

10.21518/2079-701X-2018-13-130-134

О.В. ГОРШКОВА<sup>1</sup>, Г.В. ЧИЖОВА<sup>1</sup>, Л.Ю. МОЛОДЦОВА<sup>2</sup>, О.Н. МОРОЗОВА<sup>3</sup><sup>1</sup> КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск, Россия<sup>2</sup> Женская консультация № 1 КГБУЗ «Родильный дом № 1» Министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск, Россия<sup>3</sup> Женская консультация КГБУЗ «Родильный дом № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск, Россия

# ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

## В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Несмотря на значительные успехи в организации лечебного процесса и медицинского наблюдения женщин репродуктивного возраста, лечение вагинальной инфекции остается актуальной проблемой, требующей периодической коррекции назначаемой терапии. Это побудило авторов предпринять исследование, целью которого явилось изучение аспектов оптимизации схем комплексного лечения вагинальной инфекции (ВИ), сочетающих в себе применение препаратов этиотропного действия с использованием экстракта барбадосского алоэ мульти-гин актигель и системной энзимотерапии по сравнению с назначением монотерапевтического этиотропного режима. В ходе выполнения исследования оценивались эффективность разных схем терапии ВИ на основании динамики клинических и лабораторных показателей, а также безопасность и переносимость разных схем терапии на основании регистрации нежелательных явлений.

Результаты, полученные в ходе проведенного исследования, позволяют рекомендовать включение растительного экстракта барбадосского алоэ мульти-гин актигель и Вобэнзима в терапию пациенток, страдающих ВИ, возникающими на фоне дисбиоза влагалища и вызванными БВ- и КВ-ассоциированными микроорганизмами, повышая эффективность элиминации возбудителя, обеспечивая нормальный титр лактобацилл с сохранением их функциональной активности, что в конечном итоге стойко восстанавливает нарушенный микроценоз влагалища с одновременной высокой безопасностью и хорошей переносимостью предлагаемой схемы лечения.

**Ключевые слова:** вагинальная инфекция, бактериальный вагиноз, кандидозный вагинит, энзимотерапия, мульти-гин актигель.

O.V. GORSHKOVA<sup>1</sup>, G.V. CHIZHOVA<sup>1</sup>, L.YU. MOLODTSOVA<sup>2</sup>, O.N. MOROZOVA<sup>3</sup><sup>1</sup> Institute for Advanced Training of Health Professionals of the Ministry of Health of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia<sup>2</sup> Women's Health Clinic No. 1, Maternity Hospital No. 1 of the Ministry of Health of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia<sup>3</sup> Women's Health Clinic, Maternity Hospital No. 2 of the Ministry of Health of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

### VAGINAL INFECTIONS IN PATIENTS OF CHILDBEARING AGE: WAYS FOR OPTIMIZATION OF TREATMENT IN THE OUTPATIENT SETTING

Despite the considerable success in managing the medical process and medical screening of women of childbearing age, the treatment of vaginal infection remains an urgent problem that requires periodic correction of the prescribed therapy. This made the authors conduct a study, which was aimed at investigating the optimization aspects of the comprehensive therapy regimens for vaginal infections (VI) that combine the use of etiotropic drugs with the extract of Aloe Barbadensis Multi-Gyn ActiGel and systemic enzyme therapy as compared to the prescription of monotherapeutic etiotropic regimen. The study evaluated the effectiveness of different treatment regimens of VIs based on the dynamics of clinical and laboratory parameters, as well as the safety and tolerability of different therapies based on the registration of adverse events.

Based on the study results, we would advise to include the plant extract of Aloe Barbadensis Multi-Gyn ActiGel and Wobenzym into the therapy of patients with VIs induced by the vaginal dysbiosis and caused by bacterial vaginosis and candidiasis vulvovaginitis-associated microorganisms to improve the elimination of the pathogen and provide a normal titre of lactobacilli with preservation of their functional activity, which eventually restores the impaired vaginal microcenois and maintains a normal vaginal flora and simultaneously provides a high safety and good tolerability of the proposed treatment regimen.

