

Современные представления о патогенезе и лечении воспалительных заболеваний нижних отделов половых путей у женщин



И.А. Жабченко, д.мед.н, профессор, руководитель отделения патологии беременности и родов ГУ «Институт педатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

В статье представлены современные взгляды на проблему дисбиоза половых путей у женщин во время беременности и вне ее. Описаны механизмы и факторы риска развития острого и хронического воспаления. Предложен метод лечения острых и хронических заболеваний нижних отделов половых путей с помощью единственного местного нестероидного противовоспалительного средства для интравагинального применения бензидамина гидрохлорида (торговое название Тантум Роза®). Его эффективность доказана многими европейскими исследованиями более чем на 1000 пациентках. Возможность использования при беременности расширяет сферу применения препарата и обеспечивает стойкое улучшение качества жизни женщин.

Ключевые слова: дисбиоз половых путей, острое и хроническое воспаление, местное лечение, бензидамина гидрохлорид, Тантум Роза.

Кзаболеваниям, передающимся половым путем, относят гонорею, хламидиоз, трихомониаз, герпетическую и папилломавирусную инфекцию, СПИД, сифилис, аногенитальные бородавки, контагиозный моллюск. Условно-патогенные микроорганизмы становятся возбудителями воспалительных заболеваний половых органов при определенных условиях, повышающих их вирулентность, с одной стороны, и снижающих иммунобиологические свойства макроорганизма, с другой.

Факторы, препятствующие попаданию и распространению инфекции в организм. В половых путях существует множество уровней биологической защиты от возникновения инфекционных заболеваний. К первому относится сомкнутое состояние половой щели. Активации условно-патогенных микроорганизмов и распространению инфекции препятствуют свойства влагалищной микрофлоры: создание кислой среды, продукция перекисей и других антимикробных веществ, угнетение адгезии для других микроорганизмов, активация фагоцитоза и стимуляция иммунных реакций.

В норме влагалищная микрофлора весьма разнообразна. Она представлена грамположительными и грамотрицательными аэробами, факультативно-облигатно-анаэробными микроорганизмами. Большая роль в микробиоценозе принадлежит лакто- и бифидобактериям (палочкам Дедерлейна), которые создают естественный барьер для патогенной инфекции. Они составляют 90-95% микрофлоры влагалища в репродуктивном периоде. Расщепляя гликоген, содержащийся в поверхностных клетках влагалищного эпителия, до молочной кислоты, лактобактерии создают кислую среду (рН 3,8-4,5), губительную для многих микроорганизмов. Количество лактобактерий и соответственно образование молочной кислоты уменьшаются при снижении уровня эстрогенов в организме (у девочек в нейтральном периоде, постменопаузе). Гибель лактобацилл наступает в результате использования антибиотиков, спринцевания влагалища растворами антисептических и антибактериальных препаратов. К влагалищным палочковидным бактериям относятся также актиномицеты, коринебактерии, бактероиды, фузобактерии.



Второе место по частоте обнаружения бактерий во влагалище принадлежит коккам — эпидермальному стафилококку, гемолитическим и негемолитическим стрептококкам, энтерококкам.

Среда влагалища во время беременности у здоровой женщины с обычной сапрофитной флорой с преобладанием палочек Дедерлейна характеризуется кислой рН (3,9-4,4) при условиях интенсивного гликогенеза, ведь именно за счет этого может развиваться ацидофильная лактобацилла (гликоген превращается в молочную кислоту, которая и определяет кислотность вагинальной среды). Такая рН обеспечивает естественный бактерицидный эффект и является одним из барьеров на восходящем пути распространения внешней инфекции. Однако слишком высокая кислотность может способствовать активизации микотической флоры и развитию кандидозного вагинита. Сдвиг рН в сторону щелочной реакции (> 4,4) приводит к увеличению доли патогенной и условно-патогенной микрофлоры [1, 7, 9, 12].

К факторам, способствующим развитию дисбактериозов влагалища, можно также отнести:

- нерациональное использование лекарственных, в т.ч. антибактериальных, препаратов как общего, так и местного применения;
- длительное применение контрацептивов (в особенности спермицидного действия);
- перенесенные ранее воспалительные процессы урогенитального тракта;

- нарушения гормонального баланса в организме с развитием патологии менструального цикла;
- изменение состояния местного иммунитета;
- влияние низких доз ионизирующего излучения;
- стрессогенные воздействия и пр.

