

**ТЕРЖИНАН В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО
ВАГИНОЗА И УРОГЕНИТАЛЬНОГО
КАНДИДОЗА**

В статье представлены данные о лечении бактериального вагиноза (29) и уrogenитального кандидоза (11) местным применением комбинированного препарата тержинана. Эффективность применения тержинана сравнивали с апробированными методами лечения данных заболеваний с использованием 2% далацина - вагинального крема (30) и йенамазола (13). Установлено, что излечение БВ констатировано у 82.8% и УГК — у 63.6% больных. Через 3 мес. после окончания курса лечения рецидивы отмечены соответственно у 18.8% с БВ и у 18.7% больных УГК. Рекомендуются применять тержинан для лечения БВ, УГК и для профилактики инфекционных осложнений после родов, абортот, влагалищных операций.

Бактериальные инфекции влагалища являются наиболее распространенными заболеваниями, встречающимися в гинекологической практике. Их частота в различных популяциях женщин варьируется от 30 до 80%. Среди инфекционных заболеваний наиболее распространены дисбиозы (бактериальный вагиноз, уrogenитальный кандидоз), хламидиоз и вагиниты, которые часто проявляются синдромом длительных обильных белей. Характерно, что в настоящее время этиологическим фактором бактериального вагиноза (БВ) и вагинитов являются ассоциации различных микроорганизмов, главным образом неспорообразующих анаэробов - представителей индигенной микрофлоры организма. Рост сексуально-трансмиссионных заболеваний, доступность и широкое применение антибиотиков, экзогенные факторы и др. приводят к нарушениям в микроэкосистеме влагалища, что в свою очередь способствует развитию рецидивов заболеваний. Длительно существующие инфекционные заболевания влагалища и вульвы нередко являются причиной эмоциональной нестабильности, сексуальной дисгармонии и в конечном результате приводят к серьезным нарушениям репродуктивного здоровья.

Важно отметить, что состояние биоценоза влагалища имеет значение не только для здоровья женщины, но и для ее ребенка, который первую микрофлору получает в родах. Поэтому поиск новых и оптимизация уже известных способов и методов коррек-

ции биоценоза влагалища, особенно до наступления беременности, имеют принципиальное значение. Исходя из этого, целью настоящего исследования явилось изучение эффективности использования тержинана для лечения БВ и уrogenитального кандидоза (УГК) у женщин репродуктивного возраста.

Тержинан относится к комбинированным препаратам местного действия для лечения таких инфекционных заболеваний влагалища, как БВ, неспецифический, кандидозный, трихомонадный или смешанный вагинит, а также как средство профилактики инфекций перед гинекологическими операциями, родами, абортот, другими инвазивными манипуляциями. Действие препарата обусловлено свойствами входящих в его состав компонентов. Тернидазол (производное имидазола) оказывает трихомонадоцидное действие, а также воздействует на строгие и факультативные анаэробы. Неомидин сульфат относится к аминогликозидам широкого спектра действия, эффективен по отношению к грамотрицательной микрофлоре и некоторым грамположительным коккам. Нистатин является полиеновым противогрибковым антибиотиком и используется для лечения вагинитов, вызванных грибами рода *Candida*. Кроме того, в состав тержинана входит преднизолон - глюкокортикоид, обладающий выраженным противовоспалительным действием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике акушерства и гине-

Группа	Диагноз	Число пациенток	Эффект		
			полный	частичный	отсутствует
1-я	БВ	29	24 (82.8%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)
1-я	УГК	11	7 (63.6%)	2 (18.2%)	2 (18.2%)
2-я	БВ	30	28 (93.3%)	2 (6.7%)	0 (0%)
2-я	УГК	13	8 (61.5%)	3 (23.1%)	2 (15.4%)

кологии Военно-медицинской академии в период 1996-1997 гг. было проведено обследование и лечение 83 женщин в возрасте от 21 до 44 лет, из которых у 59 был диагностирован БВ и у 24 - УГК. Диагностика и дифференциальная диагностика БВ, УГК, трихомониаза и других сексуально-трансмиссионных заболеваний выполнялась в соответствии с ранее опубликованным методическим пособием [2]. Из наблюдений были исключены больные по следующим признакам: возраст младше 18 и старше 45 лет; прогрессирующая беременность; лактация; менструация; аллергические реакции на применяемые препараты; системная или влагалищная антибактериальная терапия менее, чем за 2 недели до исследования; применение химических контрацептивов, а также влагалищные орошения, спринцевания; выявление *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*; герпетическая инфекция. Все пациентки были информированы об особенностях проведения клинических исследований.

