

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

7. Kulier R, Helmerhorst FM, Maitra N et al. Effectiveness and acceptability of progestogens in combined oral contraceptives – a systematic review. *Reprod Health* 2004; 1 (1): 1.
8. Parsey KS, Pong A. An open-label, multicenter study to evaluate Yasmin, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenone, a new progestogen. *Contraception* 2000 61 (2): 105–11.
9. Apter D, Borsos A, Baumgärtner W et al. Effect of an oral contraceptive containing drospirenone and ethinylestradiol on general well-being and fluid-related symptoms. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8 (1): 37–51.
10. Bitzer J, Paoletti AM. Added benefits and user satisfaction with a low-dose oral contraceptive containing drospirenone: results of three multicentre trials. *Clin Drug Investig*. 2009; 29 (2): 73–8.
11. Gruber DM, Huber JC, Melis GB et al. A comparison of the cycle control, safety, and efficacy profile of a 21-day regimen of ethinylestradiol 20 µg and drospirenone 3mg with a 21-day regimen of ethinylestradiol 20 µg and desogestrel 150 µg. *Treat Endocrinol* 2006; 5 (2): 115–21.
12. Аганезова Н.В., Линде В.А. Клинический опыт применения комбинированного монофазного орального контрацептива с дроспиреноном при синдроме предменструального напряжения. *Проблемы репродукции*, 2008; 1: 66–72.
13. Rapkin AJ. YAZ in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Reprod Med* 2008; 53 (Suppl 9): 729–41.
14. Сасунова Р.А., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром. *Гинекология*, 2010; 6 (12), 34–8.
15. van Vloten WA, van Haselen CW, van Zuuren EJ et al. The effect of 2 combined oral Contraceptives containing either drospirenone or cyproterone acetate on acne and seborrhea. *Cutis* 2002; 69 (Suppl. 4): 2–15.
16. Соболева Е.Л. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон или ципротерона ацетат, в терапии угревой сыти. *Журн. акушерства и женских болезней*, 2009; 2: 53–6.
17. Gaspard U, Endrikat J, Desager JP et al. A randomized study on the influence of oral contraceptives containing ethinylestradiol combined with drospirenone or desogestrel on lipid and lipoprotein metabolism over a period of 13 cycles. *Contraception* 2004; 69 (4): 271–8.
18. Foidart JM, Wuttke W, Bouw GM et al. A comparative investigation of contraceptive reliability, cycle control and tolerance of two monophasic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5 (2): 124–34.
19. Huber J, Foidart JM, Wuttke W et al. Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5 (1): 25–34.

Эффективность терапии воспалительных заболеваний органов малого таза

О.Г.Пекарев

Новосибирский государственный медицинский университет

Резюме

Предпосылки: распространенность воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у россиянок достигает 60%.

Цель: сравнить возможности ступенчатой терапии Зофлосом (офлоксацином) с обычным лечением ВЗОМТ.

Методы: в исследование включили 30 случаев ВЗОМТ, рандомизированных на 2 группы: в 1-й группе 15 пациенток получали Зофлоск парентерально 200 мг 2 раза в сутки до нормализации температуры, затем внутрь по 400 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 сут; во 2-й группе 15 пациенток получали комплексную стандартную терапию ВЗОМТ.

Результаты: количество лейкоцитов, СОЭ и температура тела в 1-й группе нормализовались быстрее, чем во 2-й.

Заключение: Зофлоск можно рекомендовать при ВЗОМТ в форме ступенчатой терапии, что повышает качество жизни и экономит стоимость лечения.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, ступенчатая терапия, Зофлоск, офлоксацин.

Efficacy of Zoflox in management of pelvic inflammatory diseases

O.G.Pekarev

Novosibirsk State Medical University

Summary

Background: about 60% of Russian women sustain inflammatory diseases of pelvic organs.

Aims: to evaluate feasibility of sequential therapy as compared to routine regimens.

