Medical Journal

16+

Лечащий Врач

Медицинский научно-практический журнал № 12 2019

Симпозиум



ГИНЕКОЛОГИЯ

- Антибактериальная терапия в практике акушера-гинеколога
- ЭКО у «трудных» пациенток
- Окислительный стресс и эндометриоз

Коллоквиум



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- Современные алгоритмы помповой инсулинотерапии
- Дефицит витамина D у детей с ожирением
- Динамика уровня глюкозы крови после ОКС

Страничка педиатра
- Реабилитация детей с детским церебральным параличом
- Питание доношенных детей с задержкой внутриутробного роста

Актуальная тема
- Иммунопрофилактика и лечение гриппа

Клинические исследования
- Оценка эффективности применения витамина D_3 (холекальциферола) в коррекции когнитивных расстройств

ISSN 1560-5175

9 771560 517000 19012

App Store Google play

Скачай мобильную версию

Подписные индексы:
Объединенный каталог «Пресса России» **38300**
«Каталог российской прессы» **99479**
Каталог ФГУП «Почта России» **П1642**

Medical Journal
Лечащий Врач

Декабрь 2019, № 12

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости
News
Симпозиум
Symposium



Достижения, события, факты 5
Achievements, developments, facts 5
Пути повышения переносимости и приверженности антибактериальной терапии воспалительных заболеваний в амбулаторной практике акушера-гинеколога/ А. В. Воронцова, М. А. Звычайный, К. Г. Зверева, Е. Ф. Чаус, Д. В. Высоцкая, Р. А. Габбасова, Г. Т. Каранаева 6
Ways of increase of tolerance of, and adherence to antibacterial therapy/ A. V. Vorontsova, M. A. Zvychainy, K. G. Zvereva, E. F. Chaus, D. V. Vysotskaya, R. A. Gabbasova, G. T. Karanaeva 6
Возможности улучшения результативности программ ЭКО у «трудных» пациенток/ Е. Б. Рудакова, Т. В. Стрижова, Е. А. Федорова, Л. Ю. Замаховская 14
Ossibilities for improving the effectiveness of IVF programs in «difficult» patients/ E. B. Rudakova, T. V. Strizhova, E. A. Fedorova, L. Yu. Zamakhovskaya 14
Окислительный стресс и эндометриоз: обзор литературы/ Л. В. Адамян, М. М. Сонова, К. Н. Арсланян, О. Н. Логинова, Э. И. Харченко 20
Oxidative stress and endometriosis: review of the literature/ L. V. Adamyan, M. M. Sonova, K. N. Arslanyan, O. N. Loginova, E. I. Kharchenko 20

Коллоквиум
Colloquium



Клиническая и экономическая эффективность использования современных алгоритмов помповой инсулинотерапии в педиатрической практике/ О. В. Стотикова, А. В. Малкоч, М. Ф. Логачев 26
Pump insulin therapy in pediatric practice/ O. V. Stotikova, A. V. Malkoch, M. F. Logachev 26

Дефицит витамина D у детей с ожирением — кто в зоне наивысшего риска?/ И. Л. Никитина, А. М. Тодиева 31

Vitamin D deficiency in children with obesity — who is at the highest risk?/ I. L. Nikitina, A. M. Todieva 31

Динамика уровня глюкозы крови у пациентов, проходящих третий этап кардиореабилитации после перенесенного острого коронарного синдрома/ И. В. Друк, О. Ю. Кореннова, М. В. Савченко, С. П. Подольная, М. М. Ибрагимова, К. А. Неумержицкая 38

Changes in the level of blood glucose in patients at the 3rd stage of cardio-rehabilitation after acute coronary syndrome/ I. V. Druk, O. Yu. Korennova, M. V. Savchenko, S. P. Podolnaya, M. M. Ibragimova, K. A. Neumerzhitskaya 38

