

УДК 618.1-089-06+618.1-002-084

© А. Я. Сенчук, І. О. Доскоч, Д. П. Разумейко, 2011.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ МАЛИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

А. Я. Сенчук, І. О. Доскоч, Д. П. Разумейко

Кафедра акушерства та гінекології (зав. кафедри – проф. А. Я. Сенчук), Київський медичний університет УАНМ, м. Київ.

EFFECTIVENESS OF PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS FOLLOWING MINOR SURGICAL OPERATIONS IN GYNECOLOGICAL PRACTICE

A. Ya. Senchuk, I. O. Doskoch, D. P. Razumeyko

SUMMARY

To prevent inflammatory complications following gynecological minor surgical operations in patients with vulvovaginitis caused by microbe associations a complex anti-inflammatory preparation Neotrizol was administered intravaginally. Results of its use showed high effectiveness (92,4%), safety and good tolerance by patients. Effectiveness of treatment has been seen in eradication of clinical (2-3 days), microscopic and bacteriological signs of vulvovaginitis, restoration of normobiocenosis of vagina.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МАЛЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. Я. Сенчук, І. О. Доскоч, Д. П. Разумейко

РЕЗЮМЕ

С целью профилактики воспалительных осложнений после малых хирургических вмешательств в гинекологии у пациенток, страдающих вульвовагинитом, обусловленным микробными ассоциациями, интравагинально был использован комплексный противовоспалительный препарат Неотризол. Результаты его использования показали высокую эффективность (92,4%), безопасность и хорошую переносимость пациентками. Эффект лечения проявляется в ликвидации клинических (на 2-3-и сутки), микроскопических и бактериологических признаков вульвовагинита, восстановления нормобиоценоза влагалища.

Ключові слова: запальні ускладнення, малі хірургічні втручання, вульвовагініт, мікробні асоціації.

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів, як інфекційного, так і дисбіотичного генезу є досить актуальною проблемою в акушерській та гінекологічній практиці. Передусім це пов'язано зі значним зростанням в останні роки частоти вагінальних інфекцій, які посідають провідне місце у структурі акушерсько-гінекологічної захворюваності і є найчастішою причиною звернення жінок до гінеколога [1, 4, 5]. Серед вагінальних інфекцій найчастіше трапляються порушення екосистеми піхви, які у 90% випадків проявляються бактеріальним вагінозом, вульвовагінальним кандидозом, трихомоніазом і комбінацією цих збудників [2, 8, 9].

Під час вибору лікувального засобу для терапії вагінальних інфекцій необхідно визначити всі фактори, які сприяли інфікуванню і подальшому розвитку інфекції. Слід виходити з постулатів про те, що жіночий організм у разі нормальних умов існування надійно захищений від агресивного оточення, циклічні гормональні зміни призводять до постійного і якісного очищення статевих органів і органів-мішенів від інфекційних чинників, які постійно потрапляють до статевих органів жінки.

На превеликий жаль, недотримання правил особистої гігієни, проведення хибних гігієнічних заходів (часте спринцювання, спринцювання із застосуванням антисептиків, травматичне гоління шкіряних поверхонь вульви і лобка), травматичні ушкодження вульви і промежини в пологах, травматичні гінекологічні маніпуляції, розриви шийки матки з наступним формуванням ерозивного ектропіона, ранній початок статевого життя, неконтрольоване статеве партнерство, порушення циклічних гормональних перетворень і тяжка екстрагенітальна патологія стають причиною ушкодження, призводять до послаблення або знищення анатомічних біологічних, біохімічних і імунологічних факторів захисту і знищення колонізаційної резистентності біотопу піхви.

Необхідність застосування комбінованих лікувальних засобів для лікування запальних захворювань вульви та піхви обумовлена тим, що більш ніж у 80,0% пацієнток діагностується змішаний протозойно-бактеріально-грибковий запальний процес. Мікробні асоціації підвищують вірулентність мікроорганізмів, що, в свою чергу, сприяє більш вираженому росту

патогенних властивостей. Слід також враховувати той факт, що трихомонада є резервуаром для хламідій, уреаплазм, гонококів, стафілококів, грибів та інших збудників вагінальних інфекцій.

