

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«Научно- исследовательский Центр курортологии  
и реабилитации  
Федерального медико- биологического Агентства России  
(ОГРН 1022302836093)**

---

**Библиотечная серия: «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»**

---

**Раздел: «ИНФОРМАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ»**

---

**На правах рукописи**

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО**

**ФИЛИПШОВ Е.Ф., ФРОЛОВА О.Б.**

**Иммуностимулирующая функция талассопроцедур, грязелечения  
и бальнеотерапии как методологический инструментарий  
профилактики относительного бесплодия у пациенток  
с хроническими вульвовагинитами.**

**СОЧИ -2011**

Настоящее информационное письмо выполнено в клиническом отделе изучения влияния природных и преформированных физических лечебных курортных факторов на организм человека Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) Черноморского зонального управления специализированных санаториев Федерального медико-биологического Агентства Российской Федерации. (ОГРН 1022302836093)

---

УТВЕРЖДЕНО РЕШЕНИЕМ НАУЧНО- МЕТОДИЧЕСКОЙ КОМИССИИ  
ФГУ «Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи)  
Черноморского зонального управления специализированных санаториев ФМБА России  
(протокол № 56/05- ИП от 21.01.2011)



Основные содержательные составляющие научной полемики при позиционировании врачебно-тактической преемственности реабилитационных мероприятий для больных герпетическими инфекциями женского полового тракта свидетельствуют о том, что выпущенные в 1999 году (и действующие поныне) «Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков» № 99/227 даже не рассматривают возможность санаторной реабилитации больных с хроническими вульвовагинитами герпесвирусной этиологии. По крайней мере, в подразделе «Болезни мочеполовой системы», названных Медицинских показаний, утвержденных МЗ РФ, нет ссылок на технологии использования физических лечебных факторов многочисленных российских курортов как восстановительной терапии подобных больных. Однако исследования последних 10 лет, проведенные известными российскими курортологами и физиотерапевтами дают возможность не только сформировать научную гипотезу о целесообразности использования природных иммуномодуляторов в комплексном восстановительном лечении пациенток с хроническими вульвовагинитами герпесвирусной этиологии, но и спланировать практический эксперимент задействования для них в здравницах Краснодарского края процедур аэро-, гелио-, ландшафтотерапии, комбинаторных форм сероводородных бальнеопроцедур, грязелечения и аппаратного физиолечения в целях профилактики относительного бесплодия.

## **Введение.**

В рамках обзора литературных и официальных источников представлены основные содержательные компоненты научной полемики при позиционировании врачебно-тактической преимущества реабилитационных мероприятий для больных герпетическими инфекциями женского полового тракта. В частности, обсуждая проблему иммуностимулирующей функции талассопродур и бальнеотерапии (как методологического инструментария профилактики относительного бесплодия у пациенток с хроническими вульвовагинитами), отечественный исследователь Л.А. Лаврухина (2009) отмечает: «наиболее обоснованным применением иммуномодуляторов представляется при иммунодефицитах, проявляющихся повышенной инфекционной заболеваемостью. Главной мишенью иммуномодулирующих препаратов остаются вторичные иммунодефициты, которые проявляются частыми рецидивирующими, трудно поддающимися лечению инфекционно-воспалительными заболеваниями всех локализаций и любой этиологии. В основе каждого хронического инфекционно-воспалительного процесса лежат изменения в иммунной системе, которые являются одной из причин персистенции этого процесса. Исследование параметров иммунной системы не всегда может выявить эти изменения. Поэтому при наличии хронического инфекционно-воспалительного процесса иммуномодулирующие препараты можно назначать даже в том случае, если иммунодиагностическое исследование не выявит существенных отклонений в иммунном статусе. Как правило, при таких процессах в зависимости от вида возбудителя врач назначает антибиотики, противогрибковые, противовирусные или другие химиотерапевтические препараты. Во всех случаях, когда противомикробные средства используются при явлениях вторичной иммунологической недостаточности, целесообразно назначать и иммуномодулирующие препараты». По свидетельству В.П.Кузнецова (2009) «основными требованиями, предъявляемыми к иммуностропным препаратам, являются: иммуномодулирующие свойства; высокая эффективность; естественное происхождение; безопасность, безвредность;

отсутствие противопоказаний; отсутствие привыкания; отсутствие побочных эффектов; отсутствие канцерогенных эффектов; отсутствие индукции иммунопатологических реакций; способность не вызывать чрезмерной сенсibilизации и не потенцировать ее у других медикаментов; легко метаболизироваться и выводиться из организма; не вступать во взаимодействие с другими препаратами и обладать высокой совместимостью с ними; иметь непарентеральные пути введения».