Methods: thirty nonpregnant patients with inflammatory disease of pelvic organs were enrolled into this study and randomized into two treatment arms as follows: group 1 (n=15) were administered Zoflox (ofloxacin) 200 mg b.i.d. parenterally until the body temperature was normalized, further 400 mg b.i.d. orally for 7–10 days; and group 2 (n=15) received routine complex therapy.

Results: white blood cell count, erythrocyte sedimentation rate and body temperature normalized in group 1 faster, than in group 2.

Conclusions: sequential therapy with Zoflox proved to be more effective and cheaper than traditional regimens. Sequential therapy with Zoflox is economically feasible while improving patient's quality of life.

Key words: inflammatory diseases of pelvic organs, sequential therapy, Zoflox, ofloxacin.

Сведения об авторе

Пекарев Олег Григорьевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета, главный акушер-гинеколог Минздрава РФ в Сибирском федеральном округе.

E-mail: ogpekarev@online.nsk.su

Частота инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у россиянок достигает 60%, т.е. ежегодное у порядка 34,5 млн женщин проявляются вагиниты различной этиологии. Подавляющее большинство из них – женщины репродуктивного возраста. Таким образом, инфекционно-воспалительные

заболевания половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. При этом воспалительные заболевания влагалища и вульвы являются самой частой причиной обращения к акушеру-гинекологу. На их долю приходится до 65% всех случаев гинекологической заболеваемости. Современные

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

представления о структуре вагинальных инфекций включают 3 основных заболевания: бактериальный вагиноз, на долю которого приходится до 50%, вагинальный кандидоз, которым страдает каждая третья пациентка (35%) и урогенитальный трихомониаз, встречающийся в 10% случаев.

Коварство вагинальной инфекции заключается в том, что у подавляющего большинства женщин (95%) отмечаются жалобы только на длительные бели без существенного нарушения качества жизни. Подобная клиническая картина наблюдается и у 37% беременных. Вот почему смешанный характер инфекционных заболеваний гениталий, а также вирусно-бактериальные ассоциации приводят к отсутствию критериев для определения лидирующего агента. В 70% стертые формы бактериальных инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий и латентные вирусные инфекции приводят к образованию аутоиммунных нарушений и синдрому «потери плода».

В структуре перинатальной смертности до 30% занимают дети, умершие в результате инфекционных процессов. При этом у большей части новорожденных имеется врожденная инфекция, которой они заражаются от матери при синдроме инфицированных околоплодных вод, либо во время родов. Зачастую из-за отсутствия в практике селективных микробиологических сред и вирусологических тест-систем этиологический агент вообще не может быть выявлен. При системном применении антибиотиков высок риск развития дисбиозов и культивирования устойчивых штаммов микроорганизмов.

Что же касается воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), то они относятся к группе наиболее тяжелых заболеваний в современном мире. Спектр воспалительных заболеваний верхнего отдела женского репродуктивного тракта включает различные комбинации эндометрита, сальпингита, тубоовариального абсцесса и тазового перитонита. В США ВЗОМТ ежегодно являются причиной 2,5 млн визитов к врачу, 200 тыс. госпитализаций и 100 тыс. хирургических вмешательств. В России женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% амбулаторных гинекологических больных и до 30% госпитализированных. В развивающихся странах данный вид патологии обуславливает до 94% заболеваемости, связанной с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), частота которых, по данным Всемирной организации здравоохранения, достигла в 1999 г. 340 млн случаев.

Антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия у больных ВЗОМТ, особенно гнойными, является одним из звеньев лечебного процесса и должна применяться в комплексе лечебных мероприятий, в том числе и при использовании своевременного и адекватного объема хирургического вмешательства, направленного на удаление очага деструкции.

Офлоксацин

Один из рекомендуемых препаратов – офлоксацин, противомикробный препарат широкого спектра действия из группы фторхинолонов. Действует на бактериальный фермент – ДНК-гиразу, обеспечивающую сверхспирализацию и стабильность ДНК бактерий (дестабилизация цепей ДНК приводит к их гибели). Оказывает бактерицидный эффект.

