важно для улучшения самочувствия пациентки. У женщин с ВВК на фоне применения Ломексина зуд уменьшается в два раза быстрее, чем при использовании флуконазола⁵⁰.

В открытом проспективном наблюдательном исследовании оценивали эффективность и безопасность Ломексина в форме вагинальных капсул и крема у 45 женщин с рецидивирующим ВВК в периоде перименопаузы⁵¹. Пациентки получали терапию по схеме: Ломексин вагинальные капсулы 1000 мг № 2 (с трехдневным интервалом) и Ломексин вагинальный крем 2%. Во избежание инфицирования было рекомендовано одновременное лечение полового партнера кремом Ломексин.

Уже спустя день после применения препарата Ломексин в двух формах (крем 2% и вагинальные капсулы 1000 мг) симптомы заболевания отсутствовали у 96% женщин. Практически у всех пациенток к 7–10-му дню разрешились все проявления рецидивирующего ВВК. Через десять дней после окончания лечения грибы рода *Candida* не обнаруживались у 96% пациенток при микроскопическом и культуральном исследовании содержимого влагалища. Через один и три

месяца после лечения эффективность препарата составила 88,9%.

Эксперт акцентировал внимание коллег на составе крема Ломексин 2%. В состав крема Ломексин входят миндальное масло и жирные кислоты, которые способствуют увлажнению кожи и слизистой оболочки влагалища.

При вульвите крем наносят тонким слоем на вульву, при вагините содержимое аппликатора вводят глубоко во влагалище. Половому партнеру во избежание инфицирования рекомендовано наносить крем на головку члена и крайнюю плоть. Курс лечения – семь дней⁵².

Терапия рецидивирующего ВВК должна быть комплексной, включающей этиотропное лечение, устранение predisposing факторов, лечение сопутствующих заболеваний.

Женщина с рецидивирующим ВВК, подобно «Любительнице абсента» великого художника Пабло Пикассо, тоже испытывает состояние пустоты и неприкаянности.

К сожалению, схемы терапии, позволяющие навсегда излечиться всем больным рецидивирующим ВВК, пока не определены, можно лишь снизить частоту рецидивов. «Одним из наиболее эффективных и безопасных средств при рецидивирующем ВВК, безусловно, является препарат Ломексин», – подчеркнул профессор А.А. Хрянин в заключение. 🍷

⁴⁵ Antonopoulou S., Aoun M., Alexopoulos E.C., et al. Fenticonazole activity measured by the methods of the European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing and CLSI against 260 *Candida* vulvovaginitis isolates from two European regions and annotations on the prevalent genotypes. *Antimicrob. Agents Chemother.* 2009; 53 (5): 2181–2184.

⁴⁶ Sanguinetti M., Canton E., Torelli R., et al. In vitro activity of fenticonazole against *Candida* and bacterial vaginitis isolates determined by mono or dual-species testing assays. *Antimicrob. Agents Chemother.* 2019; 63 (7): e02693–18.

⁴⁷ Angiolella L., de Bernardis F., Bromuro C., et al. The effect of antimycotics on secretory acid proteinase of *Candida albicans*. *J. Chemother.* 1990; 2 (1): 55–61.

⁴⁸ Veronese M., Bertoncini A., Preti P.M. Evaluation of the skin retention time of imidazole derivatives. *Mykosen.* 1987; 30 (8): 386–390.

⁴⁹ Смирнова Т.В. Лечение кандидозных биопленок: есть ли надежда на успех? *Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* 2017; 4 (40): 82–87.

⁵⁰ Murina F., Graziottin A., Felice R., et al. Short-course treatment of vulvovaginal candidiasis: comparative study of fluconazole and intra-vaginal fenticonazole. *Minerva Ginecol.* 2012; 64 (2): 89–94.

⁵¹ Зароченцева Н.В., Джиджихия Л.К. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз у женщин в перименопаузе. Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции. 2023; 1: 38–45.

⁵² Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения).

ТЕРЖИНАН

эмпирическая терапия вагинитов!¹

- ▶ Максимальный спектр действия на основных возбудителей вагинитов²
- ▶ Минимальное количество рецидивов после терапии³
- ▶ Возможно применение во время беременности и в период лактации²
- ▶ Показан для профилактики урогенитальных инфекций перед гинекологическими операциями²



