

Лечение вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. Современные представления и оценка эффективности

А.Ю. Шаталова

Treatment of vulvovaginites caused by opportunistic microorganisms. Current concepts and efficacy assessment

A.YU. SHATALOVA

об авторе:

А.Ю. Шаталова — младший научный сотрудник ФГУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России, г. Москва

Представлены современные подходы к терапии вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. Изучена клиническая и микробиологическая эффективность различных методик терапии, применяемых в отношении данной патологии.

Ключевые слова: **вульвовагинит, антибактериальные препараты, сочетанная терапия, эффективность лечения.**

The author describes current approaches to treatment of vulvovaginites caused by opportunistic microorganisms. The author assessed clinical and microbiological efficacy of different methods of treatment used for this pathology.

Key words: **vulvovaginitis, antibacterial drugs, combination therapy, treatment efficacy.**

■ На сегодняшний день в медицине не существует единых подходов и рекомендаций относительно лечения пациенток с вульвовагинитами, вызванными условно-патогенными микроорганизмами.

Анализируя данные литературы, можно выделить несколько групп препаратов, применяемых для лечения вышеуказанной патологии. Это:

- антибактериальные препараты;
- местные антисептики (природного происхождения и синтетические);
- биотерапевтические препараты;
- бактериофаги.

Как известно, основной целью лечения вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, является восстановление нормальной микрофлоры влагалища (в том числе бациллярной микрофлоры) и профилактика суперинфекции — роста других потенциальных возбудителей из группы условно-патогенных микроорганизмов [2].

Антибактериальная терапия является основной в лечении вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. Однако в настоящее время

лечение пациенток с вышеуказанной патологией часто проводится без учета этиологических факторов, что нередко приводит к рецидивам через непродолжительный период [1, 2]. Кроме того, в последние годы отмечен неуклонный рост резистентности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов к традиционно применяемым антибактериальным препаратам. Например, по данным L. Di Stefano (2003), отмечается высокая устойчивость микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* к препаратам группы фторхинолонов, которые по-прежнему продолжают широко использоваться в терапии бактериальных воспалительных процессов. По данным зарубежных исследователей [4], отмечается повышение уровня резистентности *E. coli* к левофлоксацину. Согласно исследованиям [6], высокая резистентность штаммов энтерококков была отмечена к препаратам группы аминогликозидов.

Необходимо подчеркнуть, что действие антибактериальных препаратов может приводить к подавлению анаэробных возбудителей, что может стать причиной колонизации слизистой оболочки влагалища аэробными условно-патогенными микроорганизмами. Та-

ким образом, повышение роли аэробных бактерий в инфекционной патологии репродуктивной системы женщины в определенной мере связано с их устойчивостью к таким широко используемым в лечебной практике антибиотикам, как цефалоспорины и аминокликозиды.

Весьма популярны в настоящее время комбинированные антибактериальные препараты для местного применения. Однако данные литературы указывают на большое количество рецидивов, возникающих в различные сроки после применения вышеназванной группы препаратов, при этом в ряде случаев сохраняется и даже усугубляется дефицит индигенной лакто- и бифидофлоры влагалища. Также широкое распространение для лечения вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, получило использование монотерапии такими антибактериальными препаратами, как метронидазол и клиндамицин, применение которых зачастую является необоснованным.

Местное применение антисептических растворов и гелей имеет вспомогательное значение в терапии вульвовагинитов, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами. Антагонистической активностью по отношению к условно-патогенным микроорганизмам обладают также различные биотерапевтические препараты [3]. Существенным недостатком большинства биотерапевтических препаратов, используемых в настоящее время для коррекции микрофлоры влагалища, является то, что они содержат штаммы лакто- и бифидобактерий, выделенные из кишечника. При попадании в несвойственную среду (влагалище) эти микроорганизмы, обладающие слабой адгезивной активностью по отношению к эпителиоцитам, не в состоянии адгезироваться на достаточно продолжительное время [3, 5]. В последнее время за рубежом в рамках комплексного лечения дисбиотических состояний влагалища и коррекции микробиоценоза широко применяются пробиотики, содержащие в основном два штамма лактобактерий: *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14, выделенные из урогенитального тракта женщин. По данным разных авторов, именно эти штаммы лактобацилл представляют собой первую пробиотическую комбинацию, которая при пероральном применении способна сохранять свою жизнедеятельность, совершая пассаж по кишечнику, после чего, благодаря анатомической близости анального отверстия и преддверия влагалища, колонизировать его и дистальные отделы уретры, способствуя тем самым подавлению роста и адгезии патогенных микроорганизмов [5, 7, 9, 10]. Однако на сегодняшний день достоверных данных контролируемых исследований эффективности использования пероральных форм пробиотиков недостаточно [8, 11].

