

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Л.Ф. Можейко, У.Ф. Рунец, В.С. Далидович

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

### Реферат

Ранний репродуктивный период характеризуется высокой частотой инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, что обусловлено поведенческими факторами (курение, ранняя сексуальная активность, частая смена половых партнеров). При этом снижается не только качество жизни молодых женщин, но нередко, при отсутствии своевременного лечения, могут развиваться воспалительные заболевания органов малого таза, аномальные маточные кровотечения, нарушения репродуктивной функции, невынашивание беременности. В последние годы наблюдается высокая частота рецидивирования указанной патологии, что диктует необходимость разработки новых подходов к ведению таких пациентов. Внедрение в клиническую практику двухэтапной терапии, включающей этиопатогенетическое лечение, с последующей прегравидарной метаболической подготовкой или, в случае отсутствия репродуктивных планов, – назначение современных гормональных контрацептивов способствует увеличению длительности достигнутой ремиссии и сохранению репродуктивного здоровья молодых женщин.

*Ключевые слова:* воспалительные заболевания органов малого таза, ранний репродуктивный период, качество жизни.

## MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE GENITAL ORGANS IN THE EARLY REPRODUCTIVE PERIOD

L.F. Mozheyko, U.F. Runets, V.S. Dalidovich

Educational Institution "Belarusian State Medical University"

### Abstract

The early reproductive period is characterized by a high incidence of infectious and inflammatory diseases of the female genital organs, which is attributed to behavioral factors (smoking, early sexual initiation, multiple sexual partners). This not only diminishes the quality of life for young women but also often leads to the development of pelvic inflammatory diseases (PID), abnormal uterine bleeding (AUB), impaired reproductive function, and recurrent pregnancy loss in the absence of timely treatment. In recent years, a high recurrence rate of these conditions has been observed, necessitating the development of new management strategies for such patients. The implementation of a two-phase therapeutic approach in clinical practice, comprising etiopathogenetic treatment followed by pregravitational metabolic preparation or, in the absence of reproductive plans, the administration of modern hormonal contraceptives, contributes to prolonging the achieved remission and preserving the reproductive health of young women.

*Key words:* pelvic inflammatory diseases, early reproductive period, quality of life.

### Введение

Вульвовагиниты занимают лидирующее место в структуре гинекологической заболеваемости у женщин раннего репродуктивного возраста. Среди различных форм вульвовагинитов значительное место занимают состояния, связанные с нарушением микробиоценоза влагалища, характеризующиеся резким снижением или отсутствием лактофлоры и ее замещением условно-патогенными микроорганизмами [4, 5]. По данным исследований отечественных и зарубежных авторов, нарушения вагинального микробиоценоза составляют от 30 до 50% всех вагинальных инфекций у женщин раннего репродуктивного периода [6, 7]. Причем, ключевым моментом в патогенезе рецидивирующих форм вульвовагинитов является не только микробный дисбаланс, но и нарушение системы местного иммунитета. Исследования последних лет демон-

стрируют значительную роль дефектов врожденного иммунитета, в частности, снижения продукции интерферонов и других цитокинов, в патогенезе рецидивирующих вагинальных инфекций [8, 9]. Важным аспектом терапии вульвовагинитов является выбор способа введения лекарственных препаратов. Применение вагинальных и ректальных форм позволяет создать более высокую локальную концентрацию лекарственных препаратов в очаге инфекции при минимальном системном воздействии, что особенно актуально для женщин раннего репродуктивного возраста [10, 11].

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность комплексного подхода к терапии вульвовагинитов у женщин раннего репродуктивного возраста с применением вагинальной формы метронидазола 500 мг и ректальной формы рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами витаминами E и C в дозе 1000000 ME ректально 2 раза в сутки 10 дней.

## Материалы и методы

**Дизайн исследования:** проспективное открытое сравнительное исследование. Критерии включения: женщины в возрасте 18–25 лет, вульвовагинит, подписанное информированное согласие пациентки. Критерии исключения: беременность и лактация, сахарный диабет 1 и 2 типа, тяжелая соматическая патология, прием иммуносупрессантов.

**Методы исследования:** в исследование включено 48 пациенток, которые были разделены на 2 группы. Основная группа женщин (n=25) получала комплексную терапию, включающую: свечи метронидазол 500 мг интравагинально 2 раза в сутки в течение 10 дней и свечи интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами витаминами Е и С (свечи Виферон) в дозе 1 000 000 МЕ ректально 2 раза в сутки в течение 10 дней. Пациенты группы сравнения (n=23) получали свечи метронидазол 500 мг интравагинально 2 раза в сутки в течение 10 дней.

**Методы оценки эффективности:** оценка клинических симптомов (зуд, жжение, характер выделений) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), микроскопия вагинального отделяемого, рН-метрия вагинального отделяемого, оценка характера менструальной функции, статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента и  $\chi^2$ .