По свидетельству официальных источников из Минздравсоцразвития (М.П.Рыкова, 2007) «выработаны и утверждены на федеральном уровне основные принципы иммунотерапии:

1. Обязательное определение иммунного статуса до начала проведения иммунотерапии;
2. Определение уровня и степени поражения иммунной системы;
3. Контроль динамики иммунного статуса в процессе иммунотерапии;
4. Применение иммуномодуляторов только при наличии характерных клинических признаков и изменений показателей иммунного статуса».

Одним из основных компонентов (таблица 1) предложенных в рамках исследования новых технологий использования бальнеофакторов Сочи в процессе индивидуального восстановительного лечения больных хроническими вульвовагинитами герпесвирусной этиологии являлась природная минеральная сероводородная вода Мацестинского месторождения. В частности, для сероводородной бальнеотерапии (т.е. для отпуска процедур пациенткам из основной группы наблюдения) использовались природные воды **высокой минерализации** (мацестинская скважина № 2Т-2000), которые по формуле ионного состава и её специфике являлись: слабо кислыми хлоридными натриевыми, йодобромными, борными, очень крепкими сульфидными (гидросульфидно-сероводородными). Эти природные минеральные воды обеспечивали иммунокоррекцию у пациенток основной группы наблюдения (n=279, p<0,05) при назначении сероводородной бальнеотерапии (как

**Таблица 1. Минеральные воды Мацестинского месторождения, задействованные для лечения основной (скв. №2Т-2000) и контрольной (скв. №1-РЭ) групп больных хроническими вульвовагинитами герпесвирусной этиологии.**

№ скв.	Товарный знак	Формула ионного состава	Специфика, мг/дм <sup>3</sup>	ДЕ-БИТ, м <sup>3</sup> сут.	использование
№1-РЭ Ср.Ма-цеста	«Мацеста»	$M 4,7 \frac{Cl91(HCO_3^- + CO_3^{2-})6}{Na80Ca14Mg6} pH 7,$	$\Sigma H_2S 77,3$	600	водолечебницы Сочи
№2Т-2000 Ма-цеста	«Мацеста»	$M 26,7 \frac{Cl97}{Na80Ca14} pH 6,7$	$\Sigma H_2S 385,8$ I 8,5 $H_3BO_3 168,$ 9 Br 61,2	800	водолечебницы Сочи

природного иммуномодулятора) в виде общих H<sub>2</sub>S ванн (50-100-150 мг/л) 36-37°C, 8 – 10 – 12 - 15 мин (по нарастающей, № 8-10 ч/день) и наружных проточных H<sub>2</sub>S-орошений аногенитальной сферы (150 мг/л, t<sup>0</sup> =42°C, 3-5-10 мин. по нарастающей, № 8-10, ч/день). После заживления скорифицированной поверхности (т.е. появления устойчивой эпителизации) потенциальное рецидивирование herpes simplex продолжали подавлять наружным использованием грязевых аппликаций. Для этого использовалась лечебная иловая грязь Адлерского (Имеритинского) месторождения Сочи, обогащенная сероводородной водой в концентрации 350 мг/л (t=40-42°C, продолжительностью 15-20 мин., № 8 в дни свободные от общих H<sub>2</sub>S-ванн и орошений). Терапевтиче-