**Keywords:** vaginal infection, bacterial vaginosis, candidiasis vulvovaginitis, enzyme therapy, Multi-Gyn ActiGel.

По данным современных исследователей, несмотря на развитие и внедрение в клиническую практику методов профилактики, диагностики и лечения вагинальной инфекции (ВИ), ее частота не снижается и варьируется в пределах 35–67% [1–3].

Высокая распространенность ВИ среди всех воспалительных заболеваний женских половых органов делает ее актуальной проблемой современной гинекологии [2–5].

К развитию клинических проявлений ВИ приводит нарушение количественного соотношения бактериального сообщества микроценоза влагалища, связанного с нарушением физиологического взаимодействия микро-

организмов во влагалищном биотопе и развитием дисбиоза влагалища, вследствие чего увеличивается в несколько раз концентрация аэробных и анаэробных микроорганизмов и прогрессивно уменьшается концентрация факультативных лактобацилл, что приводит к снижению содержания молочной кислоты, кислотности влагалищного содержимого и росту анаэробов [2, 6–9]. В настоящее время имеются данные, подтверждающие этиологическую роль полимикробных ассоциаций в развитии ВИ как воспалительного, так и невоспалительного генеза [10–13]. Нередко (до 30% всех случаев) ВИ вызывает сочетанное воздействие двух патогенных факторов:

бактериального вагиноза (БВ) и кандидозного вагинита (КВ) [14]. При этом наличие смешанных форм инфекции затрудняет диагностику и лечение патологического процесса и часто приводит к увеличению частоты его рецидивирования [15, 16].

С учетом полимикробного характера ВИ проведение рациональной этиотропной терапии весьма проблематично, поскольку ее обязательными условиями являются элиминация возбудителя, безопасность, восстановление нарушенного микроценоза влагалища, что в конечном итоге должно обеспечить нормальный титр лактобацилл с сохранением их функциональной активности и воспрепятствовать развитию суперинфекции [9, 16–20].

В отечественных исследованиях, посвященных лечению ВИ, используются различные методологические подходы, дозы и режимы введения препаратов, среди которых основными для этиотропной терапии БВ признаны антианаэробные средства – метронидазол (производное нитроимидазола) и клиндамицина фосфат (антибиотик группы линкозамидов) в сочетании с противогрибковыми препаратами [18, 21, 22]. При этом подходы к терапии КВ, основу которой составляет местная терапия в виде интравагинального применения противогрибковых препаратов, позволяющая снизить системную абсорбцию и свести к минимуму побочный эффект препаратов, не имеют закрепленных стандартов [12, 16, 21–23]. Альтернативой приему антибиотиков в качестве первой линии лечения БВ и связанных с ним симптомов является введение во влагалище желеобразного растительного экстракта барбадосского алоэ мульти-гин активель, обладающего способностью нейтрализовать патогенные микроорганизмы путем препятствия их адгезии и не уступающего по своей эффективности метронидазолу [24, 25]. Кроме того, ряд авторов, отмечая полиэтиологичность и изменчивость возбудителей ВИ, указывают на необходимость периодической коррекции терапии [19, 21, 22, 23, 26] и включение в нее протеолитических энзимов с целью усиления эффективности антимикробных препаратов и одновременного снижения частоты их нежелательного (побочного) действия, повышения защитных способностей организма, снижения катаболических и усиления анаболических процессов в очаге воспаления [17, 26–28].

Таким образом, несмотря на значительные успехи в организации лечебного процесса и медицинского наблюдения женщин репродуктивного возраста, лечение ВИ до сих пор остается актуальной проблемой.

