

Статья поступила в редакцию 21.03.2017 г.

Кравченко Е.Н., Куклина Л.В., Охлопков В.А., Набока М.В.

Омский государственный медицинский университет,

Городской клинический перинатальный центр,

г. Омск

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

В современной акушерско-гинекологической практике проблема нарушения вагинальной микрофлоры является одной из актуальных из-за возможности развития целого комплекса осложнений, влияющих на репродуктивную функцию женщины. Смешанные варианты вагинальных инфекций мало изучены, тем не менее, различать их необходимо, поскольку разные формы сосуществования патогенов требуют индивидуального терапевтического подхода.

Цель работы – оценить эффективность применения нового комбинированного препарата гелевой формы при вагинальных инфекциях у беременных.

Методы исследования. В исследование было включено 200 беременных женщин с вагинальными инфекциями. Основную группу составили 100 женщин, которым было назначено лечение новым гелевым препаратом метрогил плюс в течение 5 дней. В группу сравнения вошли 100 пациенток, получавших лечение препаратом клион-Д 100. Вторым этапом назначались лактобациллы, обеспечивающие колонизационную резистентность биотопа влагалища.

Результаты. Через 1 месяц после окончания лечения эффективность составила в основной группе 99 %, в группе сравнения – 94 % ($p = 0,12$), рецидивы после лечения через 3 месяца выявлены в 2 % и 10 % наблюдений соответственно исследуемым группам ($p = 0,02$). Плацентарные нарушения, угроза самопроизвольного аборта, многоводие, гестационный пиелонефрит, отеки, вызванные беременностью, и преэклампсия в совокупности наблюдались в основной группе реже, чем в группе сравнения ($p = 0,025$). Осложнения родов и послеродового периода также отмечены реже в основной группе, чем в группе сравнения, что связано со значительно меньшим числом возникновения рецидивов после проведенного лечения ($p = 0,004$).

Заключение. Лечение вагинальных инфекций новым препаратом гелевой формы у беременных женщин является высокоэффективным и составляет 99 %. Количество рецидивов после лечения комбинированным препаратом в виде геля составляет через 3 месяца лишь 2 %. Следовательно, применение эффективного комбинированного препарата в лечении вагинальных инфекций позволяет снизить частоту осложнений беременности, родов и послеродового периода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смешанные вагинальные инфекции; беременность; гелевая форма метронидазола; Флороценоз.

Kravchenko E.N., Kuklina L.V., Okhlopkov V.A., Naboka M.V.

Omsk State Medical University,

City Clinical Perinatal Center, Omsk

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND THERAPY OF VAGINAL INFECTIONS

In modern obstetrical and gynecological practice, the problem of disturbing the vaginal microflora is one of the most urgent because of the possibility of developing a whole complex of complications affecting the reproductive function of women. Mixed variants of vaginal infections have been little studied, nevertheless, they must be distinguished, since different forms of coexistence of pathogens require an individual therapeutic approach.

Objective – evaluation of the effectiveness of the use of a new combination gel form preparation for vaginal infections in pregnant women.

Methods of research. The study included 200 pregnant women with vaginal infections: 100 women made up the basic group, received treatment with a new gel preparation Metrogyl Plus within 5 days. The comparison group consisted of 100 patients treated with Clion-D 100. The second stage involved lactobacilli providing colonization resistance of the vaginal biotope.

Results. Efficacy after the end of treatment after 1 month was 99 % in the main group, 94 % in the comparison group ($p = 0,12$), relapses after treatment at 3 months were revealed in 2 % and 10 % of the observations, respectively, in the study groups ($p = 0,02$). Placental disorders, the threat of spontaneous abortion, polyhydramnios, gestational pyelonephritis, edema caused by pregnancy, and preeclampsia were collectively observed in the main group less frequently than in the comparison group ($p = 0,025$). Complications of childbirth and the postpartum period are also noted less frequently in the main group than in the comparison group, which is associated with a much smaller number of relapses after treatment ($p = 0,004$).

Conclusion. Treatment of vaginal infections with a new gel form preparation in pregnant women is highly effective and is 99 %. The number of relapses after treatment with the combined preparation in the form of a gel is only 2 % after 3 months. Consequently, the use of an effective combination drug in the treatment of vaginal infections, reduces the incidence of complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

KEY WORDS: mixed vaginal infections; pregnancy; gel form of metronidazole; Florocenosis.