ская ценность талассолечения в общих немедикаментозных схемам коррекции показателей здоровья женщин с аногенитальной герпетической вирусной инфекцией рассматривалась нами (в рамках лечебно-профилактического кларирования аэро-, гелио- и морских процедур) по эксклюзивной схеме. В частности, геолитотерапия использовалась в виде одномоментных или прерывистых (общих и местных естественных солнечных ванн: в теплый период (май-сентябрь) при режиме №1 (слабого воздействия) начальная биодоза составляла 0,5 и максимальная – 1,5; при режиме №2 (умеренно интенсивный) начальная биодоза составляла 1,0, максимальная – 2,0; при режиме №3 (интенсивный) начальная доза составляла 1,5, максимальная – 2,5 биодозы (учитывая ежедневный рост биодозы не более, чем на 0,25). Кроме этого, в прохладный период гелиотерапия (в виде естественных солнечных ванн) рекомендовалась: по режиму №1 с 1,0 (начальная доза) до 2,0 биодоз максимально; по 2 режиму рекомендовалось начинать солнечные ванны с 1,25 биодозы и постепенно доводить до 2,5 биодозы максимально; по режиму № 3 – начальная доза составляла 1,75, а максимальная ограничивалась уровнем в 3,25 биодозы. Касаясь аэротерапии (как природного иммуномодулятора для больных с изучаемой патологией) следует подчеркнуть, что нами рекомендовались теплые воздушные ванны при ЭЭТ от 23° и выше (среднединамичные) при скорости ветра 1-4 м/сек (начинать с 15 мин., прибавляя ежедневно по 15 мин.) до суммарного достижения 3х часов при относительной влажности 55% (сухие) или 56-70% (умеренно сухие) индифферентные воздушные ванны (ЭЭТ=21-22°); в случае врачебного назначения слабодинамичных воздушных ванн при скорости ветра до 1 м/сек., рекомендовалось начинать эти процедуры с 10 мин., прибавляя ежедневно по 10 мин., т.е. достигая суммарно до 2-х часов в день. Иммуностимулирующая составляющая авторского курса восстановительного лечения для больных основной группы наблюдения опиралась на использование концентрированных отваров лекарственных трав и растений, произрастающих на альпийских предгорьях российского Причерноморья, включая отвары из фитосборов аралии луговой крупнолист-

ной, левзеи сафлоровидной альпийской, фиалки трехцветной горной, бутонов череды трехраздельной краснополянской и др. Названные формы иммуномодулирующей фитотерапии, а также иммунопродуцирующий эффект аэро-, гелиотерапии потенцировались процедурами ЛФК по методикам Р.А.Дмуховского, А.М.Щеголькова, Ф.Г.Баранцева (2005), что предусматривало этап задействия тонизирующих морских купаний и лечебных упражнений в воде для укрепления мышц малого таза, т.е названные морские процедуры рекомендовались первую неделю - по режиму слабого воздействия теплые ( $t^{\circ}=20-24^{\circ}$ ; 1-2-5 минут), а последующие дни - по режиму умеренно-интенсивного воздействия (теплые - 15-20 минут; умеренно-теплые 5-12 минут). Комплексное применение вышеуказанных лечебных и диагностических методов позволило в рамках представленного исследования:

- выделить основные составляющие научной полемики при позиционировании врачебно-тактической преимущества реабилитационных мероприятий для больных герпетическими инфекциями женского полового тракта;

- осуществить систематизацию понятийных характеристик научного термина «интеркуррентность природных иммуномодуляторов» в качестве магистральной компоненты процесса поликлинической и санаторной реабилитации больных герпетической инфекцией женской половой сферы, страдающих относительным бесплодием;

- разработать научные принципы лечебно-профилактического кларирования (т.е. определения терапевтической ценности) аэро-, гелио- и морских процедур в немедикаментозных схемах коррекции показателей здоровья бесплодных в браке женщин с аногенитальной герпетической вирусной инфекцией;

- проанализировать существенность отличий авторских режимов пелоидолечения и сероводородной бальнеотерапии от традиционной методики реа-

билитации на курорте Сочи пациенток с воспалительными болезнями женских тазовых органов, страдающих относительным бесплодием;

- сформировать научные приемы использования биофлавоноидов и антицианозидов, содержащихся в лекарственных растениях Сочинской рекреационной зоны, для оптимизации иммунного статуса больных хроническими вульвовагинитами, обуславливающими относительное женское бесплодие;

- провести сравнительную научную идентификацию терапевтических преимуществ этих инноваций перед традиционными методиками восстановительного лечения пациенток с хроническими вульвовагинитами (в рамках врачебно-тактической преемственности учреждений здравоохранения и санаториев) по комплексным программам профилактики женского бесплодия;

- объективизировать эпикризные (при выписке из баз исследования) и ка-тамнестические результаты восстановительного лечения в ЛПУ и здравницах больных хроническими вульвовагинитами герпесвирусной этиологии, снижающих показатели фертильности женщин в различных группах населения.