Страничка педиатра
Pediatrician's page

Современные методы реабилитации детей с детским церебральным параличом/ Л. Б. Куранова, Б. И. Херодинов 45

Modern rehabilitation methods of cerebral palsy in children/ L. B. Kuranova, B. I. Kherodinov 45

Питание доношенных детей с задержкой внутриутробного роста/ А. Ф. Киосов 49

Nutrition of children with delay of four domestic growth/ A. F. Kiosov 49

Актуальная тема
Topical theme

Иммунопрофилактика и лечение гриппа: успехи и проблемы/ Н. И. Брико, В. В. Никифоров, Т. Г. Суранова, Н. А. Полежаева, Т. С. Салтыкова 53

Vaccination and treatment of influenza: achievements and challenges/ N. I. Briko, V. V. Nikiforov, T. G. Suranova, N. A. Polezhaeva, T. S. Saltykova 53

Клинические исследования
Clinical trials

Оценка эффективности применения витамина D_3 (холекальциферола) в коррекции когнитивных расстройств у пациентов с цереброваскулярной болезнью/ Г. И. Шварцман, Е. М. Первова, И. В. Чистова, Е. А. Юркина 59

Evaluation of the effectiveness of vitamin D_3 (cholecalciferol) in the correction of cognitive disorders in patients with cerebrovascular disease/ G. I. Shvartsman, E. M. Pervova, I. V. Chistova, E. A. Yurkina 59

Alma mater

Последипломное образование 64

Postgraduate education 64

К концу 2020 г. в Москве охват прививками против ВПЧ увеличится до 50%

В Москве в рамках прошедшего V Городского Съезда педиатров в ходе ряда сессий эксперты обсудили вопрос вакцинации подростков против папилломавирусной инфекции (или вируса папилломы человека (ВПЧ)). Врач-эпидемиолог, заведующая организационно-методическим отделом по иммунопрофилактике ГБУЗ «Центр медицинской профилактики ДЗМ» Т. Елагина рассказала о планах расширения охвата иммунизацией против ВПЧ в Москве на следующий год.

Вакцинопрофилактика в городе Москве осуществляется в соответствии с Региональным календарем профилактических прививок. Вакцинация против ВПЧ среди девочек 12–13 лет была включена в календарь в 2009 г. Вакцинация против данного заболевания направлена на первичную профилактику ВПЧ-ассоциированных заболеваний: аногенитальных бородавок и ряда онкологических заболеваний различной локализации. Всего за 10 лет, с 2009 по 2018 гг., в Москве было привито около 12 тыс. девочек. Наибольшее количество привитых наблюдалось в 2009 г., в год включения вакцинации в календарь, — охват составил около 5% девочек. В последующие годы показатель составлял не более 2–3%.

По словам эксперта, в настоящее время в городе Москве стоит цель увеличить охват прививками против ВПЧ и, соответственно, снизить заболеваемость в будущем. На 2019 г. запланировано двукратно вакцинировать 27,5 тыс. девочек 12–13 лет (около 25% от числа девочек, прикрепленных к медицинским организациям) с использованием четырехвалентной вакцины.

В 2020 г. в Москве планируется увеличить охват против ВПЧ почти вдвое и привить до 50–55% девочек из целевых групп. Прививки можно сделать не только в поликлинике по месту прикрепления, но и по месту обучения, в медицинских кабинетах общеобразовательных школ. При этом для врачей и родителей организуются и проводятся тематические лекции и семинары, а на сайтах поликлиник размещается подробная информация о вакцинации против ВПЧ.