В связи с тем, что большинство микроорганизмов, колонизирующих урогенитальный тракт при воспа-

лительных процессах его нижних отделов, отличается высокая антибиотикорезистентность, ученые делают попытки поиска препаратов, которые могли бы стать альтернативой антибиотикотерапии. С этой целью применяются бактериофаги. Встречая чувствительную микробную клетку, фаг проникает внутрь нее, переключает механизм ее действия на воспроизводство себе подобных, которые впоследствии «атакуют» другие микробы. Бактериофаги нетоксичны, не имеют противопоказаний к применению, могут применяться в составе комплексной терапии с любыми лекарственными средствами, есть данные о возможности их назначения беременным и кормящим женщинам [12]. Недостаток данного метода — отсутствие на сегодняшний день достаточного количества достоверных данных и опыта применения при воспалительных процессах, протекающих в нижних отделах урогенитального тракта женщин.

Таким образом, на сегодняшний день остается открытым вопрос о выборе препаратов для лечения вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами.

Цель работы: изучить эффективность различных методик терапии пациенток с вульвовагинитами, вызванными условно-патогенными микроорганизмами.

Материал и методы

В ФГУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России проведено клинико-диагностическое обследование 99 пациенток с клиническими (патологические выделения в заднем своде влагалища, гиперемия, кровоточивость и отечность слизистой оболочки наружных половых органов, pH>4,5) и лабораторными (более 10 полиморфно-ядерных лейкоцитов — ПМЯЛ — во влагалище, увеличение количества эпителиальных клеток, слизи, изменение соотношения лейкоцитов к эпителиальным клеткам более чем 1:1) признаками вульвовагинита. Материалом для исследования служили клинические образцы, полученные из боковых и заднего сводов влагалища пациенток. Все пациентки были разделены на группы по 33 в каждой: в 1-ю группу включены пациентки, которым проводилась терапия антибактериальным препаратом системного действия, во 2-ю группу — пациентки, которым проводилась терапия антибактериальным препаратом системного действия в сочетании с местным комбинированным антимикробным препаратом широкого спектра действия, в 3-ю группу — пациентки, получавшие терапию местным комбинированным антимикробным препаратом. Выбор антибактериального препарата системного действия осуществлялся на основании результатов определения чувствительности выделенных культур микроорганизмов к антибактериальным препаратам. У 22 пациенток препаратами выбора являлись амоксициллин / клавулоновая кислота (625 мг 3 раза в день перорально в течение 10 дней), у 22 па-

циенток — ципрофлоксацин (250 мг 2 раза в день перорально в течение 7 дней), у 22 пациенток — нифурател (200 мг 3 раза в день перорально в течение 10 дней). Из комбинированных противомикробных препаратов местного действия 66 пациентками использовался неомицин / тернидазол / нистатин / преднизолон, который назначался ежедневно интравагинально по 1 таблетке в течение 10 дней. Клинико-лабораторный контроль излеченности проводили через 1 мес. после окончания терапии, при этом оценивали субъективные и объективные клинические проявления, а также данные микроскопического и микробиологического исследований. Критериями излеченности служили: отсутствие клинических проявлений вульвовагинита; отсутствие лабораторных признаков воспалительной реакции; отсутствие или рост аэробных микроорганизмов в количестве менее 10³ КОЕ/мл в биоматериале, полученном из заднего свода влагалища.

Результаты

Субъективные клинические проявления вульвовагинитов были зарегистрированы у 31 (93,9%) пациентки 1-й группы, 30 (90,9%) пациенток 2-й группы и 29 (87,9%) пациенток 3-й группы. Остальные 9 (9,1%) пациенток жалоб не предъявляли, однако имели патологические выделения из половых путей, гиперемия слизистой оболочки наружных половых органов и более 10—15 лейкоцитов в поле зрения в биоматериале, полученном из влагалища. Таким образом, большинство пациенток предъявляли жалобы на пато-

логические выделения — соответственно 23 (69,7%), 25 (75,8%), 17 (51,5%), зуд — 9 (27,3%), 11 (33,3%), 13 (39,4%) и жжение в области наружных половых органов — по 6 (18,2%) пациенток из каждой группы. Статистически достоверных различий по данным показателей между группами не отмечалось.