Багатьма дослідниками [2, 3, 7] доведено, що місцеве використання комбінованих протимікробних препаратів (антипротозойна+протигрибкова+антибактеріальна дія), дозволяє ефективно впливати на всі етапи патогенезу запалення і значно збільшити спектр терапевтичного впливу. Висока привабливість та ефективність місцевої терапії пояснюється безпосереднім потраплянням дійових речовин у вогнище інфекції, відсутністю системної дії на організм жінки і мінімальним ризиком побічних реакцій.

Представником групи таких препаратів є комбінований препарат для місцевого використання Неотризол, який випускається у вигляді вагінальних таблеток і містить у своєму складі орнідазол – 500 мг; неоміцина сульфат – 100 мг; міконазол – 100 мг та преднізолон 3 мг.

Метою нашого дослідження було вивчення терапевтичної ефективності та безпеки вагінального застосування препарату Неотризол у гінекологічній практиці за наявності у пацієнтки вульвовагініту, обумовленого мікробними асоціаціями.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Згідно з поставленою метою, було проведено клініко-лабораторне та мікробіологічне обстеження 100 жінок віком від 19 до 47 років, середній вік склав $33,8 \pm 5,6$ років. Серед обстежених переважали працівники офісів, торгівлі і студентки. У 3-х (10,0%) пацієнток виявлений професійний контакт з токсичними речовинами. Тривалість даного захворювання становила від 7 до 26 днів. Усі пацієнтки вперше використовували препарат Неотризол. Схема лікування була призначена згідно інструкції – по 1 таблетці 1 раз на добу на ніч протягом 8 днів.

Оцінка ефективності протизапальної терапії проводилась за динамікою скарг, гінекологічного огляду та лабораторних досліджень вмісту піхви по закінченню курсу лікування.

Усі пацієнтки були обстежені за такими показаннями:

- звернулися для амбулаторного обстеження у зв'язку зі скаргами на свербіння печію та гіперсекрецію у зоні вульви та піхви – 42 пацієнтки;

- перед оперативним лікуванням гінекологічних захворювань – 7 жінок;

- перед встановленням внутрішньо маткового контрацептиву (ВМК) – 4 хворі;

- перед оперативними втручаннями на шийці матки (діатермо-, лазерна та кріохірургія) – 19 жінок;

- перед внутрішньоматковими втручаннями (штучний аборт, вакуум-регуляція менструального циклу, гістерографія, гістероскопія) – 28 пацієнток.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Соматичний анамнез вказував на наявність високої частоти екстрагенітальних захворювань у обстежених хворих. Так, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту діагностовано у 17 (17,0%) пацієнток, збільшення щитовидної залози І і II ступеня виявлене у 12 (12,0%), запальні захворювання нирок – у 6 і серцево-судинної системи – у 23 хворих з вульвовагінітами.

Гінекологічний анамнез у 67 (67,0%) хворих був обтяжений медичними і мимовільними абортами, запальними захворюваннями статевих органів – у 58 (58,0%). При опитуванні також з'ясовано, що тільки 13 (13,0%) жінок звернулися по допомогу з приводу кольпиту вперше, а решта пацієнток (87,0%) неодноразово лікувалася різними засобами, зокрема із застосуванням самолікування.

Обстежені жінки використовували різні методи контрацепції, і основним методом захисту від вагітності був фізіологічний з використанням в небезпечні дні презерватива – 33 (33,0%), переривали статевий акт 29 (29,0%) і віддали перевагу ВМК 14 (14,0%) пацієнток. Оральні гормональні контрацептиви використовували 24 (24,0%) жінки.

Хворі скаржилися на білі (100,0%), свербіння і печіння в ділянці зовнішніх статевих органів (39,0%) і в піхві (46,0%), неприємні відчуття під час і після статевого акту (26,0%), відзначали дизуричні явища (16,0%).