Жители Москвы посетили городской фестиваль «Диабет: защити свою семью»

В московском парке «Фили» прошел городской фестиваль «Диабет: защити свою семью», посвященный Всемирному дню борьбы с диабетом и пропаганде здорового образа жизни. Организаторами выступили МООИ Московская диабетическая ассоциация (МДА) в партнерстве с компанией «Ново Нордиск», научным партнером выступил Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, исследование уровня глюкозы в крови проводилось при содействии компании LifeScan. В Москве в последнее время, в соответствии с общемировой тенденцией, численность больных сахарным диабетом продолжает увеличиваться. По данным Федерального регистра диабета, в столице зарегистрировано более 360 тысяч больных. Однако реальная численность пациентов с сахарным диабетом может быть в два раза выше, так как, по мнению экспертов, более чем у половины больных сахарный диабет остается недиагностированным. Это связано со скрытым течением сахарного диабета: заболевание очень долго протекает без ярко выраженных болевых симптомов, вследствие чего больной узнает о сахарном диабете только на поздних стадиях, когда в организме уже произошли необратимые изменения. Рисками развития сахарного диабета 2 типа являются как немодифицируемые факторы — возраст, генетическая предрасположенность, так и модифицируемые факторы — лишний вес, недостаточная физическая активность, неправильное питание, стресс.

Для системы московского здравоохранения, которое является одним из передовых в мире, борьба с диабетом является приоритетной задачей. В столице действуют программы, направленные на предупреждение, раннее выявление и лечение сахарного диабета. Своевременная диагностика предиабета и корректировка образа жизни позволяют избежать или отсрочить развитие диабета 2 типа.

Большую роль в помощи пациентам с сахарным диабетом по управлению своим заболеванием играет диабетическое движение. В МДА больных с диабетом обучают активному образу жизни при данном заболевании, стремятся повысить уровень оказания медицинской, психологической и социальной помощи, распространяют информацию о заболевании и его осложнениях.

На фестивале эксперты рассказали о том, как управлять диабетом 1 типа и полноценно жить с данным диагнозом, рассмотрели нюансы путешествий с диабетом, а также рассказали в интерактивной викторине о существующих мифах относительно диабета 2 типа, который является самым распространенным. Посетители фестиваля смогли принять участие в интерактивной викторине с призами «Как защититься от диабета?» и в кулинарном мастер-классе, на котором шеф-повар и его помощники поделились рецептами блюд полезной кухни. Для участников фестиваля активисты Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» провели мастер-класс по скандинавской ходьбе, позволяющей сохранить физическую активность даже в самом пожилом возрасте. Гости фестиваля смогли получить консультацию по актуальности контроля глюкозы крови, пройти тест на риск развития диабета.

Курение увеличивает риск смерти у пациентов с фибрилляцией предсердий

Результаты анализа данных международной наблюдательной программы GARFIELD-AF свидетельствуют о том, что курение является независимым фактором повышения риска смерти у пациентов с фибрилляцией предсердий. Хроническую сердечную недостаточность и фибрилляцию предсердий (ФП) по праву можно назвать эпидемиями XXI века ввиду высокого уровня заболеваемости, развития осложнений и повышения риска преждевременной смерти пациентов. GARFIELD-AF (The Global Anticoagulant Registry in the FIELD ± Atrial Fibrillation) — это международная наблюдательная программа, направленная на расширение и углубление понимания значения профилактики инсульта и других осложнений при ФП и, в конечном счете, информирование о стратегиях улучшения результатов лечения пациентов, безопасности и использовании ресурсов здравоохранения. Основной целью анализа GARFIELD-AF была оценка воздействия кардиогенных и не кардиогенных факторов у 28 628 пациентов с ФП на прогноз риска возникновения инсульта/системной эмболии, большого кровотечения и общей смертности в течение двух лет.

Курение, как один из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе ФП, остается в центре внимания кардиопрофилактики. По результатам программы GARFIELD-AF сделан вывод о том, что употребление табака является одним из некардиогенных факторов, увеличивающих риск смерти пациентов с ФП. Таким образом, устранение этого фактора риска является одним из ведущих мероприятий в профилактике смертности и улучшении долгосрочного прогноза у пациентов с ФП, что отражено в рекомендациях Европейского общества кардиологов. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что наиболее эффективным способом помощи курящим людям в борьбе с зависимостью является фармакотерапия. В соответствии с новыми рекомендациями экспертов Американского кардиологического общества вареniклин включен в первую линию терапии пациентов с ССЗ. С учетом всех данных исследований вареniклин был признан безопасным для применения со стабильной ИБС и должен применяться с осторожностью у пациентов с ОКС.