Дисбиоз влагалища может стать одной из причин бесплодия, угрозы прерывания беременности, развития гнойно-септических послеродовых осложнений у матери и новорожденного. До недавнего времени считалось, что беременность мало влияет на состав микрофлоры влагалища и не приводит к его нарушениям. Однако в последние годы многие исследователи придерживаются противоположного мнения. Во время беременности с увеличением ее срока наблюдается тенденция к снижению численности некоторых видов анаэробных микроорганизмов, существенно возрастает количество лактобактерий, молочнокислого стрептококка, бифидобактерий, грибов рода *Candida* [9, 11].

С учетом современных достижений клинической бактериологии и знаний инфекционной патологии женских половых органов Е.Ф. Кира в 1994 г. разработал оригинальную классификацию микроскопической характеристики биоценоза влагалища (табл.) [7, 9, 10].

Таким образом, нозологической формой дисбиоза влагалища является бактериальный вагиноз. По определению А.С. Анкирской (2005), *бактериальный вагиноз* — это инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением

Таблица. Микроскопическая характеристика биоценоза влагалища (Кира Е.Ф., 1994)

Состояние (тип) биоценоза	Характеристика признаков	Нозологическая форма
Нормоценоз	Доминирование лактобактерий, отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогрибов, лейкоцитов, единичные, чистые эпителиальные клетки	Типичное состояние нормального биотопа влагалища
Промежуточный тип	Умеренное или сниженное количество лактобактерий, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек. Обнаруживаются лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки	Часто наблюдается у здоровых женщин, редко сопровождается субъективными жалобами и клиническими проявлениями
Дисбиоз влагалища	Незначительное количество или полное отсутствие лактобактерий; обильная, полиморфная, грамотрицательная и грамположительная палочковая и кокковая микрофлора; наличие «ключевых клеток». Количество лейкоцитов варьиabelно. Отсутствие или незавершенность фагоцитоза, полимикробная картина мазка	Бактериальный вагиноз
Вагинит (воспалительный тип мазка)	Большое количество лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, выраженный фагоцитоз. При обнаружении гонококков, трихомонад, мицелия, псевдогрибов, спор выставляется соответствующий этиологический диагноз	Неспецифический вагинит, гонорея, трихомониаз, микотический вагинит



или отсутствием лактофлоры и ее заменой на полимикробные ассоциации строгих анаэробов и гарднерелл. Это частое инфекционное заболевание влагалища, которое встречается у 21-33% женщин репродуктивного возраста, не относится к инфекциям, передающимся половым путем [1, 6, 9, 15, 18, 19].

Вагинит, или воспаление влагалища, чаще всего развивается на почве бактериального вагиноза. Нередко воспалительный процесс распространяется и на наружные половые органы – вульву. Такое состояние носит название вульвовагинита. При этом заболевании женщину беспокоят боль, жжение и зуд во влагалище и вульве, усугубляющиеся после полового контакта, а также желтоватые, неприятно пахнущие выделения из влагалища.

Помимо патологической флоры, размножающейся во влагалище при бактериальном вагинозе, вагинит могут вызывать грибы *Candida spp.* и вирус простого герпеса.

Длительно нелеченное воспаление влагалища может привести к острому или хроническому воспалению придатков и других органов мочеполовой сферы. На фоне дисбактериоза воспаление влагалища проявляет четкую тенденцию к хронизации, поэтому трудно поддается лечению.

Любой инфекционный процесс во влагалище подчиняется общим законам развития воспаления, что и приводит к развитию клинически выраженных изменений слизистой, появлению зуда, жжения, боли, неприятного запаха, патологических выделений. В результате – нарушение общего состояния, снижение трудоспособности, ухудшение качества жизни.

Итак, *воспаление* – сложная местная реакция организма на повреждение, направленная на уничтожение повреждающего фактора и восстановление поврежденных тканей, которая проявляется характерными изменениями в микроциркуляторном русле и соединительной ткани.