Большая часть пациенток сравниваемых групп — 17 (51,5%) из 1-й группы, 17 (51,5%) из 2-й группы, 15 (45,5%) из 3-й группы — находилась в возрасте от 26 до 35 лет, при этом средний возраст пациенток 1-й группы составил 33 года, 2-й группы — 29,2 года, 3-й группы — 30,3 года. Таким образом, статистически достоверных различий в возрастной градации между группами не наблюдалось.

При объективном обследовании до начала лечения отмечались различные симптомы вульвовагинита (табл. 1).

Таким образом, статистически достоверной разницы объективных признаков вульвовагинитов между сравниваемыми группами пациенток не выявлено.

Сравнительная характеристика микроскопической картины клинического материала, полученного из влагалища у пациенток до и после лечения вульвовагинита, вызванного условно-патогенными микроорганизмами, представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, микроскопическая картина у пациенток сравниваемых групп до лечения значительно не различалась. Однако прослеживалась тенденция различий в количестве эпителиальных клеток у пациенток 2-й группы в сравнении с остальными группами.

ТАБЛИЦА 1

Сравнительная характеристика клинической симптоматики до и после лечения пациенток с вульвовагинитами, вызванными аэробными условно-патогенными микроорганизмами (n = 99)

Критерий	p_1	p_2	p_3	$p_{\text{до лечения}}$	$p_{\text{после лечения}}$
Патологические выделения в заднем своде влагалища:					
сливкообразные	< 0,001	< 0,001	> 0,999	0,218	< 0,001
слизистые	> 0,999	< 0,001	0,063	0,275	0,095
слизисто-гнойные	—	—	—	—	—
творожистые	0,008	—	—	—	—
Количество выделений в заднем своде влагалища:					
скудное количество	< 0,001	< 0,001	< 0,001	—	> 0,999
умеренное количество	—	—	—	0,827	0,176
обильное количество	—	—	—	—	—
pH вагинального экссудата:					
3,8—4,5	0,001	< 0,001	0,003	0,609	0,006
> 4,5	—	—	—	—	—
Гиперемия слизистых оболочек наружных половых органов:					
слизистой оболочки влагалища	< 0,001	< 0,001	0,004	0,474	< 0,001
слизистой оболочки шейки матки	0,002	< 0,001	0,039	0,321	< 0,001
Кровоточивость слизистых оболочек наружных половых органов	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,664	—

Примечание. Здесь и в табл. 2 и 3: p_1, p_2, p_3 — статистическая достоверность различий внутри групп до начала лечения и после его окончания; $p_{\text{до лечения}}$ — статистическая достоверность различий между группами до лечения; $p_{\text{после лечения}}$ — статистическая достоверность различий между группами после лечения.

ТАБЛИЦА 2
Сравнительная характеристика микроскопической картины клинического материала, полученного из влагалища у пациенток до и после лечения вульвовагинита, вызванного условно-патогенными микроорганизмами (n = 99)