## Результаты и их обсуждение

### Клиническая эффективность

При первичном обращении все пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, которые усиливались после полового акта и во время менструации. Выделения имели беловато-серый цвет, жидкую гомогенную консистенцию, равномерно покрывали стенки влагалища. У 66,7% пациенток обеих групп отмечался зуд и жжение в области вульвы и влагалища, у 79,1% – диспареуния, у 62,5% – дизурические явления.

В основной группе на фоне применения вагинальной формы препарата метронидазол в свечах 500 мг в сочетании с ректальным введением интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами витаминами Е и С в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки, было отмечено более быстрое купирование клинических симптомов. Так, к 3–4 дню терапии зуд и жжение полностью исчезли у большинства пациенток (88,0%), в то время как в группе сравнения аналогичный показатель наблюдался в 2 раза реже и составил 43,5% ( $p < 0,01$ ). К 5-му дню терапии у 92,0% пациенток основной группы влагалищные выделения стали скудными, приобрели светлый и прозрачный характер, исчез неприятный запах. В группе сравнения аналогичная динамика отмечена лишь у 47,8% пациенток. На 10-й день лечения в основной группе полное купирование клинических симптомов наблюдалось у 24 пациенток (96,0%), в группе сравнения – у 15 (65,2%) женщин ( $p < 0,01$ ). У пациенток основной группы полно-

стью восстановился нормальный характер выделений (скудные, молочного цвета, без запаха).

### Лабораторные показатели

При микроскопии вагинального отделяемого до начала лечения у всех пациенток отмечалось снижение количества лактобактерий, наличие ключевых клеток, обильная неспецифическая полиморфная бактериальная микрофлора. После проведенного лечения в основной группе нормализация микробиоценоза достигнута у 24 (96,0%) пациенток основной группы и у 17 (73,9%) женщин группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

Применение комплексной схемы лечения: свечи метронидазол в дозе 500 мг интравагинально в сочетании с ректальным введением свечей Виферон в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней способствовало более быстрому восстановлению рН влагалищной среды ( $\leq 4,5$ ) – к 5-му дню терапии у 92,0% пациенток основной группы, против 60,9% у женщин группы сравнения, которые принимали монотерапию: свечи метронидазол 500 мг интравагинально в течение 10 дней.

### Переносимость терапии

У женщин основной группы при использовании сочетанной схемы лечения не зарегистрировано системных побочных эффектов. В тоже время, у 4 (17,4%) пациенток группы сравнения отмечались диспепсические явления на фоне вагинального введения метронидазола в дозе 500 мг 2 раза в день, начиная с 5 суток лечения.

### Отдаленные результаты

При наблюдении в течение 6 мес. рецидив вульвовагинита был зарегистрирован: у 2 (8,0%) женщин основной группы и у 11 (47,8%) пациенток группы сравнения. Различия оказались статистически значимыми ( $p < 0,01$ ).

### Профилактика рецидивов

Особое внимание в проведенном исследовании нами уделялось дальнейшей тактике ведения молодых женщин. С учетом репродуктивных планов, среди обследованных нами женщин раннего репродуктивного возраста применялся дифференцированный подход к тактике ведения. При планировании беременности назначали мио-инозитол в сочетании с D-хироинозитолом (1:5), альфа-липоевой кислотой, фолиевой кислотой, витамином D3, селеном и цинком (Фертисан) в течение 2–3-х месяцев, что не только способствовало нормализации метаболических процессов и восстановлению овариальной функции, но и создавало оптимальные условия для наступления и развития беременности. Комплексный препарат Фертисан корригирует нарушения углеводного обмена, которые нередко лежат в основе рецидивирующих вагинальных инфекций. Женщинам, не планирующим в ближайшее время беременность с целью контрацепции, назначали современный низкодозовый комбинированный оральная контрацептив (КОК), содержащий дроспиренон 3 мг и этинилэстрадиол 0,02 мг (Дронис), который не только обеспечивал надежную контрацепцию,

но и способствовал стабилизации гормонального фона, нормализации менструальной функции и созданию условий для восстановления нормального микробиоценоза влагалища. Доказано, что противовоспалительные свойства современных низкодозированных КОК с дроспиреноном дополнительно способствуют поддержанию нормального биоценоза влагалища.

Полученные результаты демонстрируют преимущества комплексной сочетанной терапии в лечении вульвовагинитов у женщин раннего репродуктивного возраста. Собственные исследования и результаты других авторов Raba G. et al. (2024) подтверждают, что местная комбинированная сочетанная терапия обеспечивает значительное превосходство в достижении высокой локальной концентрации лекарственных препаратов в сравнении с монотерапией, что подтверждает более быстрое купирование клинических проявлений и нормализация лабораторных показателей [12].

Сочетанное комбинированное местное применение интравaginaльно свечей метронидазол с иммунокорригирующей терапией свечами интерферон альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С ректально патогенетически обосновано, ввиду нарушений местного иммунного ответа в патогенезе частых рецидивов вульвовагинита. Наши исследования подтверждаются данными российских авторов об эффективности указанной терапии [13].