Биологический смысл воспаления заключается в ограничении и ликвидации очага повреждения и вызвавших его патогенных факторов, а также в восстановлении гомеостаза.

Воспаление – это сложный комплекс процессов, который складывается из трех взаимосвязанных реакций: альтерации (повреждения), экссудации и пролиферации. Отсутствие хотя бы одной из этих трех составляющих реакций не позволяет предполагать воспаление.

Альтерация – повреждение тканей, при котором возникают разнообразные изменения клеточных и внеклеточных компонентов в месте действия повреждающего фактора.

Экссудация – поступление в очаг воспаления экссудата, т.е. богатой белком жидкости, содержащей форменные элементы крови, в зависимости от количества которых образуются различные экссудаты.

Пролиферация – процессы размножения клеток и формирования внеклеточного матрикса, направленные на восстановление поврежденных тканей.

Необходимым условием развития этих реакций является наличие медиаторов воспаления.

Медиаторы воспаления – биологически активные вещества, обеспечивающие химические и молекулярные связи между процессами, протекающими в очаге воспаления и без которых развитие воспалительного процесса невозможно. Выделяют две группы медиаторов воспаления.

Клеточные (или тканевые) медиаторы воспаления, с помощью которых включается сосудистая реакция и обеспечивается экссудация. Эти вещества продуцируются клетками и тканями, особенно лаброцитами (тучными клетками), базофильными и эозинофильными гранулоцитами, моноцитами, макрофагами, лимфоцитами, клетками APUD-системы и др. Важнейшими клеточными медиаторами воспаления являются биогенные амины, особенно гистамин и серотонин, кислые липиды, медленно регулирующая субстанция анафилаксии, эозинофильный хемотаксический фактор А, фактор активации тромбоцитов, простагландины.

Плазменные медиаторы воспаления образуются в результате активации под влиянием повреждающего фактора и клеточных медиаторов воспаления трех плазменных систем – системы комплемента, системы плазмينا (калликреин-кининовой системы) и свертывающей системы крови. Все компоненты этих систем находятся в крови в виде предшественников и начинают функционировать только под влиянием определенных активаторов.

Среди реактантов острой фазы наибольшее значение имеют:

- С-реактивный белок, концентрация которого в крови повышается при воспалении в 100-1000 раз, активирует цитолитическую активность Т-лимфоцитов киллеров, замедляет агрегацию тромбоцитов;
- *Провоспалительные цитокины, в частности интерлейкин-1 (ИЛ-1), фактор некроза опухоли (TNF)* – влияют на активность многих клеток очага воспаления, особенно Т-лимфоцитов, стимулируют синтез простагландинов и простаглицлинов в эндотелиальных клетках, способствуют гемостазу в очаге воспаления;
- Т-кининоген является предшественником плазменных медиаторов воспаления – кининов, ингибирует цистеиновые протеиназы.

При неадекватном, несвоевременном лечении или в результате иммунных дефектов может сформироваться *хронический воспалительный процесс*, при котором наличие возбудителя уходит на второй план.

Хроническое воспаление – патологический процесс, характеризующийся персистенцией патологического фактора, развитием в связи с этим иммунологической недостаточности, что обуславливает своеобразие морфологических изменений



тканей в области воспаления, течение процесса по принципу порочного круга, затруднение репарации и восстановления гомеостаза (схема). По существу, хроническое воспаление является проявлением возникшего дефекта в системе защиты организма к изменившимся условиям его существования.

Причиной хронического воспаления является постоянное действие (персистенция) повреждающего фактора, которое может быть связано с особенностями этого фактора.

Хроническое воспаление может протекать, как череда эпизодов острого воспаления на фоне репарации ткани. Существует даже термин «острое воспаление в ходе хронического» или «подострое воспаление» для обозначения ситуации, когда продолжение действия флоготенного агента ведет к такому наслоению новых воспалений на незавершенный репаративный процесс, как это бывает, например при хроническом калькулезном холецистите (Чандрасома П., Тэйлор К. Р., 1998).

В патогенезе хронического воспаления также принимают активное участие те же провоспалительные цитокины, что и при остром (ИЛ-1, TNF- α и др.), что обуславливает и схожесть подходов к их лечению [25, 31].