Известный своими публикациями об изменяющихся формах клинических проявлений герпетической инфекции у женщин В.Н. Кузьмин (2005) указывает, что «чаще всего генитальный герпес у девочек проявляется в двух формах: во-первых, типичная форма рецидивирующего генитального герпеса напоминает таковую у взрослых и характеризуется периодическим появлением 2-3 сгруппированных везикулезных элементов, возникающих на эритематозном фоне. Эти элементы локализуются на слизистые оболочки и коже больших и малых половых губ. Во-вторых, чаще всего герпетическая инфекция гениталий у женщин с относительным бесплодием проявляется в виде рецидивирующего вульвовагинита». Как отмечают эксперты ВОЗ К.А.Crotchfelt., L.E.Welsh, D.DeBonville, M.Rosenstraus, T.C.Quinn (2007) Международная классификация болезней X пересмотра International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th (Revision Version for 2006) различает следующие заболевания вульвы и влагалища



(таблица 2). Комментируя данные таблицы 2, необходимо указать, что по мнению ведущих специалистов клиники акушерства и гинекологии Московской медицинской Академии

**Таблица 2. Классификация болезней вульвы и влагалища у женщин с относительным бесплодием по МКБ-Х (версия 2009 года).\*)**

<b>№ п/п</b>	<b>Позологические формы острых и хронических заболеваний</b>
<b>А 54.0</b>	Гонококковый вульвовагинит
<b>А 56.0</b>	Хламидийный вульвовагинит
<b>А 59.0</b>	Урогенитальный трихомониаз: вагинальная лейкоррея
<b>Н 76.0</b>	Острый вагинит. Вагинит NOS. Вульвовагинит: NOS, острый
<b>Н 76.1</b>	Подострый и хронический вагинит Вульвовагинит: подострый и хронический
<b>Н 76.2</b>	Острый вульвит
<b>Н 76.3</b>	Подострый и хронический вульвит
<b>Н 77.1</b>	Вагиниты, вульвиты и вульвовагиниты, вызванные инфекционными и паразитарными болезнями В37.3+кандидозный А60.0+вызванные вирусом простого герпеса В80.0+ вызванный острицами
<b>В 96.8</b>	Другие специфические бактериальные агенты как причина заболеваний, классифицированных в других разделах
<b>В 97.8</b>	Другие вирусные агенты как причина заболеваний, классифицированных в других разделах

\*) В случаях, когда выявлен другой (другие) инфекционные агенты как причина вульвовагинита, вагинита или вульвита - к основному коду заболевания прибавляется дополнительный код с указанием инфекционного агента.

А.П.Никонова и О.Р. Асцатурова (2009) «аномальные выделения из влагалища, безусловно, являются наиболее частой причиной обращения пациенток к акушерам-гинекологам. Практически каждая женщина в течение своей жизни отмечает хотя бы один эпизод вульвовагинальной инфекции, однако, вульвовагиниты могут носить и неинфекционный характер. В структуре клинических форм вульвовагинитов наибольшее значение (около 90%) имеют три заболевания: бактериальный вагиноз – БВ (до 50% всех случаев вульвовагинитов), вульвовагинальный кандидоз (20–25%) и трихомониаз (15–20%). Остальные инфекционные и неинфекционные формы встречаются гораздо реже, а распространенность наиболее частых форм вульвовагинитов среди женщин репродуктивного возраста представлено в таблице 3.

Комментируя данные таблицы 3, следует указать, что по версии А.П.Никонова и соавт. (2009) «кандидозный вульвовагинит – диагноз можно поставить на основании клинических признаков (зуд, эритема, отек вульвы и влагалища, выделения белого цвета) и лабораторных данных

**Таблица 3. Распространенность (в %) наиболее частых форм вульвовагинитов среди женщин репродуктивного возраста (А.П.Никонов и соавт.2009)**

<b>Нозология</b>	<b>Общая популяция</b>	<b>Беременные</b>
Бактериальный вагиноз	15–23%	10–26%
Кандидозный вульвовагинит	16–30%	30–40%
Трихомонадный вагинит	5–25%	3–5%

(обнаружение во влагалищном мазке дрожжеподобных грибов).

Возможно присоединение нерезко выраженных дизурии и диспареунии. Не исключается отсутствие "творожистых" выделений. Характерно предменструальное усиление симптомов, указание на недавнее применение антибиотиков. Возможно наличие посткоитальной эритемы, зуда у полового партнера. Идентификация *Candida spp.* при отсутствии симптоматики не является критерием диагностики заболевания и/или показанием для лечения, поскольку у 10–20% женщин они входят в состав нормальной микрофлоры влагалища. Диагностические критерии бактериального вагиноза (БВ) определяются наличием, по крайней мере, трех следующих симптомов или признаков:

- а) гомогенные, белые, часто пенистые выделения из влагалища при отсутствии признаков воспаления;
- б) наличие ключевых клеток при микроскопическом исследовании;
- в) рН влагалищного содержимого более 4,5;
- г) неприятный "рыбный" запах влагалищных выделений до и/или после добавления 10% раствора КОН (аминный тест).