Определяемые критерии	1-я группа (n = 33)			2-я группа (n = 33)			3-я группа (n = 33)			p _{до} лечения	p _{после} лечения
	до	после	p ₁	до	после	p ₂	до	после	p ₃		
	лечения	лечения		лечения	лечения		лечения	лечения			
		абс./%		абс./%		абс./%					
Количество ПМЯЛ во влагалище:											
0—10 в поле зрения	4/12,1	25/75,8	< 0,001	7/21,2	31/93,9	< 0,001	6/18,2	26/78,8	< 0,001	0,608	0,111
более 10 в поле зрения	29/87,9	8/24,2		26/78,8	2/6,2		27/81,8	7/21,2			
Эпителий:											
скудное количество	1/3,0	14/42,4	< 0,018	0	22/66,7	< 0,001	6/18,2	19/57,6	0,05	0,038	0,216
умеренное количество	23/69,7	11/33,3		25/75,8	9/27,3		23/69,7	8/24,2			
обильное количество	9/27,3	8/24,2		8/24,2	2/6,1		4/12,1	6/18,2			
Грамположительные кокки:											
отсутствуют	3/9,1	18/54,5	< 0,001	6/18,2	20/60,6	< 0,001	6/18,2	16/48,5	< 0,001	0,825	0,554
скудное количество	2/6,1	10/30,3		1/3,0	6/18,2		1/3,0	7/21,2			
умеренное количество	7/21,2	5/15,2		8/24,2	7/21,2		10/30,3	8/24,2			
обильное количество	21/63,6	0		18/54,5	0		16/48,5	2/6,1			
Грамотрицательные бациллы:											
отсутствуют	0	28/84,8	< 0,001	0	22/66,7	< 0,001	1/3,0	13/39,4	< 0,001	0,342	0,002
скудное количество	3/9,1	3/9,1		6/18,2	9/27,3		3/9,1	10/30,3			
умеренное количество	1/3,0	2/6,2		4/12,1	2/6,2		1/3,0	7/21,2			
обильное количество	29/87,9	0		23/69,7	0		28/84,8	3/9,1			
Грамположительные бациллы:											
отсутствуют	4/12,1	0	0,004	5/15,2	2/6,1	< 0,001	4/12,1	4/12,1	0,077	0,511	0,458
скудное количество	7/21,2	6/18,2		5/15,2	3/9,1		4/12,1	4/12,1			
умеренное количество	17/51,5	16/48,5		16/48,5	14/42,4		23/69,7	15/45,5			
обильное количество	5/15,2	11/33,3		7/21,2	14/42,4		2/6,1	10/30,3			
Грибы рода <i>Candida</i>	0	8/24,2	0,008	0	0	—	0	0	—	—	—

С целью определения эффективности терапии в отношении этиологических агентов вульвовагинитов был проведен сравнительный анализ микробиологического исследования до начала лечения и после его окончания, данные которого представлены в табл. 3.

При оценке субъективных симптомов заболевания после окончания лечения было установлено, что 8 (24,2%) пациенток 1-й группы отмечали появление творожистых выделений, зуд и жжение в области наружных половых органов; у 2 (6,1%) пациенток 2-й группы и у 11 (33,3%) пациенток 3-й группы сохранялись жалобы на сливкообразные выделения; остальные пациентки жалоб со стороны мочеполовой системы не предъявляли. Таким образом, у 8 (24,2%) пациенток 1-й группы на фоне антибактериального лечения появились жалобы на творожистые выделения, зуд и жжение в области наружных половых органов, отсутствовавшие до начала лечения.

При объективном обследовании положительная клиническая динамика (умеренные или скудные вагинальные слизистые выделения, отсутствие гиперемии, кровоточивости и отечности слизистых оболочек наружных половых органов, pH 3,8—4,5) после терапии

наблюдалась у 25 (75,8%) пациенток 1-й группы, у 31 (93,9%) пациентки 2-й группы и у 22 (66,7%) пациенток 3-й группы. У 8 (24,2%) пациенток 1-й группы при объективном обследовании были выявлены творожистые выделения, из них у 5 (15,12%) отмечалась отечность и гиперемия слизистых оболочек в области наружных половых органов и у 4 (12,1%) — щелочная реакция вагинального отделяемого. У 2 (6,1%) пациенток 2-й группы сохранялись сливкообразные выделения умеренного характера в заднем своде влагалища, у 1 (50,0%) из них — гиперемия слизистых оболочек. У 11 (33,3%) пациенток 3-й группы после окончания лечения отмечались бело-желтые сливкообразные выделения в заднем своде влагалища в умеренном количестве, у 7 (63,6%) из них сохранялась гиперемия слизистых оболочек наружных половых органов. pH вагинального отделяемого у 8 (24,2%) пациенток 3-й группы было больше 4,5 (см. табл. 1).

