

УДК 618.15-002-08

© О. А. Коробкова, О. В. Гусаківська, 2011.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНІЛЬНИХ ВАГІНІТІВ

О. А. Коробкова, О. В. Гусаківська

Кафедра акушерства і гінекології медичного факультету (зав. кафедри – проф. В. В. Сімрок), ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ.

ESPECIALLY TREATMENT THE SENILE VAGINITIS

H. Korobkova, O. Gusakivska

SUMMARY

The stable microecological system of a vagina is necessary for maintenance and preservation of health of female reproductive system. Treatment of the senile vaginitis accompanied by development of disbiotic infringements, necessarily should include medical products, could correct quantitative and qualitative structure of micro flora and locally hormonal therapy.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНИЛЬНЫХ ВАГИНИТОВ

Е. А. Коробкова, О. В. Гусаковская

РЕЗЮМЕ

Для поддержания и сохранения здоровья женской репродуктивной системы необходима стабильная микроэкологическая система влагалища. Лечение синильных вагинитов, сопровождающихся дисбиотическими нарушениями, обязательно должно включать лекарственные средства, корригирующие количественный и качественный состав микрофлоры и местную гормональную терапию.

Ключові слова: синільний вагініт, вагіноз, діагностика, лікування.

Проблема постменопаузи придбала останніми роками особливе значення у зв'язку із значним збільшенням тривалості життя жінок, що особливо чітко просліджується в розвинених країнах. Проте, той період життя, за рахунок якого збільшується ця тривалість, характеризується віковими інволютивними змінами, що нерідко виходять за рамки фізіологічних процесів старіння, розвитком ряду патологічних симптомів, синдромів і захворювань [2, 6].

Симптоми урогенітальних порушень виникають приблизно через 3-5 років і більш після припинення менструацій і надалі прогресують, призводячи до функціональних і анатомічних змін не лише піхви, уретри, сечового міхура, сечоводів, але і патологічних процесів шийки матки [1, 2]. Дефіцит естрогену закономірно викликає порушення проліферативних процесів вагінального епітелію, пригнічення мітотичної активності клітин, в першу чергу базального і парабазального шарів, зміна чутливості рецепторного апарату. Як відомо, специфічна регуляція піхви визначається рецепторами до естрогену, протеїнами, альтернативними гормонами, клітинними елементами імункомпетентних клітин [4, 6]. У міру прогресу естрогенного дефіциту на тлі загальних інволютивних змін в організмі відбувається значна зміна мікроцинозу піхви. В період постменопаузи захисні властивості епітелію втрачаються, слизова оболонка піхви стоншується, легко покривається виразками з подальшим інфікуванням не лише патогенними, але і умов-

нопатогенними мікроорганізмами. У міру прогресу дефіциту естрогену наростають і атрофічні зміни в піхві, які характеризуються: зниженням кровотоку і кровопостачання; фрагментацією еластичних колагенових волокон і гіалінозом; зменшенням вмісту глікогену в клітинах епітелію піхви; зниженням колонізації лактобацил; значним зниженням кількості молочної кислоти; підвищенням рН піхви до 5,5-6,8.

Із збільшенням тривалості постменопаузи відбувається різке облужнення вагінального середовища, розвиток дисбіотичних і атрофічних процесів. Клінічними проявами атрофічних вагінітів і цервіцитів є вельми характерні скарги на сухість, свербіння, виділення з піхви, що носять тривалий, рецидивуючий і наполегливий характер, кров'яні виділення при фізичному навантаженні і статевих контактах, різні сексуальні порушення, аж до неможливості статевої близькості [2, 4, 6].

Особливістю клінічного перебігу вікової патології є нерідке інфікування стоншених і атрофічних тканин. В такому разі на перший план виступають симптоми того або іншого інфекційного процесу (кандидоз, хламідіоз і так далі). Проте, враховуючи те, що безладні статеві зв'язки у жінок в постменопаузі дуже рідкі, рідка і частота специфічних процесів у статевих органах [2, 5].

Слід зазначити, що основна помилка у веденні цього контингенту хворих полягає в призначенні тривалої, немотивованої, безконтрольної антибіотикоте-

рапії, протівірусного і інших видів лікування, що призводять до посилення вираження інволютивних змін [3, 5, 6]. Отже, відновлення захисної мікрофлори і паралельне відшкодування проліферуючого, зрілого вагінального епітелію є абсолютно необхідними з метою запобігання рецидивування і реінфікування.