В современной акушерско-гинекологической практике проблема нарушения вагинальной микрофлоры является одной из актуальных из-за возможности развития целого комплекса осложнений, влияющих на репродуктивную функцию женщины (воспалительные заболевания органов малого таза,

повышенный риск поздних самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, послеабортных эндометритов и др.) [1, 2].

Существуют и трудности диагностики вагинальных инфекций. Наиболее часто при обследовании пациенток с вагинальными выделениями в первую оче-

редь врач ориентируется на клинические данные, а также результаты микроскопического исследования. В то же время, в литературе имеются данные о вариабельности выделений при той или иной патологии, а также о низкой чувствительности микроскопического исследования для выявления многих инфекций органов репродукции [3]. При нарушениях вагинального микробиоценоза диагностический поиск затрудняет то, что у половины пациенток воспаление и другие признаки, индуцированные деятельностью полимикробных ассоциаций в половых путях, не сопровождаются клинической симптоматикой, а протекают латентно [4, 5]. Проблему также представляет склонность многих пациенток к самодиагностике и самолечению, что ещё больше задерживает верификацию диагноза и нередко заканчивается осложнениями.

Смешанные варианты вагинальных инфекций мало изучены, тем не менее, различать их необходимо, поскольку разные формы сосуществования патогенов требуют индивидуального терапевтического подхода [6]. Необходимо также понимать, что без противокандидозной терапии существует риск манифестации кандидозного вульвовагинита на фоне неизбежного при лечении бактериального вагиноза закисления влагалищной среды [7]. Основная трудность ведения неспецифических вагинальных инфекций — рецидивы [8, 9]. Их риск тем выше, чем более выражен дисбиоз влагалища, чем менее привержена пациентка к лечению, и чем менее качественной была предшествующая противомикробная терапия. При этом большое значение имеет коррекция вагинального микробиома.

Несмотря на отсутствие общепринятых терапевтических схем, принцип лечения смешанных инфекций заключается в обнаружении и устранении этиологически значимых микроорганизмов с последующим закреплением результата восстановлением нормального микробиоценоза влагалища. Многолетний клинический опыт отечественных и зарубежных специалистов показал эффективность двухэтапной тактики лечения смешанных инфекций и бактериального вагиноза [10, 11]. На первом этапе проводят эрадикацию патогенов, а на втором восстанавливают оптимальную среду вагинального биотопа — физиологического значения pH и достаточного количества лактобацилл, что достигают с помощью пробиотиков и препаратов, нормализующих pH. «Золотым стандартом» в лечении БВ признают метронидазол и клиндамицин. Согласно обновлённым в 2015 году рекомендациям Центров по контролю БВ (CDC), различные формы метронидазола (таблетки и гель) и крем (свечи) клиндамицина 2 % входят в стандарты терапии БВ [12]. Эти средства имеют сопоставимую эффективность.

Однократное назначение метронидазола внутрь в дозе 2 г эффективно купирует симптомы БВ, од-

нако доля рецидивов при этом выше, чем при использовании недельного курса того же препарата. Удобство однократной схемы обладает относительно низкой эффективностью, и в настоящее время CDC не рекомендует данную методику даже в качестве альтернативного варианта. Кроме того, комплаентность лечения пероральным метронидазолом существенно снижает его плохая переносимость [13]. В Европейских рекомендациях по ведению больных с выделениями из влагалища также указана невысокая эффективность однократного применения метронидазола в дозе 2 г при БВ. Некультивируемые или трудно культивируемые микроорганизмы приобретают устойчивость к этому препарату, они же обеспечивают и упорное рецидивирующее течение заболевания. Повторные эпизоды вагинита возникают у 30 % женщин в течение 3 месяцев после лечения [14].

Попытка монотерапии на предполагаемого возбудителя (или типичную для изолированного процесса группу возбудителей) при смешанных инфекциях может обусловить ещё более выраженные нарушения микробиоценоза влагалища — активизируются другие микроорганизмы, например, кандиды или возбудители ИППП. Использование метронидазола или клиндамицина в виде монотерапии чревато развитием кандидозного вульвовагинита, а значит, необходимы соответствующие профилактические меры. Избежать данного осложнения монотерапии возможно при применении современных комбинированных препаратов.