Микроскопия мазка, окрашенного по Граму, с определением относительной концентрации морфотипов бактерий является эффективным методом диагностики. Культуральное исследование на *G. vaginalis* для диагностики БВ не рекомендуется, так как не является специфичным (*G. vaginalis*, как и другие возбудители БВ, могут присутствовать во влагалище абсолютно здоровых женщин). К тому же (до 50%) бактериальный вагиноз протекает бессимптомно, а поэтому при БВ характерно и отсутствие признаков воспаления» (А.П.Никонов и соавт., 2009). Комментируя данные таблицы 4, известный научный сотрудник клиники акушерства и гинекологии Московской медицинской Академии О.Р. Асцатурова (2009) отмечает, что «при трихомонадном вагините – характерны обильные, пенистые выделения из влагалища желто-зеленого цвета с неприятным запахом на фоне выраженных воспалительных изменений вульвы и влагалища. Однако примерно у 25% пациенток может отмечаться бессимптомное течение заболевания. Эффективность

стандартных лабораторных методов диагностики (определение трихомонад и повышенного количества лейкоцитов в мазке, рН влагалищного содержимого более 5,0), к сожалению, не очень высока – 60–70%. Поэтому во всех случаях гнойного вагинита неясной этиологии показано дополнительное культуральное исследование». Сравнительные диагностические критерии основных клинических форм вульвовагинитов приведены в таблице 4. Как пишет автор таблицы 4, «предостережения в диагностике вульвовагинитов могут базироваться на том положении, что различные формы вагинита могут протекать бессимптомно:

а) Клинические проявления могут протекать бессимптомно, так как не существует ни одного патогномоничного признака.

б) Оценка симптомов и данных визуального осмотра может вводить в заблуждение.

в) Слизистые вагинальные выделения являются нормальным физиологическим проявлением.

**Таблица 4. Диагностические критерии вульвовагинитов у женщин с относительным бесплодием (О.Р. Асцатурова, 2009)**

Вульвовагинит	Характер выделений	Воспалительная реакция	рН	Аминный тест 10% КОН	Микроскопическое исследование
БВ	Умеренные, гомогенные, белые/серые, пенистые, с запахом	—	>4,5	+	Смешанная микрофлора, отсутствие лейкоцитов, наличие "ключевых клеток"
Кандидозный	Умеренные, вязкие, негетерогенные, творожистые включения +/-	+ Дизурия диспареуния	□4,5	—	Нормальная микрофлора, наличие бластоспор и нитей микотрия, отсутствие "ключевых клеток"

Трихомо- надный	Обильные, желтые, гомогенные, пенистые, с запахом	+ + диспаре- уния	>5,0	+/-	Множество лейкоци- тов, подвижные три- хомонады (70%), от- сутствие "ключевых клеток"
--------------------	---	-------------------------	------	-----	---

г) Необходимо всегда исключать физиологическую лейкоорею.

д) Следует всегда проводить обследование шейки матки и исключать цервицит и заболевания верхних половых путей, а также другие формы ИППП (сифилис, ВИЧ, гепатит В и т.д.).

Культуральное исследование показано при сложностях дифференциальной диагностики и/или неэффективности проводимой терапии» (О.Р. Асцатурова, 2009).

В настоящий период в открытых литературных источниках активно проходит научная полемика об использовании различных медикаментозных средств для эффективного лечения вульвовагинитов. В этой связи отечественные и зарубежные исследователи (П.Е.Крель, А.В.Кабакова, Т.Н.Лопаткина, Е.Н.Ильина, В.М.Говорун, Н.А.Мухин, З.Г.Апросина, И.В.Попова, 2000; В.М.Коршунов, Л.И.Кафарская, М.Ш.Багирова, 2004; А.А.Кубанова, В.А.Аковбян, С.М.Федоров, Л.А.Бакалова, А.О.Халатов, 2009; A.D.Dragon, J.P.Spadoro, R.Madej, 2003; I.J.Etherington, J.R.Ellis, D.M.Luesley, 2007 et al.) рекомендуют следующую медикаментозную схему лечения бактериального вагиноза: метронидазол per os 0,5 г 2 раза в сутки, 7 дней. При этом альтернативные схемы могут выглядеть следующим образом: клиндамицин per os 0,3 г 2 раза в сутки 7 дней; клиндамицин крем 2%, 5 г 7 дней вагинально; метронидазол гель 0,75%, 5 г 2 раза в сутки 5 дней вагинально; метронидазол 2 г однократно per os. Комментируя эффективность данной схемы лечения, её авторы отмечают, что «пациенток необходимо предупредить о том, что они должны избегать употребления спиртных напитков во время лечения метронидазолом. Крем "Клиндамицин" изготовлен на масляной основе и может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм. При отсутствии клинической симптоматики проведение лечения бак-