Метою дослідження було з'ясування терапевтичних можливостей препарату Біосар Femі і інтравагінальних супозиторіїв Естріол-м в комплексному лікуванні синіальних вагінітів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ми вивчили вагінальну мікробіологію в 80 хворих у постменопаузі з тривалістю її від 1 року до 10 років. Жінки, які дали свою письмову згоду, були у віці від 50 до 63 років. У всіх хворих заздалегідь були виключені специфічні інфекції, які передаються статевим шляхом. Для виявлення тягаря атрофічних процесів у піхві ми використовували кольпоцитологічні методи дослідження: визначення значення зрілості вагінального епітелію, підрахунок індексу вагінального здоров'я, вивчення вагінального мікроценозу.

Первинно всі жінки отримували стандартну етіотропну терапію, що базується на діагнозі. З патогенетичною метою ми використовували вагінальні супозиторії, які містять естріол – Естріол-м, 1 супозиторія 1 раз на день протягом 2-х тижнів, потім протягом 3-х місяців 1 супозиторія 2 рази в тиждень, підтримуюча доза – 1 супозиторія 1 раз на тиждень. Всі пацієнтки, окрім замісної гормональної терапії, отримували вагінальні супозиторії для відновлення флори Біосар Femі, 1 супозиторія 2 рази в день протягом 5-7 днів.

Біосар Femі – поліпробіотик, який зберігає баланс вагінальної флори. Одна вагінальна капсула (550 міліграм) містить високоефективну комбінацію живих бактерій: *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus salivarius*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus rhamnosus*, Лактоферін 3 міліграми на капсулу.

Bifidobacterium bifidum і *Lactobacillus salivarius* – бактерії-симбіонти, володіють посиленням протигрибковим ефектом, а Лактоферін – це природний антисептик.

Переваги Біосар Femі: 5 штамів лактобацил максимально активно продукують пероксид водню і молочну кислоту; Біфідобактерії – потужний природний бар'єр для адгезії і проникнення патогенів в епітелій піхви; Лактоферін – природний антисептик з високою антикандидозною активністю підвищує ефективність лікування кандидозу піхви; діє місцево, максимально прискорює одужання.

Перший контроль лікування (К1) здійснювався через 5-7 днів після закінчення відновної терапії. Другий контроль (К2) проводили через 4-5 тижнів після закінчення терапії. Ефективність лікування оцінювалася як дослідником, так і пацієнткою по 4-х бальній шкалі (поліпшення: повне, значне, середнє, погане).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих з тривалістю постменопаузи до 5 років у 45,0% пацієнток виявлений бактерійний вагіноз, у 10,0% пацієнток встановлений неспецифічний кольпіт, що характеризується помірно запальною реакцією (до 25-30 лейкоцитів в полі зору), невеликою кількістю однорідної мікрофлори, представлені грампозитивними коками. В 45,0% хворих, не дивлячись на виражені клінічні симптоми атрофічного вагініту, визначався нормоценоз.

У хворих з тривалістю постменопаузи 7-10 років в 52,5% випадків виявлений атрофічний вагініт, в 22,5% – бактерійний вагіноз, а в 25,0% – встановлений нормоценоз, що має деякі мікробіологічні особливості. Склад мікрофлори, яка класифікується як нормоценоз, зазнає певні зміни: відмічається тенденція до зниження концентрації лактобактерій і зростання титру умовнопатогенних мікроорганізмів. Зниження титру лактофлори у поєднанні з присутністю у вагінальному вмісті парабазальних клітин може вважатися ознакою наростання атрофічних процесів у слизовій оболонці піхви унаслідок прогресуючого естрогенного дефіциту.

Дані кольпоцитології свідчать про виражений дефіцит естрогену, переважають мазки атрофічного і цитолітичного типу, які зустрічаються у 67,5% жінок з тривалістю менопаузи більше 5 років. Підрахунок каріопікнотичного індексу і індексу дозрівання дозволяє точніше визначити міру естрогенних впливів (естрогенний дефіцит), у постменопаузі не перевищує 15,0-20,0% і коливається від 0 до 20 (помірний дефіцит).