Пути повышения переносимости и приверженности антибактериальной терапии воспалительных заболеваний в амбулаторной практике акушера-гинеколога

А. В. Воронцова*, [1], *кандидат медицинских наук*
М. А. Звычайный*, *доктор медицинских наук, профессор*
К. Г. Зверева**
Е. Ф. Чаус**
Д. В. Высоцкая**
Р. А. Габбасова**
Г. Т. Каранаева**

**** ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,** Екатеринбург*
***** МАУ ГКБ № 40,** Екатеринбург*

Резюме. Применение некоторых антибактериальных (АБ) препаратов сопровождается развитием антибиотикоассоциированной диареи (ААД) (не только во время приема препаратов, но и в течение 2 месяцев после его завершения), что снижает показатель комплаентности проводимого лечения и повышает частоту нарушения схемы приема АБ-препаратов и может негативно сказаться на эффективности назначенной терапии. Профилактическое применение масляной кислоты и инулина совместно с АБ может снизить относительный риск развития ААД и повысить комплаентность проводимого лечения и, благодаря этим эффектам, возможно, позволит повысить частоту элиминации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов при лечении воспалительно-инфекционных заболеваний и снизить вероятность развития антибиотикорезистентности.
Ключевые слова: острый цервицит, антибактериальная терапия, антибиотикоассоциированная диарея, масляная кислота.

Ways of increase of tolerance of, and adherence to antibacterial therapy

A. V. Vorontsova, M. A. Zvychainy, K. G. Zvereva, E. F. Chaus, D. V. Vysotskaya, R. A. Gabbasova, G. T. Karanaeva

Abstract. The use of certain ABs is accompanied by the development of AAD (not only during the administration of drugs, but also within 2 months after its completion), which reduces the compliance rate of the treatment and increases the frequency of violation of the schedule of AB drugs and can negatively affect the effectiveness of the prescribed therapy. The preventive use of butyric acid and inulin together with AB can reduce the relative risk of developing AAD and increase the compliance of the treatment; and due to these effects, it is possible to increase the frequency of elimination of pathogenic and conditionally pathogenic microorganisms in the treatment of inflammatory infectious diseases and reduce the likelihood of developing antibiotic resistance.
Keywords: cervicitis acute, antibacterial therapy, antibiotic-associated diarrhea, butyric acid.

Применение антибактериальных (АБ) препаратов в практике акушера-гинеколога уже давно является рутинным методом лечения, без которого трудно представить высокую эффективность терапии воспалительных гинекологических заболеваний. Однако в процессе своей ежедневной работы врач сталкивается сразу с несколькими достаточно неоднозначными проблемами при назначении АБ-препаратов. Во-первых, выбор препарата должен быть четко обоснован с точки зрения верификации патогенных и/или условно-патогенных микроорганизмов, а это, к сожалению, не всегда возможно, приходится использовать эмпирическую терапию и применять комбинированные схемы приема АБ-препаратов. Во-вторых, должны быть абсолютно верно и полностью (в соответствии с инструкцией к препарату) соблюдены режим и дозировка используемого препарата (как со стороны врача, так и со стороны пациента); в противном случае возможны или хронизация воспалитель-

[1] Контактная информация: a_valerevna@mail.ru
DOI: 10.26295/OS.2019.39.91.001

ного процесса и/или развитие антибиотикорезистентности. Вдобавок появление любых побочных эффектов от получаемого лечения приводит к уменьшению приверженности, пропуску приема препарата, снижению его эффективности или полностью к прекращению его применения, развитию антибиотикорезистентности.