териальных вагинозов лечение необязательно, за исключением трех ситуаций: беременность, патология шейки матки и предстоящие гинекологические операции. В перечисленных случаях бактериальный вагиноз даже при бессимптомном характере течения существенно увеличивает риск преждевременных родов, цервикальных дисплазий и воспалительных заболеваний органов малого таза». Как отмечают Н.Д.Львов, Е.О.Самойлович, И.Ф.Баринский (2002) «лечение беременных женщин, страдающих бактериальным вагинозом, принципиально не отличается от такового вне беременности. Рецидивы бактериальных вагинозов встречаются довольно часто – в 10–15%, так как проводимая терапия не устраняет саму причину заболевания – дисбактериоз. При сочетании бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза необходимо параллельное назначение антимикотиков, при этом рутинное лечение половых партнеров не рекомендуется, так как это не влияет ни на успех проводимой у женщины терапии, ни на частоту рецидивов». Как отмечают Ю.К.Малевич и соавт. (2006) «пероральная терапия рекомендуется при лечении кандидозного вульвовагинита по следующей схеме: флюконазол 150 мг однократно. Альтернативные схемы лечения этого заболевания могут выглядеть следующим образом: итраконазол 200 мг 2 раза в сутки, 1 день, а затем этот же препарат по 200 мг 1 раз в сутки, 3 дня; кетоконазол 200 мг 1 раз в сутки, а затем 3 дня по 200 мг 2 раза в сутки, 3–5 дней. Вместе с тем, Т.М.Маслюкова, Л.В.Валько и Г.В.Атаева (2007) указывают на то, что в 60% случаев наблюдаются следующие осложнения кандидозного вульвовагинита, зачастую обуславливающего относительное бесплодие. Указанные авторы пишут, что при названной патологии женской половой сферы «длительность местной терапии должна составлять 7–14 дней. При выделении не *albicans Candida spp.* возможно сочетание антифунгальной терапии с интравагинальным введением борной кислоты 600 мг/сут в течение 14 дней. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (4 эпизода симптоматического вульвовагинального кандидоза в год и более) изучен плохо. К факторам риска его возникновения относят: диабет, иммуносупрессию, мас-

сивную антибактериальную терапию, хотя у ряда пациенток связь с этими факторами неочевидна. Обычно рекомендуется первоначальная интенсивная схема в течение 10–14 дней с последующим переходом на супрессивную терапию: клотримазол по 500 мг интравагинально еженедельно; флюконазол по 100 мг per os – еженедельно. Длительность терапии рекомендуется в периоде до 6 месяцев. Вульвовагинальный кандидоз не передается половым путем: рутинное лечение половых партнеров не требуется». Некоторые эксперты (M.Fatima-Hannachi, D.M.Gascoyne-Binzi, J.Heritage, P.M.Hawkey, 2002) предлагают «проведение подобной терапии при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе. Необходимость лечения полового партнера не вызывает сомнений при выявлении у него симптомов баланита. В такой ситуации применяется клотримазол или миконазол крем 2 раза в сутки 7 дней. Во время беременности используют местную терапию препаратами азола. Длительность терапии рекомендуется не менее 7 дней. Вместе с этим, ряд отечественных авторов В.Р.Мельникова, Г.Д.Кобринский, М.Ю.Лидок, И.Ф.Баринский (2003) рекомендуют следующие «схемы лечения трихомонадного вульвовагинита: метронидазол per os 0,5г 2раза в сутки 7 дней или метронидазол per os 2 г однократно. Одновременно с этим могут существовать и альтернативные схемы: тинидазол per os 2г однократно; орнидазол per os 2 г однократно или 0,25 г 2 раза в сутки 5 дней. В случае терапевтической неудачи возможно увеличение дозировок: тинидазол per os 4 г 1 раз в сутки 3 дня; метронидазол 2–4 г/сут 10–14 дней. При оценке таких случаев необходимо определение чувствительности *T vaginalis* к метронидазолу. Половые партнеры должны быть обязательно пролечены. Пациентов следует предупреждать о необходимости избегать половых отношений до излечения, в связи с возможностью реинфицирования. Беременные могут быть пролечены метронидазолом 2 г внутрь однократно. Терапия ударными дозами менее эффективна, чем 7-дневный курс, и чаще дает рецидивы. Однако, при этом уменьшается медикаментозная нагрузка на организм матери и плода».