Привычное мнение о необходимости применять антибактериальное лечение при воспалительных процессах инфекционной этиологии сегодня претерпевает изменения в связи с проблемой антибиотикорезистентности бактерий. Неэффективное лечение антибиотиками, к которым развилась устойчивость в организме больного, приводит к большим экономическим и человеческим потерям. В связи с этим в последнее десятилетие Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA, США) резко ограничило количество внедряемых в лечебную практику новых антибиотиков.

Все больше ученых приходит к мысли об использовании только нестероидных противовоспалительных средств в случаях неосложненных воспалительных процессов (например циститов, уретритов

и т.д.), давая возможность на этом фоне организму пациента самому справляться с причиной заболевания [19].

Для лечения локального воспаления в акушерско-гинекологической практике в Европе уже более 50 лет широко используется *единственное местное нестероидное противовоспалительное средство для интавагинального применения* – бензидамина гидрохлорид, синтезированный итальянской компанией Angelini. Препарат представлен под торговым названием Тантум Роза®. Эффективность и безопасность препарата была доказана в восьми европейских исследованиях с участием более 1000 пациенток [23, 24, 26–30, 32].

Механизм действия бензидамина гидрохлорида (рис. 1) состоит в *быстром блокировании провоспалительных факторов (ИЛ-1, TNF) при сохранении достаточной продукции противовоспалительных компонентов (ИЛ-10)*. Это приводит к блокированию цитокин-индуцированной активации лейкоцитов.

Кроме того, доказано положительное влияние на лактофору влагалища за счет кислой среды, создаваемой препаратом.

Быстрый эффект бензидамина гидрохлорида в снятии острых симптомов воспаления во влагалище обеспечивается тремя составляющими:

- выраженным противовоспалительным действием за счет блокирования продукции провоспалительных цитокинов, стабилизации клеточных мембран, уменьшении проницаемости сосудистой стенки;
- выраженным обезболивающим эффектом, что позволяет быстро устранить неприятные симптомы – жжение, зуд и т.п.;
- антимикробным действием на группу условно-патогенных микроорганизмов, включая грибковую микрофлору и гарднереллу, хотя это и не является главным преимуществом препарата.

Таким образом, комплексное противовоспалительное действие Тантум Роза абсолютно правомочно назвать *патогенетическим*, в то время как применение антибиотиков в лечении вагинитов является исключительно *этиотропным*, способствующим блокированию и элиминации возбудителя без воздействия на звенья воспалительного процесса.