У 25 (75,8%) пациенток 1-й группы, 31 (93,9%) пациентки 2-й группы и 22 (66,7%) пациенток 3-й группы после окончания терапии при микроскопическом исследовании отделяемого из влагалища было выявлено состояние нормоценоза: количество ПМЯЛ со-

ТАБЛИЦА 3

Результаты бактериологического исследования биоматериала, полученного из влагалища до начала лечения и после его окончания (n = 99)

Идентифицированные микроорганизмы до и после лечения	p_1	p_2	p_3	$p_{\text{до лечения}}$	$p_{\text{после лечения}}$
Enterococcus faecalis Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,052	0,09
Escherichia coli Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,732	0,006
Staphylococcus saprophiticus Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	0,002	< 0,001	0,004	0,929	0,605
Staphylococcus epidermidis Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	0,001	0,007	< 0,001	0,052	0,002
Klebsiella pneumoniae Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	0,001	0,063	0,031	0,128	—
Streptococcus agalactiae Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	—	0,016	—	—	—
Streptococcus anginosus Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	—	—	0,002	—	—
Streptococcus constellatus Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	0,063	—	—	—	—
Corynebacterium spp. Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	0,077	0,031	> 0,999	0,063	0,004
Lactobacillus spp. аэробные Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	> 0,999	0,021	0,727	0,027	0,842
Lactobacillus spp. анаэробные Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	< 0,001	< 0,001	< 0,001	> 0,999	< 0,001
Candida spp. Скудный рост (< 10 ² КОЕ/мл) Умеренный рост (10 ² —10 ⁴ КОЕ/мл) Обильный рост (> 10 ⁴ КОЕ/мл)	0,008	—	—	—	—

ответствовало норме, эпителий в обильном количестве не был выявлен ни в одном из наблюдений, соотношение ПМЯЛ и эпителиальных клеток было 1:1, количество условно-патогенной микрофлоры оценивалось чаще как скудное или умеренное. Результаты микроскопического исследования биоматериала из влагалища у 2 (6,1%) пациенток 2-й и 10 (30,3%) пациенток 3-й группы свидетельствовали о сохранявшемся увеличении количества ПМЯЛ более 10 в поле зрения в биоматериале, полученном из влагалища и цервикального канала, количество эпителия и слизи у данных пациенток чаще носило умеренный характер, соотношение ПМЯЛ и эпителиальных клеток составило 2:1, а микрофлора определялась как смешанная с преобладанием грамотрицательных бацилл (см. табл. 2).

Значимые различия были установлены между пациентками 2-й и остальных групп, у которых, по данным микроскопического исследования, после лечения достоверно чаще ($p = 0,038$) наблюдалось снижение количества ПМЯЛ до 10 в поле зрения.

У 2 (6,1%) пациенток 1-й группы, 4 (12,1%) пациенток 2-й группы и 3 (9,1%) пациенток 3-й группы после окончания лечения ни клинических, ни лабораторных признаков воспаления слизистых оболочек наружных половых органов не наблюдалось, но идентифицировались те же условно-патогенные микроорганизмы в количестве менее 10^2 КОЕ/мл, которые до лечения определялись в количестве более 10^4 КОЕ/мл, что позволило расценить данные результаты как положительный эффект лечения. Неэффективной была признана терапия 1 (3,0%) пациентки 3-й группы, у которой аэробные микроорганизмы в биоматериале из влагалища после лечения выделялись в том же количестве, что и до лечения. При этом в заднем своде влагалища определялись умеренные сливкообразные выделения и сохранялись жалобы на патологические выделения из половых путей на фоне отсутствия лабораторных признаков воспаления (количество ПМЯЛ менее 10 в поле зрения).

Таким образом, эффективность терапии была установлена у 25 (75,8%) пациенток 1-й группы, 31 (93,9%) пациентки 2-й группы и 22 (66,7%) пациенток 3-й группы, у которых при контрольном обследовании отсутствовали клинико-лабораторные признаки вульвовагинита, а микробиоценоз был представлен в основном *Corynebacterium* spp., *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus* в количестве, не превышающем 10^4 КОЕ/мл, и *Lactobacillus* spp. — в количестве более 10^4 КОЕ/мл. При этом следует отметить, что у пациенток 1-й группы был выявлен рост аэробных микроорганизмов в скудном количестве, что указывает на эффективность этиотропного лечения. Однако у 8 (24,2%) пациенток 1-й группы после терапии были выявлены признаки кандидозного вульвовагинита (творожистые выделения и гиперемия

слизистых оболочек половых органов — у 5 (15,2%), отечность в области половых органов — у 5 (15,2%), $pH > 4,0$ — у 4 (12,1%), при лабораторном исследовании — псевдомицелий гриба рода *Candida*, рост *Candida* spp. в количестве более 10^4 КОЕ/мл). У 2 (6,1%) пациенток 2-й и 11 (33,3%) пациенток 3-й группы антибактериальное лечение также не дало эффекта, после окончания лечения у них идентифицировались первоначально выделенные микроорганизмы: *Corynebacterium* spp., *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae* в количестве более 10^2 КОЕ/мл и в ассоциации 4 и более микроорганизмов.