Как указывают С.М.Федоров, М.Х.Колиева, А.В.Резайкина (2004) «в практической деятельности вульвовагиниты различают по ряду признаков (таблица 5). Комментируя данные таблицы 5, ее авторы указывают, что кроме классификаций вульвовагинитов детского возраста «различают вульвовагиниты женщин детородного возраста клинически связанные с бесплодием, (Childbearing age) и вульвовагиниты женщин постменструального периода.

**Таблица 5. Классификация вульвовагинитов (версия С.М. Федорова и соавт.,2004)**

<b>Классификации</b>	<b>Вульвовагиниты</b>
По возрастным группам	Вульвовагиниты девочек. Вульвовагиниты женщин детородного возраста. Вульвовагиниты женщин постменструального периода.
По причинам возникновения	Инфекционные (специфические) вульвовагиниты. Бактериальные вульвовагиниты. Неспецифические вульвовагиниты. Аллергические и раздраженные вульвовагиниты.
По течению заболевания	Острые вульвовагиниты. Подострые вульвовагиниты. Хронические вульвовагиниты. Рецидивирующие. Персистирующие вульвовагиниты.

. Часть вульвовагинитов, возникающих у женщин детородного возраста связана с инфицированием половым путем (таблица 6).



**Таблица 6. Основные вульвовагиниты женщин детородного возраста (А.П.Никонов и соавт., 2009)**

Вульвовагинит	Клиника	рН	Лейкоцитоз	Микроскопия
<a href="#">Бактериальный вагиноз</a>	Различная	>4.5	нет	ключевые клетки
<a href="#">Аэробный вагинит</a>	Обильные гнойные выделения	>4.5	да	кокковая грамотрицательная микрофлора
<a href="#">Кандидозный вагинит</a> , вызванные <i>C.albicans</i>	Липкие белые выделения, иногда творожистого вида	3.8–4.5	±	псевдогифы и почкующиеся дрожжи
<a href="#">Вагинит, вызванные другими кандидами</a>	Различная	Разная	±	характерных признаков нет
<a href="#">Трихомонадный вагинит</a>	Различная. Земляничный цервикс	>4.5	±	Подвижные трихомонады
<a href="#">Цитолитический вагиноз</a>	Обильные творожистые выделения	3.5–5.5	±	Избыток лактобацилл и фрагменты плоского эпителия
Десквамативный воспалительный вагинит	Обильные гнойные выделения	>4.5	да	фрагменты плоского эпителия
<a href="#">Аллергический вульвовагинит</a>	Различная, часта эритема	Разная	±	характерных признаков нет

Обсуждая данные таблицы 6, Л.В.Волкова (2009) указывает, что «воспалительные заболевания гениталий подразделяются на неспецифические и специфические (трихомоноз, гонорея, туберкулёз). Среди неспецифических

воспалительных заболеваний различают первичные и вторичные, каждая из которых, в свою очередь, делится на неинфекционные и инфекционные. К группе первичных неспецифических воспалений относятся те заболевания, которые вызваны непосредственным воздействием на гениталии физических (механических, термических), химических или инфекционных факторов (таблица 7).

**Таблица 7. Факторы, способствующие поддержанию воспаления гениталий у женщин с относительным бесплодием (по версии Л.В.Волковой, 2009).**

Группа факторов	Отдельные факторы или условия
Анатомо – физиологические особенности гениталий у женщин с относительным бесплодием	Избыточная складчатость слизистых оболочек. Низкая эстрогенная насыщенность. Недостаточная выработка гликогена. Истонченность, замедленное обновление эпителия полового тракта. Нейтральная или щелочная среда влагалища. Недостаточное смыкание половых губ в задних отделах. Преобладание во влагалище кокковой флоры. Сниженный местный иммунитет.
Эндогенные патологические факторы	Анемия; системные заболевания крови. Сахарный диабет. Экссудативный диатез. Гломерулонефрит, пиелит, цистит. Инфантилизм. Временное снижение общей иммунологической реактивности или иммунодепрессивные состояния. Возрастная иммунологическая перестройка. Наличие экстрагенитальных очагов острой или хронической инфекции. Наличие полипов, кистом с нарушением питания; длительное маточное кровотечение; скопление крови в рудиментарных образованиях. Энтеробиоз.