Схема. Причины развития хронического воспаления



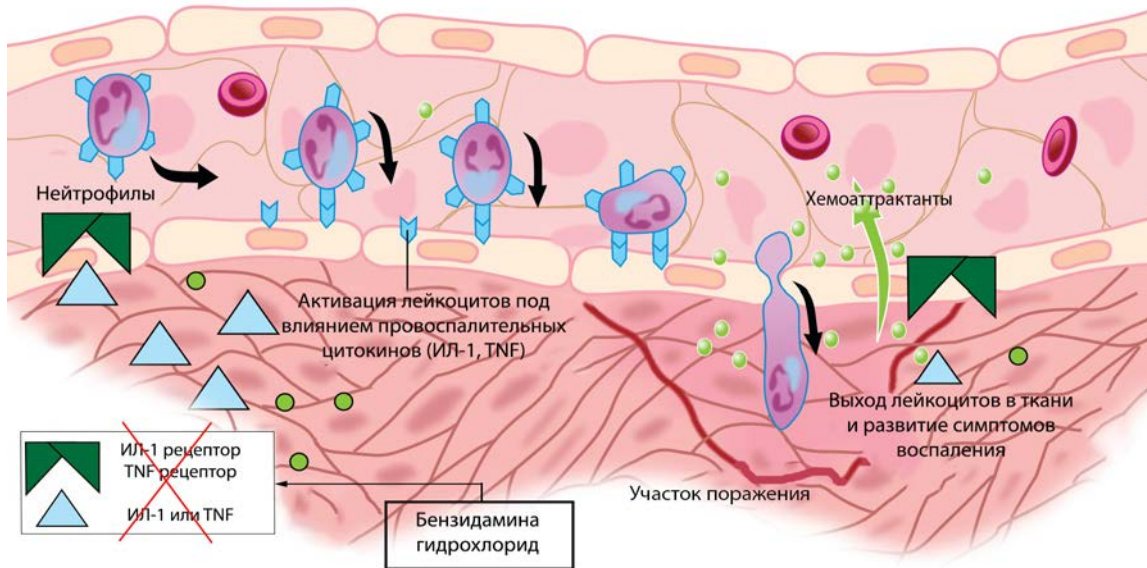


Рис. 1. Влияние бензидамина гидрохлорида на патогенез воспаления [31]

Тантум Роза за счет мощного угнетения провоспалительных цитокинов не только нивелирует острые симптомы, но и предупреждает хронизацию процесса, а значит возникновение рецидивов, поскольку в развитии как острого, так и хронического воспаления принимают участие одни и те же факторы – провоспалительные цитокины ИЛ-1, TNF, продукцию которых и снижает препарат [25, 31].

Комплексное действие Тантум Роза способствует быстрому эффекту в течение уже первых суток применения при остром воспалении и улучшению качества жизни пациентки даже до получения результатов бактериологического обследования и назначения этиотропной терапии (при необходимости) (рис. 2).

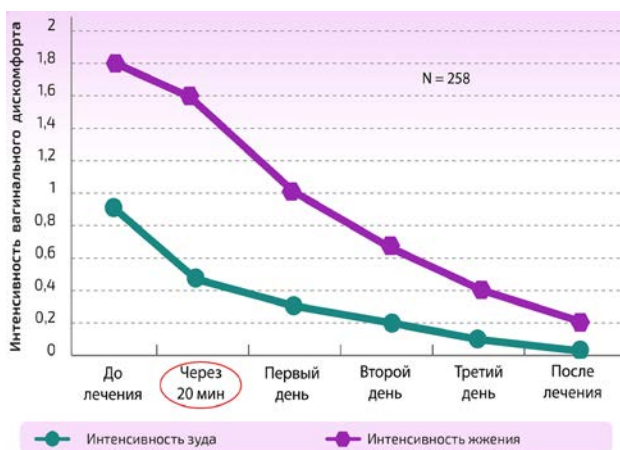


Рис. 2. Эффективность устранения зуда и жжения при терапии Тантум Роза [23]

Однако следует обратить внимание и врача, и пациентки на необходимость проведения полного курса патогенетической терапии воспаления в течение 5-7 дней, несмотря на то что облегчение наступает

уже после первого приема препарата. Это необходимо именно для того, чтобы произошло стойкое угнетение продукции провоспалительных цитокинов и цитокин-индуцированной активации лимфоцитов и на этом фоне активировалась противовоспалительная защита. Полный курс патогенетической терапии позволит ликвидировать острый процесс и предупредить его переход в хроническую стадию (рис. 3).

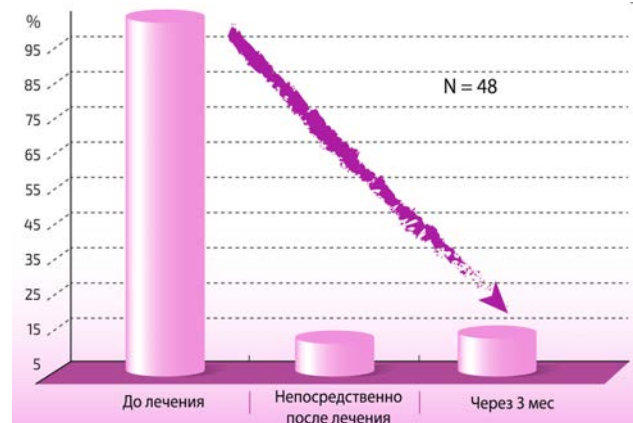


Рис. 3. Эффективность предупреждения рецидивов при терапии Тантум Роза [16]

Препарат Тантум Роза не противопоказан при беременности и лактации, что расширяет сферу его применения. У гинекологических больных этот препарат применяется в виде спринцеваний и орошений, у беременных – в виде влагалищных ванночек и наружных орошений. Поскольку беременность резко ограничивает количество разрешенных к использованию препаратов, в особенности на ранних сроках, применение этого лекарственного средства позволяет в любые сроки беременности, а также после родов, достичь быстрого терапевтического эффекта без опасности вызвать привыкание. При