Существует сложная микроэкологическая система, поддерживающая динамическое взаимовыгодное равновесие между физиологическим статусом макроорганизма (хозяина) и его заселяющими микробными популяциями; применение АБ-препаратов приводит к качественным и количественным изменениям соотношений бактериальных представителей кишечной микрофлоры — к развитию антибиотикозависимых дисбиозов, отличающихся стабильностью и имеющих серьезные последствия [1]. Антибиотикоассоциированная диарея (ААД) — три и более эпизода неоформленных каловых масс в течение 2 или более последовательных дней, развившаяся на фоне применения антибактериальных средств, и ее наиболее тяжелая клиническая форма (псевдомембранозный колит) — яркие клинические примеры проявления дисбиоза кишечника, связанного с неадекватной антибиотикотерапией [2].

Ведущим условием развития ААД и псевдомембранозного колита является подавление АБ-препаратами облигатной микрофлоры толстой кишки и индуцирование роста, размножения, а затем и доминирования условно-патогенных и патогенных бактерий, резистентных к действию используемых АБ-препаратов. Обычно симптомы диареи развиваются на 4–10 день от начала АБ-терапии, но почти у трети пациентов возможно их появление спустя 4 недели после отмены АБ-препаратов (возможно, в связи с тем, что после подавления антибиотиком эубиотной микрофлоры толстой кишки требуется определенное время для роста и размножения условно-патогенной флоры, ответственной за развитие диареи). В последнее время различные негативные последствия АБ-терапии составляют 1/3 всех случаев осложнений фармакотерапии. По разным данным, ААД развивается у 5–39% больных, принимающих антибиотики [2, 3].

Несмотря на то, что заболевание может быть спровоцировано практически любыми АБ-препаратами и антимикробными препаратами, включая метронидазол и сульфаниламиды, наиболее опасны АБ-препараты типа клиндамицина, ампициллина (5–10%), амоксициллина (10–25%), цефалоспоринов 3-го поколения (15–20%), фторхинолонов (1–2%); отсутствует риск для цефалоспоринов 1-го поколения и макролидов [4]. Выявлена отчетливая зависимость частоты ААД от принятой дозы АБ-препаратов и продолжительности его приема (меньше 3 дней и больше 7 дней). При приеме АБ-препаратов внутрь риск развития диареи увеличивается [2, 5].

Основной патогенетический механизм диареи — АБ-ассоциированный дисбиоз, характеризующийся снижением бутират-продуцирующей флоры. Масляная кислота является основным регулятором кишечной абсорбции воды и электролитов. Предполагается, что ее сниженный синтез играет важную роль в вызванной антибиотиками диарее. Также в патогенезе диареи имеет значение нарушение метаболизма углеводов, приводящее к повышению осмотического давления, и гиперсекреция из-за накопления желчных кислот. В 10–20% случаев ААД приводит к развитию *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи, когда токсины *C. difficile* обуславливают воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки через активацию цитокинов, повышение экскреции белка, нейтрофилов, моноцитов и развитие диареи преимущественно экссудативного типа. Нормальная микрофлора ЖКТ ингибирует рост *C. difficile* и выработку токсинов, но у пациентов, получающих АБ-препараты, это свойство нормальной микробиоты снижено [1, 6].

Следует добавить, что, к сожалению, развитие ААД происходит не только сразу при назначении АБ-препаратов, но и на протяжении определенного промежутка времени, когда происходят максимальное подавление нормальной микрофлоры и нарушения метаболизма кишечных бактерий. Применение АБ-препаратов повышает риск возникновения ААД и в течение 2 месяцев после прекращения антибиотикотерапии, при этом наибольший риск обнаружен на протяжении применения и в первый месяц приема АБ-препаратов [4–6].