Было предпринято исследование, целью которого явилось изучение аспектов оптимизации схем комплексного лечения ВИ, сочетающих в себе применение препаратов этиотропного действия с использованием системной энзимотерапии, по сравнению с назначением монотерапевтического этиотропного режима. В ходе выполнения исследования оценивались эффективность разных схем терапии ВИ на основании динамики клинических и лабораторных показателей, а также безопасность и переносимость разных схем терапии на основании регистрации нежелательных явлений.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с января 2015 г. по декабрь 2017 г. на базе женской консультации № 1 КГБУЗ «Родильный дом № 1» и женской консультации КГБУЗ «Родильный дом № 2» г. Хабаровска из когорты женщин репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет, средний возраст составил  $28,4 \pm 5,5$  года), обратившихся в лечебные учреждения с жалобами на выделения из влагалища патологического характера, после проведенного скрининга, в соответствии с критериями включения/исключения были отобраны 114 пациенток с диагнозом «вагинальная инфекция», вызванная сочетанным воздействием двух патогенных факторов – БВ и КВ. Все пациентки с помощью таблицы рандомизации, полученной при использовании генератора случайных чисел, были разделены на 3 группы в зависимости от применяемой схемы лечения, назначенной двумя этапами в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями «Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин» [28]. В качестве этиотропной терапии использовался влагалищный крем, сочетающий в своем составе 2% бутконазола нитрат и 2% клиндамицин; основным препаратом второго этапа, назначаемым для восстановления нормальной микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии, были выбраны интравагинальные капсулы, содержащие лиофилизированную культуру лактобактерий *L. casei rhamnosus* Doderleini 35 (LCR 35) в дозе не менее  $1 \times 10^8$  КОЕ на 1 капсулу.

1-ю группу составили 42 пациентки, получавшие в качестве терапии ВИ комплекс биоактивных полисахаридов 2QR (мульти-гин активель) 7 дней в сочетании (на первом этапе) с препаратом этиотропной терапии (3 дня) и последующим назначением LCR 35 (21 день).

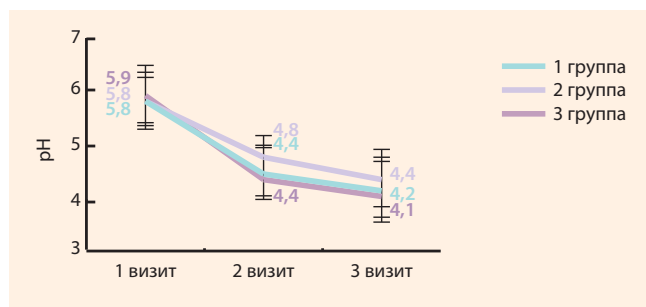
Во 2-ю группу вошли 37 пациенток, которым был назначен вагинальный крем 2% бутконазола нитрата и 2% клиндамицина по 5 г/сут в течение 3 дней с последующим назначением LCR 35 (21 день).

3-я группа – 35 пациенток, лечение которых проводилось по схеме, идентичной схеме, назначенной 1-й группе, в сочетании с приемом препарата энзимотерапии (Вобэнзим, производитель – Mucos Pharma GmbH & Co. KG, Германия) по 5 драже 3 р/сут в течение 3 нед.

Во всех группах пациентки были сопоставимы по возрасту и гинекологическому анамнезу. До начала лечения статистически значимых различий по наличию и интенсивности симптомов заболевания (выделения, их запах, зуд, боль, жжение, гиперемия, микроскопические показатели, результаты лабораторной диагностики) между ними не было, что позволило сравнивать группы между собой.

Комплекс проводимых клинико-лабораторных исследований включал выяснение жалоб, объективное гинекологическое обследование, pH-метрию влагалищной жидкости (ВЖ), бактериоскопическое исследование влагалищных мазков, оценку состояния биоценоза влагалища, диагностику инфекций методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), передаваемых половым путем, для видовой идентификации и количественного анализа анаэроб-

**Рисунок 1.** Динамика результатов pH-метрии ВЖ в ходе лечения



ной и аэробной микрофлоры влагалища. Период наблюдения составлял от 38 до 42 дней.