Краткая общая характеристика лекарственного препарата Тержинан

Качественный и количественный состав Действующие вещества: неомицин + нистатин + преднизолон + теризидолон. Каждая вагинальная капсула содержит 65 000 ЕД неомицина (в виде неомицина сульфата), 100 000 ЕД нистатина, 3,0 мг преднизолона (в виде преднизолона натрия метасульфобензоата), 200 мг теризидолона. **Показания к применению** Лечение вагинитов, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, в т.ч. бактериальным вагинитом, трихомонадой влагалища, вагинитом, вызванным грибами рода *Candida*, смешанным вагинитом. Профилактика урогенитальных инфекций/вагинитов, в том числе: перед гинекологическими операциями; перед родами и абортom; до и после установки интравагинального средства; до и после диатермокоагуляции шейки матки; перед гистерографией. **Противопоказания** Гиперчувствительность к теризидолу, неомицину, нистатину, преднизолону или к любому из вспомогательных веществ. **Особые указания и меры предосторожности при применении** В случае лечения вагинитов, трихомонады рекомендуется одновременно лечение половых партнеров. Не следует прекращать лечение во время менструации. **Фертильность, беременность и лактация** **Беременность** Возможно применение препарата с 3 триместра беременности. Применение препарата в первом триместре беременности возможно только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает риск для плода. **Лактация** Применение препарата в период лактации возможно только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает риск для младенца. **Нежелательные реакции** **Реакции нежелательных реакций** Чувство жжения, зуд и раздражение во влагалище (особенно в начале лечения). В отдельных случаях возможны аллергические реакции. **Держатель регистрационного удостоверения** Франция. Лексидарли Биуард-Фармацель, 70 avenue de Joinville de Tulle, Immeuble «Le Valentin», 93800 Pontoise, Tel.: 09 33 1 45 19 10 00, fax: 09 33 1 47 31 44 08, e-mail: LBR-PV-Info@lexordati.com. **Номер регистрационного удостоверения** ЛП №0012031 (FR-RUS). **Дата первой регистрации (подтверждения регистрации, перерегистрации)** Дата первой регистрации: 13.09.2002.

Перед назначением ознакомиться с полным текстом общей характеристики лекарственного препарата. Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

1. Радзинский В.Е. и соавт. Эмпирическая терапия вульвовагинитов у женщин в routine клинической практике. *Акушерство и гинекология*, №2, 2002; 2. Общая характеристика лекарственного препарата Тержинан от 13.09.2002. <http://rusfic.com/ru/>; 3. Проктолова В.Н., Межигайкина Е.А. Лечение вульвовагинитов и вагинитов: клинико-лабораторная эффективность. *Гинекология*, 2013; 4: 4-9

ЛОМЕКСИН

АНТИМИКОТИК
ПРОЛОНГИРОВАННОГО
ДЕЙСТВИЯ¹

активный против всех видов кандиды
и ассоциированных бактерий²

- ▶ Отсутствие резистентности^{3,4}
- ▶ Длительная антирецидивная защита⁵

Ломексин способен справиться с молочницей*
с помощью 1 вагинальной капсулы²



РУ ЛС-002508 от 29.12.2011
Ишем для вагинального и наружного применения
РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные)

www.lomexin.ru

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин

Состав на 1 капсулу: фентиконазол нитрат 600 мг или 1000 мг. **Состав на 100 г крема:** фентиконазол нитрат 2,00 г. **Показания к применению:** Ломексин капсулы: вульвовагинальный кандидоз, вагинальный трихомонадоз, Ломексин крем: грибовые заболевания кожи, вызванные дерматофитами (*Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.*, *Epidermophyton spp.*), дрожжеподобными грибами (*Candida spp.*), а также *Phytonompha oleridicola* и *P. ovale*; дерматомикозы лица, дерматофития туловища, таборная дерматофития, дерматофития кистей, дерматофития стоп; кандидоз кожи (интертригионный кандидоз, кандидоз кожных складок, межпальцевый кандидоз стоп и кистей, кандидоз кожи половых органов (баланит, вульвит); отрубевидный лишай (вызванный *Microsporum orbiculare* и *P. ovale*); вульвовагинальный кандидоз, вагинальный трихомонадоз. **Противопоказания:** Ломексин капсулы и крем: повышенная чувствительность к фентиконазолу и другим компонентам препарата, беременность, период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет. **Препарат нельзя применять во время менструации (при интравагинальном применении), Ломексин капсулы: антирецидивная реакция на оральные, соев. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** противозачаточные. **Условия отпуска:** Ломексин капсулы: капсулы вагинальные 600 мг – отпускают без рецепта. Капсулы вагинальные 1000 мг – отпускают по рецепту. Ломексин крем: отпускают без рецепта. **Производители:** Ломексин капсулы: Катамент Итали С.П.А., Виа Нептуниесе им 20 100, 04011 Априлия (Латина), Италия. Ломексин крем: Рекордати химическая и фармацевтическая индустрия С.П.А., Виа Маттео Чивитале 1, 20148 Милан, Италия. **Зарегистрировано:** МЗ РФ, РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы); РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем).**

Больше подробных сведений о препарате, показаниях, противопоказаниях, побочных действиях и др. содержится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные), РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения).

Перед назначением ознакомиться с полным текстом инструкции по медицинскому применению. Материал предназначен для специалистов здравоохранения.



Список литературы:
1. Penh P. et al. *Journal of Dermatology* 1999; 11(3):2-42; 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ломексин РУ ЛСР-008990/10 от 31.08.2010 (капсулы вагинальные); РУ ЛС-002508 от 29.12.2011 (крем для вагинального и наружного применения); 3. Малова И. С., Куркина Ю. А. Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2:68-75; 4. Воронина О. А. и соавт. Успехи современного естествознания - 2015 - №9 - с. 21-5; 5. *Antifungal 5 in 1* *Antibiotic Agents Chemother* 2009 May;53(5):719-4; * Молочница - вульвовагинальный кандидоз

РЕКЛАМА

Организация, принимающая претензии «ООО Русфик»:
123610, Россия, г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12, под. 7, эт. 6, пом. ИАЖ
Телефон: +7 (495) 225-80-01; факс: +7 (495) 258-20-07, e-mail: info@rusfic.com, www.rusfic.ru