Женщины, участвующие в исследовании, были распределены в две группы: исследуемая (40 женщин: 29 - с БВ и 11 - УГК) и группа сравнения (43 пациентки: 30 - с БВ и 13 - с УГК), достоверно не отличающиеся по эпидемиологическим характеристикам (возраст, масса тела, профессия, семейное положение, акушерский и гинекологический анамнез, число половых партнеров, методы контрацепции и др.). В первой группе лечение проводили тержинаном по 1 вагинальной таблет-

ке 1 раз в сутки в течение 10 дней при БВ и по одной таблетке два раза в течение 15-20 дней при УГК. В группе сравнения лечение БВ проводили двухэтапным методом с использованием 2% далацина вагинального крема [1], при УГК использовали йенамазол (клотримазол) в виде вагинальных таблеток по 100 мг однократно в течение двух недель. Повторные визиты к врачу и оценку эффективности лечения проводили через 1 и 3 месяца после его окончания.

Обязательным условием являлось обследование и проведение при необходимости адекватной терапии половых партнеров. На период лечения и на две недели после его окончания рекомендовались диета без острых компонентов, исключался алкоголь и половые контакты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики субъективных жалоб, клинической картины заболеваний и лабораторных критериев через две недели после окончания лечения и через 3 месяца. В таблице представлены результаты лечения женщин в сравниваемых группах.

Весьма демонстративными оказались данные, показывающие изменение типа биоценоза влагалища в сравниваемых группах до лечения, через 2 недели и 3 месяца после его окончания. Так, если до лечения в исследуемой группе 29 пациенток имели 3-й тип биоценоза (БВ) и 11 больных - 4-й

тип (УГК), то уже спустя 2 недели после приема последней вагинальной таблетки 1-2-й типы биоценоза (нормоценоз и промежуточный тип) отмечены соответственно у 15 (37.5%) и 18 (45%) женщин. 3 и 4-й типы сохранились у 4 (10%) и 3 (7.5%) больных. В сравниваемой группе до лечения промежуточный тип выявлен у 2 (4.7%). 3-й тип - у 28 (65.1%) и 4-й - у 13 (30.2%) больных. Также через 2 недели показатели были следующими: нормоценоз - у 22 (51.2%) женщин; промежуточный тип - у 19 (44.2%); тип БВ не обнаружен ни в одном наблюдении и 4-й тип выявлен у 2 (4.6%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что применение тержинана для лечения БВ способствует достаточно быстрому восстановлению влагалищного биотопа, не уступающему по своей эффективности оральному приему орнидазола, метронидазола или местного использования 2% далацина - вагинального крема.

Через 3 месяца после окончания лечения контрольное обследование выполнено у 32 женщин первой и 33 второй групп. Были получены следующие данные. В группе "Тержинан" нормоценоз констатирован у 11 (34.4%) женщин, промежуточный тип - у 9 (28.1%). Рецидивы БВ и УГК отмечены соответственно у 6 (18.8%) и 6 (18.7%) больных. В сравниваемой группе нормоценоз выявлен у 13 (39.4%) женщин, промежуточный тип - у 11 (33.3%), 3-й и 4-й типы - соот-

ветственно у 2 (6.1%) и 7 (21.2%) пациенток.

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что тержинан, содержащий нистатин, оказался несколько более эффективным препаратом для лечения первичного УГК, чем широко применяемый в настоящее время клотримазол. Несмотря на то, что нистатин относится к относительно "старым" препаратам, эффект тержинана можно объяснить его комбинированным действием не только на грибы, но и на микрофлору нарушенного биоценоза, а также - действием преднизолона, оказывающим как противовоспалительное действие, так и стимуляцию некоторых факторов местного иммунитета влагалища.

ОБСУЖДЕНИЕ

Подходы врачей к лечению влагалищных инфекций, в частности - БВ и УГК, существенно отличаются в силу различного толкования этиологии, патогенеза этих заболеваний, недостаточно сформулированных в литературе критериев излеченности, возможно, неадекватной информированности о современных препаратах, способах их применения, механизмах действия и др.

В данном исследовании показано, что БВ и УГК относятся к наиболее часто встречающимся инфекциям влагалища, в основе которых лежат глубокие нарушения в микробиоценозе (дисбиотические состояния, неадекватность местного иммунологического ответа).

Ранее было показано, что для лечения БВ рекомендовалось местное применение сульфаниламидов, тетрациклина, ампициллина, повидон-йода и др., однако их эффективность в последующем не подтвердилась. Исследования последнего десятилетия продемонстрировали высокие результаты (до 96-98%) при лечении БВ метронидазолом, орнидазолом и клиндамицином. Тем не менее через 3-6 мес. у некоторых пациенток на-

блюдалось развитие УГК, что требовало дополнительного назначения противогрибковых препаратов, в частности - дифлюкана.