выявлении патогенной микрофлоры следует применять этиотропную терапию в сочетании с патогенетическим противовоспалительным лечением бензидамина гидрохлоридом, что позволит быстро устранить симптомы острого воспаления и элиминировать возбудитель, тем самым не допустив хронизации процесса [32]. В то же время при рецидивировании заболевания зачастую уже не выявляется сам возбудитель, в этом случае местная патогенетическая терапия позволит улучшить состояние женщины.

Таким образом, препарат Тантум Роза отвечает основным требованиям:

- отсутствие негативного влияния на течение беременности;
- минимальное всасывание с поверхности влагалища, что приводит к уменьшению аллергии организма больной/беременной и обеспечению безопасности для плода;
- высокая эффективность, отсутствие привыкания, удобство применения;
- доступность для пользователей.

Критерием излеченности следует считать устранение неприятных симптомов воспаления и нормализацию вагинальной микрофлоры. Упорное рецидивирование заболевания требует от врача поиска и устранения других факторов, способствующих возникновению вагинита [9, 12, 17, 20].

В качестве заключения, следует отметить, что Тантум Роза — *единственное местное нестероидное противовоспалительное средство, применяемое в акушерско-гинекологической практике, воздействующее непосредственно на звенья патогенеза воспаления.*

Препарат, в зависимости от конкретной клинической ситуации, может применяться *самостоятельно или в комбинации с антибиотиком.*

Главными преимуществами Тантум Роза (бензидамина гидрохлорида) является быстрое устранение симптомов вагинального воспаления (зуд и жжение), предупреждение хронизации процесса и рецидивирования воспалительных проявлений именно за счет выраженного патогенетически обоснованного противовоспалительного действия.

Список использованной литературы

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз. Акушерство и гинекология. 1995. № 6. С. 13-16.
2. Бекман Ч., Линг Ф., Бажански Б. и др. Акушерство и гинекология. Москва: Мед. лит., 2004.
3. Гинекология от десяти учителей. Под ред. С. Кэмпбелла, Э. Монга. Москва: МИА, 2003; 330 с.
4. Гинекология от пубертата до постменопаузы. Практ. руководство для врачей. Под ред. Э.К. Айламазяна. Москва: МЕДпресс-информ, 2004.
5. Дмитриев Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций. Москва: Медицинская книга, 2003.

6. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем. Москва: Мед.лит., 2004; 272 с..

7. Евсеев А.А. Вагинальный дисбиоз и методы его коррекции. Вестник акушерства и гинекологии. 2007. № 4. С. 65-69.

8. Жабченко И.А., Буткова О.И., Черненко Т.С., Шевель Т.Г. Дисбиоз половых путей у беременных: причины, механизмы развития и современные методы коррекции (обзор литературы). Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». 2009. Т. 145, Ч. II. С. 124-128.

9. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Н.Т. Савченко. Москва: МЕДпресс-информ, 2007.

10. Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз. Санкт-Петербург: ООО «Нева-Люкс», 2001.

11. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2. Под редакцией В.И. Кулакова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

12. Коршунов В. М., Володин Н. Н., Ефимов Б.А., Саркисов С.Э. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. Москва, 1999.

13. Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н., Говорун В.М. и др. Бактериальный вагиноз (Пособие для врачей). Москва, 2001.

14. Муравьева В. В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.— Дисс...канд. мед. наук. Москва, 1997.

15. Назарова Е.К., Гиммельфарб Е.И., Созаева Л.Г. Дисбактериозы влагалища: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика. Москва, 2000.

16. Обоскалова Т.А. и др. Особенности современного течения инфекционных процессов половых путей у женщин и пути их коррекции. Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 5.

17. Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И. Пути повышения эффективности терапии микст-инфекций гениталий у женщин репродуктивного возраста. Медико-социальные проблемы семьи. 2012. № 1. С. 1-3.

18. Прилепская Е.А., Зайцев А.В., Тупикина Н.В. Роль междисциплинарного подхода в лечении инфекций нижних мочевых путей. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2015. № 1. С. 26-33.

19. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

20. Сидорова И.С., Боровкова Е.И. Микрофлора половых путей у женщин репродуктивного возраста. Москва: Практическая медицина, 2007.



21. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М. и др. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. Москва: МЕД-пресс-информ, 2006.

22. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. Под ред. Г.М. Савельевой. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.

23. Чайка Р. и др. Исследование эффективности бензидамина (Тантум Роза) в форме вагинального лаваж при лечении болей и дискомфорта в перинеальной области в раннем послеродовом периоде. Медико-социальные проблемы семьи. 2013. № 1 (том 18).

24. Boselli F. Comparative evaluation of some topical drugs used in the therapy of cervicovaginitis. Dept of Obst & Gyn, University of Modena (Italy), 1987.

25. Feghali C.A, Wright T.M. Cytokines in acute and chronic inflammation. Front Biosci. 1997. Jan 1; 2: P. 12-26.

26. Gine L., Ventin M., Petit J., Balaguero L. Study of benzydamine therapy of non-specific vaginitis. In: Benzydamine topical therapy in gynecology. 1988. P. 47-64.

27. Levy G. Value of benzydamine, the first anti-inflammatory vaginal solution. Rev Fr Gynecol Obstet. 1989; 84(11): 779-781.

28. Marcolin R. Benzydamine in vaginal inflammations during pregnancy. Obst & Gyn Clinic University of Padova, Italy, 1979.

29. Martella E. Enhancement by benzydamine and econazol antibacterial activity in the therapy of vaginitis in pregnancy. Obst&Gyn Dept. First University of Naples, 1987.

30. Simko M., Ponecova M., Danko J. et al. The treatment of vulvovaginitis with Tantum Rose. Obst & Gyn Clinic. Bratislava, 1999.

31. Sironi M., Massimiliano L., Transidico P. et al. Differential effect of benzydamine on pro-versus anti-inflammatory cytokine production: lack of inhibition of interleukin-10 and interleukin-1 receptor antagonist. Intern.J.Clin.Labor.Research. 2000. Vol. 30, Issue 1. P. 17-19.

32. Stelmachow J., Sawiski W., Spiewankiewicz B., Cendrowski K. Efficacy and tolerance of benzydamine in the treatment of vaginal infections. Med Sci Monit. 1998. № 4 (6). P. 1040-1042.

Сучасні уявлення щодо патогенезу та лікування запальних захворювань нижніх відділів статевих шляхів у жінок

I.A. Жабченко

У статті представлено сучасні погляди на проблему дисбіозу статевих шляхів у жінок під час вагітності та поза нею. Описано механізми та чинники ризику розвитку гострого та хронічного запалення. Запропоновано метод лікування гострих і хронічних захворювань нижніх відділів статевих шляхів за допомогою єдиного місцевого нестероїдного протизапального засобу для інтравагінального застосування бензидаміну гідрохлориду (торгова назва Тантум Роза®). Його ефективність доведено багатьма європейськими дослідженнями на більш ніж 1000 пацієнток. Можливість використання під час вагітності розширює сферу застосування препарату та забезпечує стійке покращення якості життя жінок.

Ключові слова: дисбіоз статевих шляхів, гостре та хронічне запалення, місцеве лікування, бензидаміну гідрохлорид, Тантум Роза.

Contemporary ideas about pathogenesis and treatment of inflammatory diseases of the low sections of the genital tract in women

I.A. Zhabchenko

The article presents contemporary views on the problem of genital tract dysbiosis in women during and beyond pregnancy. The mechanisms and risk factors of development of acute and chronic inflammation are described. The method of treatment of acute and chronic diseases of the lower sections of the genital tract with a single local non-steroidal anti-inflammatory agent for intravaginal use – benzydamine hydrochloride (trade name Tantum Rosa) – is proposed. Its efficacy has been proven by many European studies in over 1000 patients. Ability to use during pregnancy extends the scope of the drug and provides a sustainable improvement in the women's quality of life.

Keywords: genital tract dysbiosis, acute and chronic inflammation, local treatment, benzydamine hydrochloride, Tantum Rosa.

□