Із збільшенням тривалості постменопаузи зростає рН вагінального секрету до 6,0-7,0 в постменопаузі тривалістю більше 5 років. Проведення кольпоцитологічного дослідження демонструє зниження показників кольпоцитології. Так, значення зрілості вагінального епітелію знижується від 65-70 в пременопаузі до 15-35 в постменопаузі тривалістю більше 5 років. У хворих з урогенітальними розладами змінюється індекс вагінального здоров'я, в оцінку якого входить і рН. У постменопаузі він знижувався до 1-2 балів.

При проведенні лікування перше суб'єктивне поліпшення симптоматики було відмічене між 5-м і 8-м днями терапії. Ступінь чистоти піхви прогресувала таким чином, що при другому контролі 3 і 4 ступені не виявлялися взагалі, тоді як кількість випадків визначення 2 ступеню чистоти піхви виразно збільшилася. Варто відзначити, що дані показники міри чистоти збереглися в 88,8% випадків після першого контролю і в 75,0% випадків – після другого. Це свідчить про успішну імплантацію лактобактерій протягом перших 7 днів. Цей відсоток трохи знизився після другого контролю, під час якого лактобактерії не вводилися.

Таким чином, був досягнутий такий стан рівноваги екосистеми, який відповідає статистичному розподілу в популяції здорових жінок. За час терапії зни-

звився рівень рН вагінального вмісту у всіх жінок. Індекс вагінального здоров'я збільшився з 1-2 до 3-4 балів. Коефіцієнт зрілості вагінального епітелію зріс

до 35-45. Сумарно, ефективність терапії, як параметр, оцінювалася фахівцями і пацієнтками на рівні 90,0% як повна/значна (таблиця).

Таблиця 1

Оцінка терапії пацієнтками і лікарями

| | Первинний контроль | | | | Вторинний контроль | | | |
|-----------|--------------------|--------|---------|--------|--------------------|--------|---------|--------|
| | Повна | Значна | Середня | Погана | Повна | Значна | Середня | Погана |
| Пацієнтки | 67 | 11 | 2 | – | 62 | 17 | 1 | – |
| % | 83,7 | 13,8 | 2,5 | – | 77,5 | 21,3 | 1,2 | – |
| Лікарі | 68 | 9 | 3 | – | 52 | 23 | 5 | – |
| % | 85,0 | 11,3 | 3,7 | – | 65,0 | 28,7 | 6,3 | – |

ВИСНОВКИ

1. Комплексна місцева терапія є високоефективним і безпечним видом терапії атрофічних процесів нижніх відділів генітального тракту, сприяє посиленню проліферативних процесів слизової оболонки піхви, поліпшенню кровопостачання, швидкій нормалізації вагінальної мікрофлори.

2. Препарати естріолу і препарати з лактобактеріями можуть призначатися жінкам як з лікувальною, так і профілактичною метою впродовж тривалого періоду з проведенням контрольного гінекологічного, цитологічного, клінічного обстеження. При виборі терапії лікар повинен керуватися накопиченим клінічним досвідом і перевагою пацієнтки.

3. Простими критеріями контролю комплексної терапії при лікуванні хворих з синільним вагінітом, що відображає міру зрілості вагінального епітелію, є визначення рівня рН, значення зрілості вагінального епітелію і індексу вагінального здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Байракова Г. Р. Современные принципы диагностики и лечения бактериальных вагинозов / Г. Р. Бай-

ракова, В. Н. Прилепская // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – № 4. – С. 102–104.

2. Балан В. Е. Патогенез атрофического циститрита и различные виды недержания мочи у женщин в климактерии / В. Е. Балан, А. С. Анкирская, З. Т. Есесидзе [и др.] // Consilium medicum. Com. – 2001. – Т. 3, № 7. – С. 326–331.

3. Вихляева Е. М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни / Вихляева Е. М. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 448 с.

4. Коршунов В. М. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах / Коршунов В. М., Володин Н. Н., Ефимов Б. А. – М., 1999. – 123 с.

5. Мазанкова Л. Н. Пробиотики на современном этапе – клинические подходы и области применения: пособие для врачей / Мазанкова Л. Н., Шевелёва С. А., Лыкова Е. А. – М., 2005. – 40 с.

6. Сметник В. П. Медицина климактерия / под ред. В. П. Сметник. – М.: Изд. «Литера», 2006. – 847 с.