Второй этап лечения неспецифических вагинальных инфекций предусматривает местное применение пробиотиков. В настоящее время в нашей стране накоплен большой опыт их использования для лечения этой группы заболеваний, что отмечено в федеральных рекомендациях [15]. Доказаны целесообразность и эффективность назначения живых молочнокислых бактерий с целью восстановления микробиоценоза влагалища при лечении неспецифического вагинита, бактериального вагиноза и кандидозного вульвовагинита (в виде вагинальных суппозиторий, содержащих не менее 10^6 - 10^7 КОЕ/мл живых лактобацилл).

В нескольких зарубежных исследованиях также была по достоинству оценена клиническая и микробиологическая эффективность вагинального применения лактобацилл для восстановления нормальной микробиоты влагалища [16]. В то же время, назначение этих препаратов без предварительного I этапа бесперспективно, поскольку привносимым извне молочнокислым культурам попросту не достанется экологической ниши — конкуренция между микроорганизмами очень высока.

Цель работы — оценить эффективность применения нового комбинированного препарата гелевой формы при вагинальных инфекциях у беременных.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 200 беременных женщин с вагинальными инфекциями. Основную группу составили 100 женщин, получавших лечение новым гелевым препаратом Метрогил плюс в течение

Корреспонденцию адресовать:

КУКЛИНА Лариса Владимировна,
644043, г. Омск, ул. Ленина, 12,
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3812) 23-02-93; +7-908-103-22-22.
E-mail: kuklinalara@mail.ru

5 дней. В группу сравнения вошли 100 пациенток, которым проводили лечение препаратом Клион-Д 100. Препарат назначали по 1 таб. интравагинально в течение 10 дней (1 таб: Метронидазол 100 мг + Миконазол нитрат 100 мг). Исследование проводилось на базе БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр» г. Омска.

Вагинальные инфекции обнаружены в конце первого, начале второго триместра беременности (12-15 недель). Проведен анализ индивидуальных карт беременных, историй родов, историй новорожденных. Изучали анамнез, проводили осмотр шейки матки при помощи зеркал, расширенную кольпоскопию, микроскопическое исследование отделяемого влагалища, PАП-тест, бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала, тесты скрининг-диагностики (рН-метрия, аминотест с 10 % КОН), определение антител к бледной трепонеме в крови, ВИЧ. Исключали наличие возбудителей основных инфекций, передаваемых половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) с использованием мультиплексного набора реагентов «АмплиСенс N. gonorrhoeae / C. Trachomatis / M. genitalium / T. vaginalis-МУЛЬТИПРАЙМ-FL». Для расширенной характеристики состояния микрофлоры влагалища использовали наборы реагентов серии Флороценоз, основанные на применении мультиплексной ПЦР в реальном времени, («АмплиСенс Флороценоз / Бактериальный вагиноз-FL»). Результаты указанного теста позволяли количественно охарактеризовать общее содержание бактерий, а также содержание лактобацилл, *G. vaginalis*, *A. vaginae*. Также всем беременным проводилось обследование в соответствии с приказом № 572-н от 1.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Полученные результаты интерпретировали следующим образом.

БВ устанавливался по результатам оценки в соответствии с баллами Ньюжента; на основании заключений по данным ПЦР (АмплиСенс Флороценоз / Бактериальный вагиноз-FL).

Вагинит неустановленной этиологии (неспецифический) устанавливался на основании лабораторных признаков воспаления (гиперемия при осмотре, полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) > 10 в поле зрения, соотношение ПМЯЛ к клеткам плоского эпителия (ПМЯЛ : ЭК) > 1 : 1) в отсутствие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Вульвовагинальный кандидоз устанавливался при обнаружении характерных клинических признаков, лабораторных признаков воспаления ПМЯЛ : ЭК > 1 : 1, а также обнаружении дрожжеподобных грибов при микроскопии и/или при обнаружении одного из видов *Candida* в концентрации выше 10^2 ГЭ/мл при проведении ПЦР.