Скарги пацієнток до та після місцевого лікування вульвовагінітів Неотризолом наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Скарги хворих із вульвовагінітом до та після місцевого лікування Неотризолом (абс./%)

Скарги	До лікування n=100	Після лікування n=92
Білі	100/100,0	7/7,6
Свербіння і печіння в піхві	46/46,0	2/2,2
Свербіння і печіння у ділянці вульви	39/39,0	2/2,2
Диспареунія	26/26,0	0/0
Дизуричні явища	16/16,0	0/0
Відсутність скарг	0/0	85/92,4

Макроскопічна оцінка кількості вагінальних білей була оцінена як незначна у 13 (13,0%), помірна – у 26 (26,0%) і значна – у 61 (61,0%) пацієнтки.

Характер вагінальних білей був різним: переважали слизові виділення – у 10 (10,0%), сирні – у 21 (21,0%), гнійні – у 15 (15,0%), сукровичні – у 3 (3,0%), пінисті – у 18 (18,0%). Найчастіше пацієнтки відзначали змішаний характер виділень, від водянистих, слизисто-гнійних – до рясних водянистих з домішкою сирних і пінистих (76,0%) виділень.

Під час первинного візуального і кольпоскопічного обстеження у 56 (56,0%) пацієнток виявили гіперемію шкіри і слизових оболонок вульви і піхви і у 100% хворих – гіперемію і набряк слизової піхви. У 39,0% хворих наявні явища ендocerвіциту і дисплазії епітелію вагінальної частини шийки матки. Серед кольпоскопічних картин переважали ектопія циліндричного епітелію (56,0%), доброякісна (30,0%) і передухлинна (40,0%) незавершена зона трансформації епітелію.

Бактеріоскопічні дослідження вагінальних мазків у всіх пацієнток виявили III і IV ступінь чистоти вагінальної флори. За III-го ступеня в мазку визначалися невелика кількість паличок Додерлейна, багато лейкоцитів, помірна кількість епітелію, значна кількість кокової флори. Реакція виділень була слабокислою. За IV-го ступеня чистоти палички Додерлейна були відсутні, визначалася велика кількість лейкоцитів і кокової флори. Реакція виділень в 90,0% випадків була лужна, у інших – нейтральна. Середня кількість лейкоцитів у мазках становила $44,5 \pm 6,8$, у 40,0% мазків кількість епітелію визначалася як значна, у 48,0% – як помірна і у 12,0% пацієнток епітеліальні клітини виявлялися рідко.

Результати бактеріологічних досліджень свідчать про те, що вульвовагініти мають перебіг на фоні значного порушення піхвової екосистеми, яке проявляється підвищенням випадків інфікування хворих мікробними асоціаціями з перевагою анаеробних мікроорганізмів і зниженням виявлення мікроорганізмів, які формують нормальну мікрофлору.

За результатами наших досліджень, виявлено, що у 93,0% (93 хворих) випадків мають місце мікробні асоціації, які були представлені факультативними аеробними (*Staphylococcus epidermidis* – 22,0%; *Streptococcus b.Hemolyticus* – 30,0%; *Echerichia coli* – 26,0%; *Candida albicans* – 36,0%) і більшою мірою анаеробними (*Bacteroides Melaninosenicus* – 36,0%; *Bacteroides species* – 30,0%; *Gardnerella vaginalis* – 26,0%; *Peptococcus species* – 23,0%) мікроорганізмами. *Lactobacillus species* виявлені нами у 22 (22,0%) хворих, а *Bifidobacterium species* були виявлені в 13 пацієнток (13,0% випадків).

Ефективність лікування, в першу чергу, проявилася відсутністю скарг у цих жінок і досягненням I і II ступеня чистоти вагінальної флори у 92,4% пролікованих пацієнток.

Слід відзначити гарну переносність місцевого застосування Неотрізола хворих із вульвовагінітами.

Контрольне обстеження через 1-2 тижні після закінчення прийому препарату було здійснено у 92 пацієнток і вказувало на наявність позитивного результату у 85 випадках (92,4%). Вже на 2-3 день після початку терапії пацієнтки відмічали значне зменшення виділень, неприємного запаху та відчуття дискомфорту. У таблиці 1 наведені дані про жалоби і їх характер після лікування. Порівняльний аналіз скарг вказує на високу клінічну ефективність місцевого застосування препарату Неотрізол для лікування вульвовагінітів.