УГК как самостоятельное заболевание или осложнение после антибиотикотерапии является серьезной медицинской проблемой. Для лечения этой группы заболеваний используются различные препараты, их разовые и курсовые дозы, обладающие антимикотическим действием. Так, по данным F. Tang et al. [4], эффективность лечения вагинального кандидоза применением 500 мг клотримазола однократно в неделю составила 88.5%. Для лечения УГК могут применяться местные антисептики (цитеал, бетрадин, повидон-йод, хлоргексидин), бикарбонатная сода, борная кислота; красители (генциан-виолет, перманганат калия, эозин, флюоресцеин); противовоспалительные средства (безамидин, опалгин). Основное значение в лечении грибковых заболеваний женских половых органов отводится антифунгальным препаратам, которые могут применяться локально в виде кремов, молочка, геля, лосьона, спрей-лосьона и спрей-пудры, круглых или продолговатых овуль. Некоторые лекарственные средства также могут использоваться орально и в виде инъекций. Главными компонентами, оказывающими фунгицидное и/или фунгистатическое действие, являются полиены (амфотерицин В, нистатин); дериваты азола (клотримазол, эконазол, кетоконазол и др.); пиридоны (циклопироксоламин); комплексные препараты (пимафукорт, тержинан, полижинакс и др.) [3].

В настоящем исследовании для лечения БВ и УГК применяли тержинан, в состав которого входят нистатин, неомицин, тернидазол и преднизолон. Для лечения БВ его применяли вагинально один раз в сутки в течение недели. Было установлено, что выздоровление после однократного курса

наблюдалось у 82.8% больных, что, на наш взгляд, свидетельствует о достаточно высокой эффективности этого препарата. Такой результат может быть объяснен комбинированным действием тернидазола на строгих анаэробов и неомицина - на факультативных анаэробов, микроаэрофилов и аэробов. При лечении БВ тержинаном нистатин выполняет профилактическую функцию (предупреждает развитие кандидоза). На наш взгляд, дальнейшего изучения требует вопрос о влиянии преднизолона на состояние местного иммунитета, так как при БВ имеются выраженные сдвиги в местной иммунологической защите при отсутствии клинических и гистологических признаков воспаления слизистой оболочки.

Несколько меньшая эффективность тержинана отмечена при лечении острых форм УГК (63.6%). Это и понятно, так как нистатин относится к препаратам, которые применяются для лечения кандидоза уже несколько десятилетий. Безусловно, за этот период некоторые штаммы грибов выработали устойчивость к нему. Однако нами показано, что применение тержинана в течение 15-20 дней оказывает не менее выраженный эффект, как и применение производных азола, в частности - клотримазола, что также можно предположительно объяснить не с отдельно взятым действием нистатина на грибы, а с комплексным воздействием всех компонентов препарата на ассоциацию различных микроорганизмов, в том числе и грибов.

Следует, правда, отметить, что мы не применяли тержинан при тяжелых формах хронического рецидивирующего УГК. В силу особенностей подобных форм заболеваний можно ожидать менее обнадеживающие результаты. Однако при правильной диагностике и с учетом чувствительности грибов к имеющимся препаратам, тержинан наряду с другими может быть использован и

для лечения рецидивирующего УГК, что подтверждается отдельными клиническими наблюдениями с положительным эффектом.

В заключение следует отметить, что было бы неверно считать, будто применение тержинана и других аналогичных средств сразу решает проблему лечения БВ или УГК. Без последующей коррекции биохимического и биофизического профиля влагалищной среды, нормализации местного иммунитета и заместительной терапии эубиотиками неминуемы рецидивы. Тем не менее можно констатировать, что тержинан является одним из препаратов выбора для лечения БВ и УГК на первом этапе. Удобство применения, отсутствие выраженных побочных и аллергических реакций, доступность, безопасность позволяют рекомендовать его не только для лечения некоторых влагалищных инфекций, но и как препарат для профилактики инфекционных осложнений после влагалищных операций и в послеродовом периоде.

Литература

1. Кира Е.Ф. Лечение бактериального вагиноза// Акушерство и гинекология. - 1993. - N 5. - С.39-41.
2. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И., Бондарев Н.Э. Диагностика и лечение сексуально-трансмиссионных заболеваний в гинекологической практике // Методическое пособие. - СПб., «Яблочко СО», 1996. - 47 с.
3. Salvat J., Romand P., Vincent-Genod A. et al. Mycoses vulvo-vaginales recidivantes (MVVR) // Les Traitments Medicaux en Gynecologie / XII ernes journee Aquitaines de Perfectionnement en Reproduction humaine. Bordeaux, 25 septembre. - 1993. - P. 1-10.
4. Tang F., Espinosa Y., Hurtado F.. Zighelboirn 1. Tratamiento de la candidiasis vaginal con dosis unica de clotrimazol // Revista de obstetricia y ginecologia de Venezuela. - 1985. - Vol.XVLI, N2. -P. 109- 110.