Неспецифический вагинит в сочетании с бактериальным вагинозом устанавливался на основании лабораторных признаков воспаления (гиперемия при осмотре, ПМЯЛ > 10 в поле зрения, соотношение ПМЯЛ : ЭК > 1 : 1) в отсутствие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов + результаты оценки в соответствии с баллами Ньюжента; на основании заключений по данным ПЦР (АмплиСенс Флороценоз / Бактериальный вагиноз-FL).

Аэробный вагинит устанавливали при наличии клинических и лабораторных признаков воспаления ПМЯЛ : ЭК > 1 : 1, при доминировании кокковой флоры по данным микроскопии, а также при выявлении признаков неспецифического вагинита по данным ПЦР: снижение количества лактобактерий и замещение их аэробными микроорганизмами (энтеробактерии, стрептококки, стафилококки), в том случае, если последние доминировали в составе микрофлоры влагалища.

Бактериальный вагиноз + вульвовагинальный кандидоз устанавливался по результатам оценки в соответствии с баллами Ньюжента, на основании заключений по данным ПЦР (АмплиСенс Флороценоз / Бактериальный вагиноз-FL), лабораторных признаков воспаления ПМЯЛ : ЭК > 1 : 1, а также при обнаружении дрожжеподобных грибов при микроскопии и/или при обнаружении одного из видов *Candida* в концентрации выше 10^2 ГЭ/мл при проведении ПЦР.

«Норма» устанавливалась при отсутствии признаков воспаления при осмотре, нормальных результатах микроскопии (менее 10 лейкоцитов в поле зрения, палочковая флора), отсутствии патогенных и низкой концентрации условно-патогенных микроорганизмов при проведении ПЦР.

Гель Метрогил плюс вводили беременным интравагинально. Рекомендуемая доза составляла 5 г (один полный аппликатор) 2 раза в сутки (утром и вечером). Курс лечения – 5 дней. Один грамм геля содержит: Метронидазол 10 мг и Клотримазол 20 мг. Препарат комбинированный, обладает антибактериальным, противопаразитарным и противогрибковым действием.

Вторым этапом назначались лактобациллы, обеспечивающие колонизационную резистентность био-

Сведения об авторах:

КРАВЧЕНКО Елена Николаевна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии последипломного образования, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kravchenko.en@mail.ru

КУКЛИНА Лариса Владимировна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kuklinalara@mail.ru

ОХЛОПКОВ Виталий Александрович, доктор мед. наук, профессор, и.о. ректора, первый проректор, зав. каф. дерматовенерологии и косметологии, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: Ochlopkov@omsk-osma.ru

НАБОКА Маргарита Валерьевна, зам. главного врача по организационно-методической работе, БУЗОО ГКПЦ, г. Омск, Россия. E-mail: naboka_margaret@mail.ru

топа влагалища. Препарат на основе *L. Casei rhamposus* (Lcr35) лактожиналь назначали по 1 капсуле утром и вечером в течение 7 дней или по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней интравагинально.

После окончания лечения проводили повторное гинекологическое (осмотр в зеркалах) и лабораторное обследование для установления эффективности терапии. Эффективность лечения оценивалась в динамике: через 1 месяц (в 16-19 недель) и через 3 месяца (в 29-31 недели) после окончания лечения.

Для определения статистической достоверности полученных результатов использовался метод Хи-квадрат, при $p < 0,05$ результаты считались статистически значимыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток составил $29,5 \pm 4,7$ лет в основной группе и $28,9 \pm 4,2$ лет в группе сравнения. После проведенного исследования вагинального биотопа обнаружено, что чаще всего наблюдался бактериальный вагиноз: 27 % в основной группе и 28 % в группе сравнения. Признаки воспаления при микроскопии обнаружены еще у 21 % женщин основной группы и у 22 % группы сравнения, при этом причина воспаления не была обнаружена ни одним из используемых методов, что соответствовало вагиниту неустановленной этиологии. Вульвовагинальный кандидоз был диагностирован у 18 % беременных основной группы и у 17 % группы сравнения, неспецифический вагинит в сочетании с данными о наличии бактериального вагиноза — у 16 % и 15 %, соответственно. Аэробный вагинит был установлен у 10 % женщин основной группы и у 9 % пациенток группы сравнения. Бактериальный вагиноз в сочетании с признаками вульвовагинального кандидоза — у 8 % и 9 % женщин, соответственно. Следовательно, группы были идентичными по имеющимся вагинальным инфекциям у пациенток.