## Выводы

1. Применение комбинированной сочетанной местной терапии, включающей свечи метронидазол 500 мг интравaginaльно в сочетании с ректальным введением суппозитория интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами витаминами Е и С (Виферон) в дозе 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки, при лечении вульвовагинитов у женщин раннего репродуктивного возраста позволяет достичь более быстрого купирования клинических симптомов (к 3-4 дню у 88,0% пациенток) и восстановления нормального характера вагинальной флоры в сравнении с монотерапией свечами метронидазол 500 мг интравaginaльно 2 раза в сутки в течение 10 дней.

2. Комплексная терапия с включением локальной антимикробной терапии вагинальным метронидазолом и иммунокорригирующей терапией интерфероном альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами витаминами Е и С ректально позволяет снизить частоту рецидивов вульвовагинита в течение 6 мес наблюдения.

3. Дифференцированный подход к ведению пациентов раннего репродуктивного возраста с учетом их репродуктивных планов, предусматривающий назначение препарата Фертисан при планировании беременности и современного низкодозированного КОК Дронис в случаях необходимости контрацепции, обеспечивает увеличение длительности достигнутой ремиссии и сохранение репродуктивного здоровья молодых женщин, что важно для укрепления демографических показателей Республики Беларусь.

## Список литературы

1. Peebles K., Vellozo J., Balkus J.E., McClelland R.S., Barnabas R.V. High Global Burden and Costs of Bacterial Vaginosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sexually Transmitted Diseases*. 2019;46(5):304-311.
2. Turpin, R., Tuddenham, S., He, X., Klebanoff, M. A., Ghanem, K. G., & Brotman, R. M. (2021). Bacterial Vaginosis and Behavioral Factors Associated With Incident Pelvic Inflammatory Disease in the Longitudinal Study of Vaginal Flora. *The Journal of Infectious Diseases*, 224 (12 Suppl 2), S137–S144.
3. Яткова Н.П. Рецидивирующий бактериальный вагиноз. *Проблемы здоровья и экологии*. 2024; 21(2): 7-14.
4. Muzny C.A., Sobel J.D. Understanding and preventing recurring bacterial vaginosis: important considerations for clinicians. *Int. J. Womens Health*. 2023; 15: 1317-25. <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S383333>
5. Muzny C.A., Schwebke J.R. Asymptomatic bacterial vaginosis: to treat or not to treat? *Curr. Infect. Dis. Rep*. 2020; 22(12): 32. <https://dx.doi.org/10.1007/s11908-020-00740-z>
6. Shroff S. Infectious vaginitis, cervicitis, and pelvic inflammatory disease. *Med. Clin. North Am*. 2023; 107(2): 299-315. <https://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2022.10.009>.
7. Хасаншина З.Р., Богачева Н.В. Влияние особенностей микробиома органов малого таза на репродуктивное здоровье женщины // *Вестник Пермского университета. Сер. Биология*. 2025. Вып. 1. С. 59-68. <http://dx.doi.org/10.17072/1994-9952-2025-1-59-68>.
8. Williams A, Ravel J, Armstrong E, et al. Temporal dynamics of the vaginal microbiome and host immune markers before, during, and after metronidazole treatment for bacterial vaginosis. *mSystems*. 2025; 10 (7): e0038025. doi:10.1128/mSystems.00380-25
9. Anahtar, M.N., Byrne, E.H., Doherty, K.E., Bowman, B.A., Yamamoto, H.S., et al. (2015). Cervicovaginal bacteria are a major modulator of host inflammatory responses in the female genital tract. *Immunity*, \*42\*(5), 965–976. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2015.04.019>
10. Chavoustie, S.E., Eder, S.E., Koltun, W.D., Lemon, T.R., Mitchell, C., et al. (2017). Experts explore the state of bacterial vaginosis and the unmet needs facing women and providers. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, \*137\*(2), 107–109. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12114>
11. Дикке Г.Б., Козлов Р.С., Царьков П.В., Олина А.А., Гомберг М.А., и др. Бактериальный вагиноз. Современные стратегии восстановления и сохранения здоровой микробиоты влагалища. Учебное пособие. М.: АБВ-пресс; 2024. 204 с.
12. Efficacy of dequalinium chloride vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis: a randomized clinical trial / G. Raba, A. Durkech, T. Malík [et al.] ; Fluomizin Study Group // *JAMA Network Open*. – 2024. – Vol. 7, iss. 5. – P. e248661. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.8661.
13. Байрамова Г.Р., Андреев А.О., Кечерукова И.Б. Современные возможности комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища в практике акушера-гинеколога. *Акуш. и гин*. 2024; 8: 127-132.

Поступила: 10.11.2025 г.

Принята в печать: 08.12.2025 г.