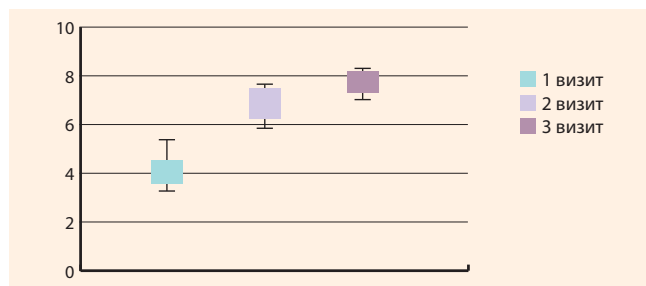
Критериями эффективности терапии с клинических позиций являлась динамика купирования симптомов основного заболевания, под лабораторной эффективностью понимали снижение pH ВЖ, увеличение количественного содержания лактобактерий во ВЖ и снижение количественного содержания патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, определяемое методами микроскопического исследования и количественной ПЦР. Случаи с прогрессированием клинических симптомов и ухудшением клинической и лабораторной картины заболевания по окончании терапии расценивались как клиническая неэффективность. Безопасность и переносимость препаратов оценивали на основе регистрации нежелательных явлений, сопутствующих заболеваний и лабораторных показателей.

Полученные цифровые материалы обрабатывали статистически, рассчитывая средние, относительные величины. Для сравнения величин использовались тесты  $\chi^2$ , двухсторонний точный критерий Фишера, Манна – Уитни, Вилкоксона. Все группы были не связаны между собой. Множественных сравнений не проводилось. Критическим значением было  $p = 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все пациентки при первичном обращении предъявляли жалобы на влагалищные выделения, почти всегда – с неприятным запахом. По этому признаку статистических различий между группами пациенток не было. Во всех 3-х

**Рисунок 2.** Динамика количества лактобактерий в процессе лечения у пациенток 1-й группы



группах наблюдалось равномерное уменьшение количества выделений из влагалища после лечения с более выраженной тенденцией к уменьшению в 1-й и 3-й группах.

Результаты pH-метрии ВЖ до начала лечения у всех женщин регистрировали показатели, средние величины которых находились в пределах 5,7–6,2. На фоне терапии во всех группах отмечалось равномерное снижение pH после начала лечения, с выявленным достоверным преимуществом по градиенту снижения pH в ходе лечения у пациенток 1-й и 3-й групп. При этом разница между 1-й и 3-й группами в определенные временные интервалы была статистически незначима. Динамика снижения pH ВЖ в ходе исследования представлена на рисунке 1.

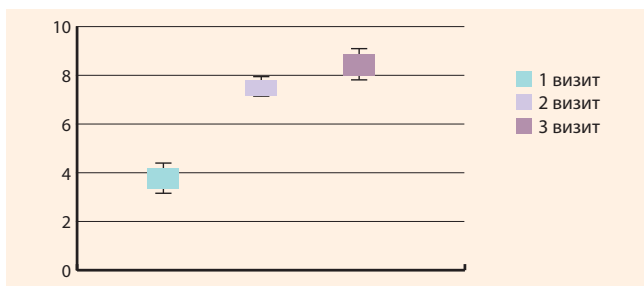
При микроскопии влагалищных мазков до начала лечения у пациенток всех групп отмечено колебание числа лейкоцитов от 10 до 15 в поле зрения (минимум – 7, максимум – 35) без статистически значимых различий между группами. В процессе лечения в 3-й группе, пациентки которой получали энзимотерапию, отмечена тенденция к снижению числа лейкоцитов на 2-м визите, тогда как в 1-й и 2-й группах на 2-м визите отмечалась незначительная тенденция к увеличению их числа (различия статистически недостоверны). На 3-м визите у пациенток во всех группах число лейкоцитов соответствовало норме и было сниженным по сравнению с исходным.

Анализ результатов микробного состава влагалища не выявил статистически значимых достоверных различий между пациентками 3-х групп по признаку «общая бактериальная масса» как до начала лечения, так и в динамике.

Однако у пациенток в 1-й и 3-й группах отмечено достоверное увеличение количества лактобактерий сразу после лечения и спустя 14 дней ( $p = 0,05$ ), что, вероятно, свидетельствует о благоприятном воздействии растительного экстракта мульти-гин актигель на биохимические условия для размножения лактобактерий. У пациенток во 2-й группе достоверное повышение количества лактобактерий отсутствовало, но формировалась стойкая тенденция к его увеличению (рис. 2, 3).