После проведенного лечения динамическое наблюдение за беременными показало улучшение состояния и клинической картины за счет ликвидации симптомов, имевших место на момент первого обращения, выделения прекратились через 5-6 дней, зуд, жжение исчезли через 3-5 дней. Анализ результатов исследования контрольных мазков показал эффективность лечения в основной группе 100 % случаев, о чем свидетельствовал факт заключений «норма», которая устанавливалась при отсутс-

твии признаков воспаления при осмотре, нормальных результатах микроскопии (менее 10 лейкоцитов в поле зрения, палочковая флора), отсутствии патогенных и низкой концентрации условно-патогенных микроорганизмов при проведении ПЦР, что позволило сделать вывод о клинико-лабораторной эффективности применения препарата Метрогил плюс у беременных с вагинальными инфекциями. При контрольном бактериоскопическом и культуральном исследовании материала в основной группе прослеживалась положительная динамика (уменьшение лейкоцитарной реакции и отсутствие роста факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов).

Через 1 месяц после окончания лечения (табл. 1) эффективность в основной группе составила 99 %, в группе сравнения — 94 % ($p = 0,12$), через 3 месяца после лечения рецидивы выявлены в 2 % и 10 % наблюдений, соответственно ($p = 0,02$).

В ходе исследования были оценены особенности течения беременности, осложнения родов и послеродового периода. Осложнения беременности у женщин исследуемых групп представлены в таблице 2. Плацентарные нарушения, проявляющиеся в виде задержки развития плода, гипоксии плода, угроза самопроизвольного аборта, многоводие, гестационный пиелонефрит, отеки, вызванные беременностью, и преэклампсия в совокупности наблюдались в основной группе реже, чем в группе сравнения ($p = 0,025$).

Осложнения родов и послеродового периода (преждевременное излитие околоплодных вод, преждевре-

Таблица 1
Вагинальные биотопы, обнаруженные в исследуемых группах после лечения через 1 и через 3 месяца

Вагинальные биотопы после проведенного лечения	Контроль через 1 месяц				p	Контроль через 3 месяца				p
	Основная группа		Группа сравнения			Основная группа		Группа сравнения		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
БВ	-	-	1	1,0	1,000	-	-	2	2,0	0,477
НВ	1	1,0	2	2,0	1,000	1	1,0	2	2,0	1,000
ВВК	-	-	1	1,0	1,000	-	-	1	1,0	1,000
НВ + БВ	-	-	-	-	-	-	-	2	2,0	0,477
АВ	-	-	2	2,0	0,477	1	1,0	2	2,0	1,000
БВ + ВВК	-	-	-	-	-	-	-	1	1,0	1,000
Всего	1	1,0	6	6,0	0,124	2	2,0	10	10,0	0,037

Примечание: БВ - бактериальный вагиноз, НВ - неспецифический вагинит, ВВК - вульвовагинальный кандидоз, НВ + БВ - неспецифический вагинит + бактериальный вагиноз, АВ - аэробный вагинит, БВ + ВВК - бактериальный вагиноз + вульвовагинальный кандидоз.

Information about authors:

KRAVCHENKO Elena Nikolaevna, doctor of medical sciences, professor, head of department of obstetrics and gynecology of postgraduate education, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kravchenko.en@mail.ru

KUKLINA Larisa Vladimirovna, candidate of medical sciences, assistant, department of obstetrics and gynecology of postgraduate education, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kuklinalara@mail.ru

OKHLOPKOV Vitaly Alexandrovich, doctor of medical sciences, professor, acting rector, first vice-rector, head of the department of dermatovenereology and cosmetology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: Ochlopkov@omsk-osma.ru

NABOKA Margarita Valerievna, deputy head physician on organizational-methodical work, City Clinical Perinatal Center, Omsk, Russia. E-mail: naboka_margaret@mail.ru

менные роды, хориоамнионит, гнойно-воспалительные заболевания после родов, пиелонефрит родильниц) также отмечены реже в основной группе, чем в группе сравнения (табл. 3), что связано со значительно меньшим числом возникновения рецидивов после проведенного лечения ($p = 0,004$).