Медицина XXI века — это медицина здоровья, цель которой — предупреждать, а не лечить болезни. Медицина 4 «П» (персонализация, предикация, превентивность, партисипативность) — принципиально новая концепция развития здравоохранения, по сути, новая парадигма медицинского мышления, медицинской помощи и взаимодействия с пациентом, направленная на доклиническое выявление заболеваний, т.е. определение предрасположенности пациента к тем или иным болезням и разработка комплекса мер по их предупреждению. Персонализация подразумевает индивидуальный подход к пациенту на основе предикации (выявлении факторов риска) и превентивности (минимизация факторов риска с целью профилактики возможных заболеваний и осложнений проводимой терапии). Однако есть и вторая сторона медали современной концепции развития здравоохранения — обязательная вовлеченность пациента в лечебно-профилактический процесс, что невозможно при низкой приверженности к проводимой терапии в случае наличия побочных эффектов [7].

В амбулаторной практике наиболее значимыми факторами риска развития ААД являются: пожилой возраст (хроническая ишемия слизистой толстой кишки на фоне атеросклероза, снижение колонизационной резистентности), применение комбинации двух антибиотиков, смена антибиотика (на 2–3 день в случае неэффективности антибиотика первой линии), длительный (более 5 дней) курс терапии, частые (2–3 раза в год) курсы антибиотикотерапии. Частота нежелательных явлений со стороны ЖКТ на фоне приема антибактериальной терапии при наличии двух факторов риска и более составляет 18% [2, 5].

В связи с тем что лечение гинекологических воспалительных заболеваний в амбулаторных условиях требует в ряде случаев назначения комбинации АБ-препаратов на протяжении длительного времени (10 дней и более), четкого соблюдения схемы и дозы приема АБ-препаратов, то предупреждение риска развития побочных эффектов, приводящих к прекращению или снижению эффективности АБ-терапии, является крайне важной задачей.

Цель исследования

Целью нашего исследования была оценка эффективности применения масляной кислоты в повышении переносимости и приверженности АБ-терапии воспалительных гинекологических заболеваний.

Задачи исследования

В задачи исследования входило: определить эффективность масляной кисло-

ты в уменьшении частоты нежелательных явлений антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (изменение частоты и консистенции стула, вздутие, тошнота); выяснить эффективность масляной кислоты в повышении приверженности АБ-терапии ВЗОМТ; установить возможное влияние масляной кислоты на эффективность собственно АБ-терапии ВЗОМТ.

Материал и методы исследования

Набор пациентов осуществлялся в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга (на базе кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России — МАУ ГКБ № 40), г. Челябинска (Муниципальное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени Городская больница № 1 Женская консультация № 4) и г. Уфы (Общество с ограниченной ответственностью клиника «МедДик»).

Основную группу составили 100 пациенток с наличием острого цервицита, получающих комбинацию двух АБ-препаратов, коррекцию биоценоза влагалища и для профилактики развития ААД комбинацию масляной кислоты и инулина (биологически активная добавка Закофальк NMX; далее Закофальк); группа сравнения — 100 пациенток, получающих только комбинацию двух антибактериальных препаратов и коррекцию биоценоза влагалища. Рандомизация в группы проводилась методом «черных конвертов». Всем женщинам во время лечения и до получения повторных результатов микроскопического и молекулярного исследований было рекомендовано использование барьерных методов предохранения (презерватив). У всех пациенток было получено добровольное информированное согласие на проведение наблюдательного исследования.