Изучение динамики уровня БВ- и КВ-ассоциированных микроорганизмов (гарднерелл, превотелл, лептотрихий, фузобактерий, вагинального атопобиума, грибов рода *Candida*) показало, что наилучший результат наблюдался в 3-й группе, где их полная элиминация происходила сразу после окончания лечения и стойкое отсутствие отмечалось 14 дней спустя ( $p < 0,05$ ), в то время как у пациенток в

**Рисунок 3.** Динамика количества лактобактерий в процессе лечения у пациенток 3-й группы



1-й и 2-й группах данные микроорганизмы присутствовали во влагалищном биотопе к 38-му дню наблюдения на уровне значений, соответствующих нормоценозу ( $p < 0,05$ ).

Суммарная частота выздоровления и улучшения (рис. 4), оцениваемых как положительный результат лечения, на 2-м визите составила: в 1-й группе – 92,86%, во 2-й группе – 83,78%, в 3-й группе – 94,29% ( $p < 0,05$ ). На 3-м визите эти показатели были соответственно равны: 92,86%, 75,68% и 97,14% ( $p < 0,05$ ).

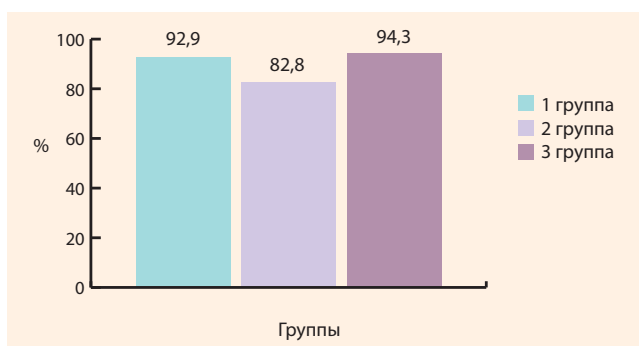
Частота выздоровления к 3-му визиту в группе с применением Вобэнзима была достоверно выше, чем в группах, не использовавших энзимотерапию ( $p < 0,05$ ).

Осложнений, значимых побочных эффектов от применяемых в ходе исследования препаратов, состояний, связанных с ухудшением здоровья, во всех 3-х группах при оценке безопасности и переносимости препаратов отмечено не было.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты, полученные в ходе исследования, подтверждая эффективность двухэтапного лечения пациенток, страдающих ВИ, возникающими на фоне дисбиоза влагалища и вызванными БВ- и КВ-ассоциированными микроорганизмами, позволяют рекомендовать применение вагинального крема, содержащего 2% бупроконазола нитрата и 2% клиндамицина, по 5 г/сут в течение 3 дней с последующим использованием лактобакте-

**Рисунок 4.** Эффективность терапии ко 2-му визиту



рий штамма LCR 35 в течение 21 дня. При этом включение растительного экстракта барбадосского алоэ мультигин активель и Вобэнзима в комплекс терапевтических мероприятий у пациенток данной группы позволяет повысить эффективность элиминации возбудителя, обеспечить нормальный титр лактобацилл с сохранением их функциональной активности, что в конечном итоге стойко восстанавливает нарушенный микроценоз влагалища, отмечаются высокая безопасность и хорошая переносимость предлагаемой схемы лечения.

*Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.*

**Wobenzym®**  
**Вобэнзим**



**Для комплексной терапии острых и хронических воспалительных заболеваний и профилактики их рецидивов.**

**Комплекс уникальных энзимов:**

- эффективно и безопасно оптимизирует противовоспалительный ответ
- регулирует иммунитет
- повышает эффективность антибактериальной терапии
- снижает частоту обострений

Необходимо строго придерживаться схемы приема, назначенной лечащим врачом.