Обращало на себя внимание, что у большинства пациенток после лечения наблюдался рост лактобациллярной микрофлоры, при этом достоверно чаще ($p < 0,001$) — ее анаэробных представителей в количестве более 10^3 КОЕ/мл: у 23 (69,7%) обследованных 1-й группы, у 14 (42,4%) — 2-й группы, у 18 (54,6%) — 3-й группы (см. табл. 3).

На основании проведенного исследования была оценена клиническая и микробиологическая эффективность лечения. Наибольшая клиническая эффективность (93,9%) была достигнута у пациенток 2-й группы, в отличие от пациенток 1-й и 3-й групп, у которых эффективность лечения составила 75,7 и 66,7%. Микробиологическая эффективность также была наиболее высокой (97,0%) у пациенток 2-й группы (по сравнению с пациентками в 1-й группе — 75,8%, в 3-й группе — 66,7%). Таким образом, лечебные мероприятия, применяемые во 2-й группе, оказались наиболее эффективными в отличие от терапии, проведенной в 1-й ($p = 0,039$) и 3-й ($p = 0,005$) группах.

Обращало на себя внимание, что при сочетании системного антибактериального препарата и местного комбинированного антимикробного препарата, содержащего антимикотический, противовоспалительный и антибактериальный компоненты, возрастала доля терапевтической эффективности и профилактики таких побочных эффектов, как кандидозный вульвовагинит.

В связи с тем что определение чувствительности штаммов микроорганизмов к антимикробным препаратам проводится только к наиболее вирулентным и патогенным микроорганизмам из присутствующих в ассоциациях, то целесообразно сочетать системную антибактериальную терапию с назначением местного поликомпонентного антимикробного препарата широкого спектра действия.

Вывод

Наиболее эффективным методом лечения вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, является сочетание системного антибактериального препарата с комбинированным антимикробным препаратом местного действия. ■

Литература

1. Воропаева С.Д. Микрофлора женских половых путей и ее чувствительность к антибактериальным препаратам. Антибиотики и химиотерапия 1999; 3: 42—45.
2. Герасимова Н.М. Особенности диагностики аэробного вагинита. Сибир. журн. дерматол. и венерол. 2004; 5: 74—78.
3. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. Учебное пособие. М.: ВУНМУ МЗ РФ, 1999. 80 с.
4. Johnson L., Sabel A., Burman W.J. et al. Emergence of fluoroquinolone resistance in outpatient urinary *Escherichia coli* isolates. *Am J Med* 2008; 121: 10: 876—884.
5. Reid G., Bruce A.W. Urogenital infections in women — Can probiotics help? *Postgraduate Med J* 2003; 79: 429—432.
6. Tariq N., Jaffery T., Ayub R. et al. Frequency and antimicrobial susceptibility of aerobic vaginal isolates. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006; 16: 3: 196—199.
7. Beerepoot M.A., Stobberingh E.E., Geerlings S.E. A study of non-antibiotic versus antibiotic prophylaxis for recurrent urinary-tract infections in women (the NAPRUTI study). *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 10: 541—544.
8. Falagas M.E., Betsi G.I., Tokas T. et al. Probiotics for prevention of recurrent urinary tract infections in women: a review of the evidence from microbiological and clinical studies. *Drugs* 2006; 66: 9: 1253—1261.
9. Gardiner G., Heinemann-Gijzen C., Madrenas J. et al. Oral administration of the probiotic combination *Lactobacillus* GR-1 and *L.reuteri* RC-14 for human instinal applications. *Int Dairy J* 2002.
10. Reid G., Charbonneau D., Erb J. et al. Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *Reuteri* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in healthy women. *Immunol Med Microbiol* 2003; 35: 131—134.
11. Robert B.D., Tassone D.P. Use of *Lactobacillus* probiotics for bacterial genitourinary infections in women: A review. *Clin Therap* 2008; 30: 453—468.
12. Яфаев Р.Х., Зуева Л.П., Любимов А.В. Перспективы использования бактериофагов с лечебной и профилактической целью. *Инфекционный контроль в ЛПУ. СПб., 1998. С. 55—58.*