Выбор комбинации масляной кислоты и инулина в качестве пребиотика был обусловлен следующими соображениями. Большинство про- и пребиотиков действуют в проксимальном отделе толстой кишки, тогда как дистальный отдел толстой кишки в наибольшей степени подвержен риску развития заболеваний. И только медленноферментируемые пребиотики (с большей длиной цепи и разветвленные) способны оказывать частичный эффект на дистальные отделы толстой кишки. С другой стороны, дистальных отделов толстой кишки могут достичь средства в специальной лекарственной форме, например, инулин и масляная кислота в составе Закофалька. Комбинированное лекарственное средство Закофальк включает в себя инулин (250 мг в 1 табл.) и бутират кальция (250 мг в 1 табл.). Пребиотик инулин стимулирует рост полезной микрофлоры, повышая уровень продукции эндогенной масляной кислоты. Масляная кислота в составе Закофалька участвует в регуляции и нормализации процессов энергетического снабжения колоноцитов, синтеза липидов мембран, защитного барьера и проницаемости слизистой оболочки толстой кишки, подавления окислительного стресса, воспаления, колоректального канцерогенеза, восстановления водно-электролитного баланса. Совокупное действие обоих компонентов приводит к нормализации кишечной микрофлоры, ее метаболизма и состояния слизистой оболочки толстой кишки. Особенностью Закофалька является его лекарственная форма на основе полимерной мультиматриксной системы (NMX™), обеспечивающей постепенное высвобождение действующего начала на протяжении толстой кишки в течение 24 часов [6].

Критерии отбора пациенток

Критерии включения: женский пол; возраст от 18 до 45 лет; наличие цервицита, требующего назначения комбинации двух АБ-препаратов, длительностью применения 10 дней; умение читать, говорить и писать на русском языке; возможность телефонной связи; наличие рабочего холодильника для правильного хранения препарата масляной кислоты; добровольное участие в наблюдении.

Критерии исключения: тяжелое течение заболевания (выраженная лихорадка, тошнота, рвота, болевой синдром и др.); наличие показаний для оперативного лечения; гинекологическое и/или экстрагенитальные опухолевые образования; любое хроническое заболевание, в том числе эндокринной этиологии, требующее лечения; аллергия на любое из следующих лекарств: группа пенициллинов, группа макролидов, ципрофлоксацин; аллергия на клубнику и/или молочный белок; непереносимость лактозы; активная диарея на момент осмотра (три или более жидких стула в день в течение двух дней подряд); наличие в анамнезе заболеваний ЖКТ и/или оперативных вмешательств на ЖКТ; прием любых желудочно-кишечных лекарств, то есть лекарств от синдрома раздраженного кишечника, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, воспалительных заболеваний кишечника и т.д.; заболевания сердца, включающие вальвулопатии или кардиохирургию, любое имплантируемое устройство или протез; беременность или планирование беременности в ближайшее время; отсутствие предохранения от нежелательной беременности; лактация; одновременный прием про- и пребиотиков.

Для минимизации возможных сложностей в интерпретации эффективности антибактериального лечения все пациентки имели одинаковую нозологию (острый цервицит), принимали одинаковую системную АБ-терапию, направленную на элиминацию (в соответствии с нозологией, клиническими рекомендациями и инструкцией к препарату) патогенных и/или условно-патогенных микроорганизмов и одинаковую коррекцию биоценоза влагалища (в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ)). Системная антибактериальная терапия подбиралась на основании результатов микроскопического исследования цервикального содержимого, результатов молекулярно-биологического исследования Фемофлор 16 и включала амоксициллин/клавулановую кислоту по 1 г каждые 12 часов 10 дней и джозамицин по 500 мг 2 раза в день 10 дней. Коррекция биоценоза проводилась в зависимости от данных микроскопического исследования и результатов проведения Фемофлор 16 (содержимого из влагалища). Масляная кислота (Закофальк) принималась по 2 таблетки однократно утром с первого дня приема антибактериальной терапии на протяжении 14 дней (в соответствии с инструкцией к препарату).

Дизайн проспективного рандомизированного наблюдательного исследования состоял из «нулевого визита», во время которого проводилось обследование пациенток и установление диагноза «Воспалительные заболевания шейки матки — цервицит» (N72, МКБ-10) в соответствии с клиническим протоколом; первого визита — получение согласие на участие в наблюдательном исследовании, рандомизация, выявление факторов риска развития ААД, заполнение регистрационной карты; второго визита (через 14 дней) — оценка состояния пациентки, эффективности и переносимости терапии, побочных эффектов, приверженности лечению;