<p>Экзогенные патологические факторы</p>	<p>Травма половых органов. Попадание во влагалище инородного тела. Неопрятность женщины. Неоправданно частое подмывание или спринцевание. Применение для подмывания концентрированных дезинфицирующих растворов.</p>
<p>Вредные привычки и алиментарные нарушения; неблагоприятные социально – бытовые условия</p>	<p>Переполнение мочевого пузыря. Запоры или нерегулярное опорожнение кишечника. Переедание. Злоупотребление пряностями, тонизирующими напитками, шоколадом, пищей, богатой экстрактивными веществами, аллергенами. Курение или пребывание в прокуренном воздухе. Употребление алкоголя. Запыленность или загрязнённость воздуха или воды агрессивными веществами (во время труда; на производственной практике; при хранении спецодежды дома). Мастурбация. Нарушение ритма сна и бодрствования, чтение «возбуждающей литературы», просмотр фильмов, предназначенных для интим-клубов. Раннее начало половой жизни. Несоблюдение правил личной гигиены. Снижение контроля за соблюдением правил личной гигиены.</p>

Комментируя данные таблицы 7, надлежит указать, что в группу вторичных неспецифических воспалений включают такие процессы в гениталиях, которые сами являются следствием первичного общего (корь, краснуха, скарлатина, тонзиллит, энтеробиоз, пневмония, экссудативный диатез и др.) или местного (аппендицит, цистит, проктит и др.) заболевания. В зависимости от продолжительности течения заболевания неспецифические вульвовагиниты подразделяют на острые (не более 1 месяца), подострые (до 3 месяцев) и хронические (свыше 3 месяцев).

Последнее позволило выявить существенные отличия предложенного немедикаментозного методического инструментария коррекции показателей здоровья женщин с относительным бесплодием (на преемственном этапе их реабилитации «поликлиника-санаторий») от результатов, полученных другими исследователями.

### **Литература:**

1. Волкова Л.В. Вульвовагиниты подросткового возраста. // Детские болезни. - 2009. - №2. - С.22-25.
2. Крель П.Е., Кабакова А.В., Лопаткина Т.Н., Ильина Е.Н., Говорун В.М., Мухин Н.А., Апросина З.Г., Попова И.В. ПЦР в оценке эффективности лечения ламивудином. // Генодиагностика в современной медицине: Тезисы докладов 3-ей Всероссийской научно-практической конференции. - Москва, 2000. - С. 202.
3. Кубанова А.А., Аковбян В.А., Федоров С.М., Бакалова Л.А., Халатов А.О. Состояние проблемы бактериального вагиноза. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2009. - № 3. - С.22-26.
4. Кузьмин В. Н. Герпетическая инфекция в акушерстве и перинатологии. - М.: Медицина, 2005. - 198с.
5. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России. // Акушерство и гинекология. 2002. - №2. - С4-7.
6. Львов Н.Д., Самойлович Е.О., Баринский И.Ф. Комбинированная терапия герпесвирусной инфекции (экспериментальные и клинические данные). // Вопросы вирусологии. - 2002. - № 3. - С.79-81.
7. Никонов А.П., Асцитурова О.Р. Генитальный герпес и беременность. // Новый гинекологический вестник - 2007. - № 1. - С. 11—13.
8. Малевич Ю.К. и соавт. Пероральная терапия при лечении кандидозного вульвовагинита у женщин с относительным бесплодием. // Гинекология. - 2006. - №7. - С.55-59.

9.Маслюкова Т.М., Валько Л.В., Атаева Г.В. Клинико-иммунологическая характеристика новорожденных у женщин с ЦМВ и генитальным герпесом.// Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2007.-№5.-С.54-58.

9.Рыкова М.П. Назначение иммуномодуляторов в профилактических целях. Рекомендации Минздравсоцразвития РФ.//Здравоохранение России.-2007.-№1.-С.4-6.

10.Федоров С.М., Колиева М.Х., Резайкина А.В. Современные аспекты лечения герпетической инфекции.// Вестник дерматологии и венерологии.- 2004.-№4.-С.28-32.

**Филиппов Евгений Фёдорович, Фролова Оксана Борисовна**

**Иммуностимулирующая функция талассопроцедур, грязелечения и  
бальнеотерапии как методологический инструментарий  
профилактики относительного бесплодия у пациенток  
с хроническими вульвовагинитами.**

**(ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО)**

---

Подписано в печать 26.01.2011 г. Формат 60 x 84 1/16  
Бум.офсетная. Усл.печ. л. 0,85. Полиграфическое предприятие «ОПТИМА».  
Тираж 100 экз. Заказ 182/-ИП.

---

354000, Россия, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Советская, 26