ВЫВОДЫ

В современных условиях понятие нормы для микроэкологии влагалища довольно расплывчато — количественные диапазоны присутствия бактерий в вагинальной среде различаются в разы, а присутствие дрожжеподобных грибов и других факультативных микроорганизмов вполне допустимо при достижении ими определённого количественного порога. Описание микробиологии патологических сдвигов вагинального биотопа становится нелегкой задачей. Разобраться в диагностике и, тем более, коррекции равновесного сосуществования различных видов микроорганизмов, составляющих вагинальный биотоп, — сложная задача. Для расширенной характеристики состояния микрофлоры влагалища использование наборов реагентов серии Флороценоз, основанные на применении мультиплексной ПЦР в реальном времени («Ампли-Сенс Флороценоз /Бактериальный вагиноз-FL»), является целесообразным. Результаты указанного теста позволяли охарактеризовать количественно общее содержание бактерий, а также содержание лактобацилл, *G. vaginalis*, *A. Vaginae*. Полученные результаты позволили интерпретировать несколько биотопов влагалища: бактериальный вагиноз, неспецифический вагинит, вульвавагинальный кандидоз, неспецифический вагинит + бактериальный вагиноз, аэробный вагинит, бактериальный вагиноз + вульвавагинальный кандидоз.

Сегодня практически единственный доступный и адекватный способ коррекции патологического биоценоза влагалища — воздействовать на патогенные микроорганизмы противомикробными комбинированными средствами и добиваться восстановления вагинального физиологического микробиоценоза влагалища. В настоящее время наиболее оптимальным методом лечения вагинальных инфекций является двухэтапный метод коррекции вагинального биотопа. Лечение вагинальных инфекций новым препаратом гелевой формы (Метрогил плюс) у беременных женщин

Таблица 2
Осложнения беременности у женщин исследуемых групп

Осложнения беременности	Основная группа (n = 100)		Группа сравнения (n = 100)		P
	n	%	n	%	
Плацентарные нарушения: ЗРП, гипоксия плода	1	1,0	2	2,0	1,000
Угроза самопроизвольного аборта	1	1,0	3	3,0	0,614
Многоводие	1	1,0	4	4,0	0,365
Иные маркеры внутриутробной инфекции	1	1,0	2	2,0	1,000
Гестационный пиелонефрит	2	2,0	2	2,0	0,614
Отеки, вызванные беременностью	1	1,0	3	3,0	0,614
Преэклампсия	1	1,0	4	4,0	0,365
Всего	8	8,0	20	20,0	0,025

Таблица 3
Осложнения родов и послеродового периода

Осложнения родов	Основная группа (n = 100)		Группа сравнения (n = 100)		P
	n	%	n	%	
ПИОВ	15	15,0	28	28,0	0,039
Преждевременные роды	2	2,0	5	5,0	0,442
Хориоамнионит	1	1,0	2	2,0	1,000
ГВЗ после родов: лохиометра, резорбционная лихорадка	-	-	1	1,0	1,000
Пиелонефрит родильниц	-	-	1	1,0	1,000
Всего	18	18,0	37	37,0	0,004