Препарат активен в отношении микроорганизмов, продуцирующих β-лактамазы и быстрорастущих атипичных микобактерий.

Показанием к применению препарата являются инфекционно-воспалительные заболевания:

- дыхательных путей (бронхит, пневмония);
- ЛОР-органов (синусит, фарингит, средний отит, ларингит);
- кожи и мягких тканей;
- костей и суставов;
- брюшной полости (включая инфекции желудочно-кишечного тракта) и желчевыводящих путей;

Таблица 1. Распределение нозологии в 1 и 2-й группах

Нозология	1-я группа (n=15)	2-я группа (n=15)
Трубно-яичниковый абсцесс	7 (47%)	5 (34%)
Воспалительные заболевания придатков	4 (27%)	3 (20%)
Метроэндометриты	4 (27%)	7 (47%)

- почек (пиелонефрит) и мочевыводящих путей (цистит, уретрит);
- **органов малого таза (эндометрит, сальпингит, оофорит, цервицит, параметрит, простатит) и половых органов (кольпит, орхит, эпидидимит);**
- **гонорея;**
- **хламидиоз.**

Существует большое количество антимикробных препаратов, их номенклатура насчитывает около 200 наименований (около 150 зарегистрированы в России), и это число постоянно увеличивается. Каждый год появляются 1–2 новых препарата, многие из них пополняют арсенал антимикробных лекарственных средств. Одна из главных причин поиска новых соединений – возрастающая с каждым годом резистентность микробов к антимикробным препаратам, причем ее выраженность бывает настолько велика, что многие широко применяемые лекарственные средства теряют свою значимость при лечении ряда инфекций.

Поэтому специалистов привлекают химиотерапевтические препараты, обладающие широким противомикробным спектром действия. Универсальность такого рода лечебных средств позволяет с минимальным риском ошибки использовать их в качестве «скорой помощи» при невозможности быстро верифицировать возбудителя воспалительного процесса.

«Идеальный» противовоспалительный препарат, рекомендуемый для лечения ВЗОМТ, должен обладать:

- широким спектром действия;
- хорошей переносимостью.

Зофлукс

Одним из препаратов, отвечающих указанным требованиям в акушерско-гинекологической практике, является Зофлукс (офлоксацин). В этой связи были поставлены следующие задачи:

1. Провести анализ эффективности ступенчатой терапии фторхинолонового препарата Зофлукс для комплексного лечения у пациентов с ВЗОМТ.
2. Провести сравнительный анализ эффективности комплексного лечения у пациентов с ВЗОМТ с использованием антибиотиков III поколения цефалоспоринового ряда.

Дизайн исследования

Под наблюдением находилось 30 пациенток с ВЗОМТ, которые получали комплексную терапию. В зависимости от группы антибиотика, женщины были разделены на 2 группы:

- 1-я группа (основная) состояла из 15 пациенток с ВЗОМТ, которые получали антибактериальную терапию в ступенчатом режиме, т.е. до нормализации температуры тела получали Зофлукс по 200 мг 2 раза в сутки, а после нормализации температурной реакции переходили на прием таблеток по 400 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней.
- 2-я группа (контрольная) включала 15 женщин, получавших комплексную стандартную терапию ВЗОМТ.

Оценка эффективности была проведена на основании клинического осмотра, ультразвукового исследования и параклинических лабораторных данных.

Материалы и методы

В исследование были включены пациентки, проходившие стационарное лечение на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Новоси-

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Таблица 2. Основные показатели в 1 и 2-й группах