**СДЕЛАНО  
В ГЕРМАНИИ**

**20 ЛЕТ  
В РОССИИ**

Вобэнзим. Лекарственный препарат. Рег. удостоверение в России П № 011530/01 от 19.02.2010 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ  
СО СПЕЦИАЛИСТОМ И ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Реклама

133



## ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Неспецифический вагинит. *Гинекология*, 2005, 4: 15-18. /Ankirkirskaya AS. Nonspecific vaginitis. *Ginekologiya*, 2005, 4: 15-18.
2. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины. *Пробл. репрод.*, 2008, 5: 8-14. /Kira EF, Muslimova SZ. Nonspecific vaginitis and its effect on the reproductive health of women. *Probl. Reprod*, 2008, 5: 8-14.
3. Ventolini G. Progresses in vaginal microflora physiology and implications for bacterial vaginosis and candidiasis. *Womens Health (Lond.)*, 2016, 12(3): 283-291.
4. Mashburn J. Etiology, diagnosis, and management of vaginitis. *J Midwifery Womens Health*, 2006, 51(6): 423-430.
5. Quan M. Vaginitis: diagnosis and management. *Postgrad Med*, 2010, 122(6): 117-127.
6. Серов В.Н., Шаповаленко С.А. Микроценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии. *Вопр. гин., акуш. и перинатол.*, 2004, 3(4): 27-31. /Serov VN, Shapovalenko SA. Vaginal microscenosis and infectious vulvovaginitis: the drug selection for rational therapy. *Vopr. Gin., akush. i Perinatol.*, 2004, 3 (4): 27-31.
7. Lamont RF, Sobel JD, Akins RA, Hassan SS, Chaiworapongsa T, Kusanovic JP, Romero R. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. *Br J Obstet Gynaecol*, 2011, 118(5): 533-549.
8. Martin DH. The microbiota of the vagina and its influence on women's health and disease. *Am J Med Sci*, 2012, 343(1): 2-9.
9. Анкирская А.С., Муравьева В.В., Карапетян Т.Э. Аэробные вагиниты в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Дискуссионный вопрос нозологической терминологии. *Акушерство и гинекология*, 2013, 1: 107-110. /Ankirkirskaya AS, Muravyeva VV, Karapetyan TE. Aerobic vaginitis in the structure of opportunistic vaginal infections. Discussion of nosological terminology. *Akusherstvo i Ginekologiya*, 2013, 1: 107-110.
10. Mashburn J. Etiology, diagnosis, and management of vaginitis. *J Midwifery Womens Health*, 2006, 51(6): 423-430.
11. Linhares IM, Giraldo PC, Baracat EC. New findings about vaginal bacterial flora. *Rev Assoc Med Bras*, 2010, 56(3): 370-374.
12. Donders G. Diagnosis and management of bacterial vaginosis and other types of abnormal vaginal bacterial flora: a review. *Obstet Gynecol Surv*, 2010, 65(7): 462-473.
13. Bohbot JM, Sednaoui P, Verriere F, Achhammer I. The etiologic diversity of vaginitis. *Gynecol Obstet Fertil*, 2012, 40(10): 578-581.
14. Махновец Е.Н. Современные представления о вульвовагинальном кандидозе и его терапия. *Клиническая дерматология и венерология*, 2013, 11(1): 9-15. /Makhnovets EN. Contemporary view of vulvovaginal candidiasis and its therapy. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*, 2013, 11 (1): 9-15.
15. Кисина В.И., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. М.: МИА, 2005. /Kisina VI, Zabirov KI. Urogenital infections in women. М.: МИА, 2005.
16. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике заболеваний, передаваемых половым путем. СПб.: Фолиант, 2004. /Savicheva AM, Sokolovsky EV, Domeyka M. A short guide to microscopic diagnosis of sexually transmitted diseases. SPb.: Foliant, 2004.
17. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. М.: МИА, 2012. 472 с. /Kira EF. Bacterial vaginosis. М.: МИА, 2012. 472 p.
18. Кира Е.Ф., Прилесская В.Н., Костава М.Н., Гамирова Е.В., Довлетханова Э.Р., Душкина Е.А. и др. Современные подходы к выбору препарата локального действия в терапии бактериального вагиноза. *Акушерство и гинекология*, 2012, 7: 59-67. /Kira EF, Prilepskaya VN, Kostava MN, Gamirova EV, Dovletkhanova ER, Dushkina EA. Modern approaches to the choice of a local drug for the therapy of bacterial vaginosis. *Akusherstvo i Ginekologiya*, 2012, 7: 59-67.