является высоко эффективным и составляет 99 %. Количество рецидивов после лечения комбинированным препаратом в виде геля через 3 месяца составляет лишь 2 %. Анализ индивидуальных карт беременных и историй родов показал высокую терапевтическую эффективность применения Метрогил плюс при беременности, на что указывает низкая частота возникновения осложнений беременности и родов, физиологическое течение раннего послеродового периода у женщин. Следовательно, применение эффективного комбинированного препарата в лечении вагинальных инфекций позволяет снизить частоту осложнений беременности, родов и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Nikonov AP, Astsaturova OR, Chilova RA, Ishchenko AI, Rafal'skii VV. Infections in obstetrics and gynecology: diagnosis and antimicrobial chemotherapy. A manual for doctors. M.: PAgrI, 2006. 28 p. Russian (Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Чилова Р.А., Ищенко А.И., Рафальский В.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия. Пособие для врачей. М.: ПАГРИ, 2006. 28 с.)
2. Berek Dzh, Adashi I, Khillard P. red. Gynecology by Emil Novak. Translation from English. M.: Praktika, 2002. 892 p. Russian (Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. ред. Гинекология по Эмилю Новаку. Пер с англ. М.: Практика, 2002. 892 с.)
3. Rumyantseva TA, Sursyakov SA, Khayrullina GA, Chernyshova LA, Gushchin AE. Vaginal discharge in gynecological patients: etiology and approaches to diagnosis. *Obstetrics and Gynecology*. 2015; (8): 96-101. Russian (Румянцева Т.А., Сурсыков С.А., Хайруллина Г.А., Чернышова Л.А., Гушин А.Е. Вагинальные выделения у пациенток гинекологического профиля: этиология и подходы к диагностике // Акушерство и гинекология. 2015. № 8. С. 96-101.)
4. Sherrard J, Donders GG, White D, Jensen JS. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *Int. J. STD AIDS*. 2011; (8): 421-429. doi: 10.1258/ijsa.2011.011012.
5. Shireva YuV, Sandakova EA, Karpunina TI. Nonspecific aerobic vaginitis — a «new» or «old» disease? (review). *Ginekologiya*. 2010; 4(13): 154-168. Russian (Ширева Ю.В., Сандакова Е.А., Карпунина Т.И. Неспецифический аэробный вагинит — «новое» или «старое» заболевание? (обзор) // Гинекология. 2010. №4 (13). С. 154-168.)

6. Sobel JD, Subramanian C, Foxman B, Fairfax M, Gyax SE. Mixed Vaginitis – More than coinfection and with therapeutic implications. *Curr. Infect. Dis. Rep.* 2013; 15(2): 104-108. doi: 10.1007/s11908-013-0325-5.
7. Bebneva TN, Dobretsova TA. Mixed vaginal infections: a new ideology. Ed. VE Radzinskogo i AM Savichevoy. 2016. 24 p. Russian (Бибнева Т.Н., Добрецова Т.А. Смешанные вагинальные инфекции: новая идеология. Под ред. В.Е. Радзинского и А.М. Савичевой. 2016. 24 с.)
8. Kravchenko EN. Immunocorrective therapy in the complex treatment of nonspecific bacterial vaginitis. *Obstetrics and Gynecology: news, views, education.* 2015; (1): 49-54. Russian (Кравченко Е.Н. Иммунокорректирующая терапия в комплексном лечении неспецифического бактериального вагинита //Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 49-54.)
9. Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. Prognosis and Treatment of Desquamative Inflammatory Vaginitis. *Obstet. Gynecol.* 2011; 117(4): 850-855. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182117c9e.
10. Radzinskiy VE, Ordiyants IM. Two-stage therapy of vaginal infections. М.: Redaktsiya zhurnala Status Praesens. 2012. 16 p. Russian (Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2012. 16 с.)
11. Radzinskiy VE, Ordiyants IM. Investigation of BIOS: a comparative evaluation of various treatment regimens for bacterial vaginosis and non-specific vulvovaginitis. *Status Praesens.* 2013; 1(12): 52-55. Russian (Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Исследование BIOS: сравнительная оценка различных схем лечения бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита //Status Praesens. 2013. № 1(12). С. 52-55.)
12. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015: Recommendations and Reports. CDC, 2015. 138 p.
13. Schwabke JR, Desmond R. A randomized trial of metronidazole in asymptomatic bacterial vaginosis to prevent the acquisition of sexually transmitted diseases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196(6): 517.e1-6.
14. Management of Vaginal Discharge in Non-Genitourinary Medicine Settings: Clinical Effectiveness Unit February 2012. – URL: <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceVaginalDischarge.pdf>
15. Federal clinical guidelines for managing patients with bacterial vaginosis. М.: Minzdrav Rossii, 2013. 16 p. Russian (Федеральные клинические рекомендации по ведению больных бактериальным вагинозом. М.: Минздрав России, 2013. 16 с.)
16. Donders GG, Zozzika J, Rezeberga D. Treatment of bacterial vaginosis: what we have and what we miss. *Expert. Opin. Pharmacother.* 2014; 15(5): 645-657. doi: 10.1517/14656566.2014.881800. Epub 2014 Feb 28.