Показатели	1-я группа (n=15)	2-я группа (n=15)
Возраст, лет	30±9 (от 20 до 46)	31±9 (от 21 до 47)
Сроки госпитализации, сут	10±5 (от 4 до 19)	8±4 (от 3 до 17)
Количество лейкоцитов в крови при поступлении, ×10 ⁹ мл	10,8±2,4 (от 6,2 до 15,7)	8,5±3,0 (от 4,4 до 20,5)
Количество лейкоцитов в крови после лечения, ×10 ⁹ мл	7,0±2,0 (от 4,0 до 10,2)	6,7±1,8 (от 4,0 до 10,1)
СОЭ при поступлении, мм/ч	28±12 (от 12 до 52)	15±17 (от 3 до 17)
СОЭ после лечения, мм/ч	29±16 (от 10 до 70)	9±5 (от 2 до 18)
Сроки нормализации температуры тела	1,03±0,1 (от 1 до 2)	2,6±0,3 (от 1 до 4)

бирского государственного медицинского университета (отделение №3 МБУЗ ГБ №2) по поводу ВЗОМТ. В обеих группах регистрировались следующие показатели: возраст, сроки госпитализации в стационар, количество лейкоцитов крови до и после лечения, СОЭ, сроки нормализации температуры тела. Результаты приведены в табл. 1 и 2, данные указаны в форме $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартное отклонение, диапазон значений.

Результаты

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и нозологиям (использовался критерий Стьюдента и точный критерий Фишера – статистически достоверных различий не получено). Средняя продолжительность госпитализации пациенток в 1-й группе была выше, чем во 2-й (10 и 8 сут соответственно), однако при статистическом анализе значимых различий не выявлено, что очевидно объясняется небольшим числом пациенток в обеих выборках и высокой дисперсией данного параметра в группах. При анализе исходного уровня лейкоцитоза было получено статистически значимое различие в 1 и 2-й группах ($p < 0,05$). Также исходная СОЭ в 2-й группе была статистически значимо выше ($p < 0,05$). Уровни лейкоцитоза после лечения статистически не различались. Динамика снижения СОЭ после лечения также отличалась в обеих группах ($p < 0,05$), **при этом сроки нормализации температуры тела у пациенток 1-й группы были достоверно меньше, что безусловно указывало на большую эффективность ступенчатой терапии Зофлосом по сравнению с цефалоспоридами III поколения.**

Обсуждение и выводы

Полученные в ходе нашего исследования данные можно интерпретировать следующим образом: во-первых, офлоксацин широко применяется в терапии ВЗОМТ; во-вторых, офлоксацин назначается пациенткам с более тяжелым течением заболеваний (большой срок пребывания в стационаре, значимые различия в уровне лейкоцитоза до лечения); в-третьих, офлоксацин показал свою клиническую эффективность (сроки нормализации клинико-лабораторных показателей в 1 и 2-й группах не различались при значимом различии в исходных состояниях). Различие между группами по динамике изменения СОЭ можно объяснить высокой вариабельностью и низкой специфичностью данного показателя.

Наши данные показали высокую эффективность препарата Зофлос для терапии ВЗОМТ. К преимуществам данного препарата следует отнести создание высокой концентрации препарата непосредственно в очаге воспаления, быстрое действие, отсутствие системных эффектов, безопасность, хорошую переносимость, а также возможность назначения при экстрагенитальной патологии.

В заключение следует отметить, что, учитывая хорошую переносимость, препарат можно рекомендовать женщинам с ВЗОМТ в виде ступенчатой терапии, поскольку температура нормализу-

ется даже при грозной воспалительной патологии уже в первые сутки и далее пациентки могут принимать препарат per os, что значительно повышает качество жизни и экономит стоимость лечения.

Список использованной литературы

1. Еришов Г.В., Бочкарев Д.Н. и др. *Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* 2004; 6 (2): 201–3.
2. Иванова М.А. *Обзор ЦНИИОИЗ Росздрава.* 2007.
3. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (акушерство, гинекология и перинатология) – 10-й пересмотр, ВОЗ, 2004.*