19. Буданов П.В., Чурганова А.А., Стрижаков А.Н., Бахтияров К.Р. Вульвовагинальные инфекции в постантибиотическую эру. Как избежать агрессии? *Медицинский совет. Гинекология*, 2015, 17: 124-130. /Budanov PV, Churgova AA, Strizhakov AN, Bakhtiyarov KR. Vulvovaginal infections in the postantibiotic era. How to avoid aggression? *Meditsinskiy Sovet. Ginekologiya*, 2015, 17: 124-130.
20. Радзинский В.Е., Тигиева А.В. Вульвовагинальные болезни: возможности патогенетической терапии. *Эффективная фармакотерапия*, 2014, 45: 38-43. /Radzinsky VE, Tigieva AV. Vulvovaginal diseases: the possibilities of pathogenetic therapy. *Effektivnaya Farmakoterapiya*, 2014, 45: 38-43.
21. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия: Пособие для врачей. М., 2014. 46 с. /Nikonov AP, Ascaturova OR. Infections in obstetrics and gynecology: diagnosis and antimicrobial chemotherapy: a guide for physicians. М., 2014. 46 p.
22. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*, 2011, 83(7): 807-815.
23. Серов В.Н., Шаповаленко С.А. Микроценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии. *Вопр. гин., акуш. и перинатол.*, 2004, 3(4): 27-31. /Serov VN, Shapovalenko SA. Vaginal microscenosis and infectious vulvovaginitis: the drug selection for rational therapy. *Vopr. Gin., Akush. i Perinatol.*, 2004, 3 (4): 27-31.
24. Мазуркевич М.В., Фирсова Т.А., Духанина М.В. Патогенетическая коррекция дисбиоза влагалища. *Гинекология*, 2014, 16(4): 14-17. /Mazurkevich MV, Firsova TA, Dukhanina MV. Pathogenetic correction of vaginal dysbiosis. *Ginekologiya*, 2014, 16 (4): 14-17.
25. Логутова А.С., Новикова С.В., Цивцивадзе Е.Б., Федотова А.В. Клиническая оценка эффективности и безопасности местного лечения бактериального вагиноза у беременных женщин. *Акушерство и гинекология*, 2015, 10: 91-96. /Logutova AS, Novikova SV, Tsvitsivadze EB, Fedotova AV. Clinical evaluation of the efficacy and safety of topical treatment of bacterial vaginosis in pregnant women. *Akusherstvo i Ginekologiya*, 2015, 10: 91-96.
26. Пестрикова Т.Ю., Молодцова Л.Ю., Колбин А.С., Клишко Н.Н., Стернин Ю.И. Фармакологическая оценка эффективности системной энзимотерапии при вагинальном кандидозе и дисбиозе у беременных женщин. *Доктор.Ру*, 2011, 9(68): 74-79. /Pestrikova TYu, Molodtsova LYu, Kolbin AS, Klimko NN, Sternin Yul. Pharmacological assessment of the effectiveness of systemic enzyme therapy in vaginal candidiasis and dysbiosis in pregnant women. *Doktor. Ru*, 2011, 9 (68): 74-79.
27. Стернин Ю.И. Избранные вопросы системной энзимотерапии: монография. Под ред. академика РАМН В.И. Мазурова. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: ИнформМед, 2013. 116 с. /Sternin Yul. Selected issues of systemic enzyme therapy: monograph. Under the editorship of Academician of RAMS V.I. Mazurov. 2<sup>nd</sup> ed., revised and enlarged. SPb.: InformMed, 2013. 116 p.
28. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин: Клинические рекомендации. Под ред. В.Н. Прилесской и соавт. М., 2013. 50 с. /Diagnosis and treatment of diseases accompanied by pathologic vaginal discharge: clinical guidelines. Under the editorship of V.N. Prilepskaya et al. М., 2013. 50 p.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

**Горшкова Оксана Владимировна** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края

**Чижова Галина Всеволодовна** – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края

**Молодцова Лариса Юрьевна** – к.м.н., врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории КГБУЗ «Родильный дом № 1» Министерства здравоохранения Хабаровского края

**Морозова Ольга Николаевна** – врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, заведующая женской консультацией КГБУЗ «Родильный дом № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края