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

4. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии. М., 2003.
5. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Руководство для практических врачей. Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. М.: Литтерра, 2005, с. 724–7.
6. Савельева И.С. Инфекционно-воспалительные поражения женских половых органов и дисменорея. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов. РМЖ. 1999; 7: 3.
7. Серов В.Н., Тихомиров А.Л. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов. Методическое пособие. М., 2002.
8. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. Под ред. Г.М. Савельевой. М.: МИА, 2006.
9. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. 2002.
10. Стратегия в области репродуктивного здоровья. Материалы ВОЗ. Женева, 2006.
11. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций. Гинекология. 2004; 6 (6).
12. Abele-Horn M, Scholz M et al. *U. urealyticum* colonization as risk factor for chorioamnionitis and preterm delivery. *Acta Obstet Gyn Scand* 2000; 79: 973–8.
13. Abele-Horn M, Wolff C et al. Association of *U. urealyticum* biovars with clinical outcome for neonates, obstetric patients and gynecological patients with PID. *J Clin Microbiol* 1997; 35: 1199–202.
14. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006, August 4. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports* 2006; 55: RR-11.
15. Dino Petrin, Kiera Delgaty, Renuka Bhatt, Gary Garber. *Clin Microbiol Rev* 1998; 4.
16. Jeffrey F. Peipert, *Genital Chlamydial Infections. NEJM* 2003; 15.
17. Sorvillo F, Smith L, Kerndt P et al. *Trichomonas vaginalis, HIV, and African-Americans. CDC* 2001; 7 (6).
18. Waites KB, Katz B, Schelonka RL. *Mycoplasmas and Ureaplasmas as Neonatal Pathogens. Clin Microb* 2005; 18 (4): 757–89.
19. Wiesenfeld HC, Hillier SL et al. *Genital Infections and endometritis. Obstet Gynecol* 2002; 100 (3): 456–63.

Роль эстриола в поддержании биоценоза влагалища

Т.Н.Бибнева, А.Б.Летуновская

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова
Минздравсоцразвития РФ, Москва

Резюме

В обзоре рассмотрены вопросы нормального биоценоза влагалища, его изменения в связи с возрастом и фазой менструального цикла, а также причины и механизмы его нарушений. Вагинальную флору может нормализовать препарат Гинофлор Э, содержащий *Lactobacillus acidophilus* и эстриол.

Ключевые слова: биоценоз влагалища, эстриол, Гинофлор.

Estradiol and a maintenance of vaginal biocenosis

T.N.Bebneva, A.B.Letunovskaja

Federal State Institution V.I.Kulakov State Research Centre for obstetrics, gynecology and perinatology of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

Summary

The review covers such issues as normal vaginal biocenosis, its changes in connection with age and a phase of menstrual cycle, the reasons and mechanisms of its disbalance as well as approach to treatment with Gynoflor, containing *Lactobacillus acidophilus* and estriol.

Key words: vaginal biocenosis, estriol, Gynoflor.

Сведения об авторах

Бибнева Тамара Николаевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. научно-поликлинического отделения ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ

Летуновская Анна Борисовна – врач акушер-гинеколог ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ

Влагалище представляет собой микроэкосистему, особенности которой определяются анатомическим строением, гистологической структурой слизистой оболочки, биологическими свойствами влагалищной жидкости, вагинальной микрофлорой. Функционирование и слаженное взаимодействие всех звеньев микроэкосистемы обеспечивается деятельностью иммунной, эндокринной систем и зависит от факторов как внутренней, так и внешней среды.

Микрофлора

Качественный и количественный состав влагалищной микрофлоры подвержен различным изменениям, так, например, в течение менструального цикла в связи с колебаниями секреции половых гормонов дни доминирования

лактобацилл сменяются днями преобладания гарднерелл и бифидобактерий. Изменения вагинального биотопа и pH содержимого влагалища наблюдаются во время менструации за счет излития менструальной крови, а также после полового акта из-за щелочной реакции спермы. На состав микрофлоры влагалища, как качественный, так и количественный, могут оказывать воздействие особенности туалета половых органов, степень половой активности, а также всевозможные способы контрацепции.

Эпителлий

Состояние эпителия прежде всего определяется уровнем стероидных гормонов (в первую очередь эстрогенов), влияние которых опосредовано через фермент – лактатдегидрогеназу. На протяжении всей жизни женского орга-