За результатами мікроскопії вмісту піхви після проведеного лікування, середня кількість лейкоцитів у мазках становила $10,3 \pm 3,1$, середня кількість епітелію: значна – 10,0%, помірна – 26,0%, зрідка – 64,0% мазків.

За результатами бактеріологічних досліджень, виконаних через 1 місяць після лікування, виявлено відсутність мікробних асоціацій, *Lactobacillus species* виявлені нами у 90% хворих, а *Bifidobacterium species* були виявлені у 83,0% випадках.

Звертав на себе увагу той факт, що у 64 (75,3%) з 85 хворих, у яких ми отримали позитивний ефект від лікування, ми спостерігали відновлення мікробіоценозу піхви, а саме: мікроскопічно в препаратах мазків з піхви у незначній та у помірній кількості ми виявляли палички Додерлейна. Цей факт вказує на відсутність негативного впливу Неотрізола на представників нормальної флори піхви, а ліквідація запального процесу в піхві сприяє швидкій її колонізації паличками Додерлейна.

Наступне призначення Вагілака у молодих жінок і Гінофлора у пацієнток періоду перименопаузи сприяло стійкому поновленню екосистеми піхви в усіх 85 жінок з первинно позитивним ефектом від лікування Неотрізолом.

Вивчення причин рецидиву захворювання показало, що три з семи жінок після лікування мали статеві стосунки із непролікованими партнерами. Аналіз результатів повторного обстеження 7 хворих, у яких лікування Неотрізолом було неефективним, мікроскопічно показав наявність міцелію і спор грибів, а також велику кількість Гр-негативних мікроорганізмів. Мікробіологічне обстеження вказувало на наявність асоціатів анаеробних мікроорганізмів з грибами роду *Candida*. Наступне визначення чутливості грибів і мікроорганізмів до антибіотиків дозволило визначитись із призначенням загальної і місцевої протизапальної терапії, яка була ефективною.

Застосування Неотрізола для місцевого лікування вульвовагінітів не спричиняло сенсibiliзації і виражених негативних реакцій. У 6-ти хворих на 2-3-й день після початку лікування ми зареєстрували збільшення сили печії і свербіння. Згідно інструкції, хворі не переривали прийом препарату і протягом 1-2-ої доби означені симптоми зникли.

Отже, місцеве застосування комбінованих препаратів для лікування вульвовагінітів є високоефективним, безпечним і добре переноситься пацієнтками. Ефективність становить 92,4% від пролікованих і повторно обстежених пацієнток. Ефект лікування проявляється у ліквідації клінічних (на 2-3-тю добу), мікроскопічних і бактеріологічних ознак вульвовагініту, поновленні нормобіоценозу піхви. Призначення місцевої протизапальної терапії хворим із вульвовагінітом, яким будуть проведені інвазивні втручання на статевих органах, дає змогу запобігти тяжким запальним ускладненням у післяопераційному періоді. Комплексний протизапальний препарат Неотризол можна вважати препаратом першого вибору для місцевого лікування вульвовагінітів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гнатко Е. П. Комбинированные препараты местного назначения в лечении вагинальных инфекций / Е. П. Гнатко // *Здоровье женщины* – 2007. – № 2 (30). – С. 116–118.
2. Інфекції та вагітність / Б. М. Венцківський, А. В. Заболотна, О. О. Зелінський, А. Я. Сенчук. – Одеса, 2007. – 362 с.
3. Коган Б. Г. Нитроимидазолы вчера и сегодня – 50 лет в борьбе с трихомонозом / Б. Г. Коган, Ю. Г. Бондаренко // *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2007. – № 5 (34). – С. 1–7.
4. Нагорная В. Ф. Двухступенчатый подход к лечению вагинальных инфекций / В. Ф. Нагорная // *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2007. – № 1 (30). – С. 188–189.
5. Романенко Т. Г. Коррекция нарушений микробиоценоза половых путей у женщин группы высокого риска / Т. Г. Романенко, Е. В. Форостяная // *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2004. – № 4 (20). – С. 114–115.
6. Телешова Л. Ф. Функциональная активность нейтрофилов вагинального секрета у женщин с вульвовагинитами / Л. Ф. Телешова, В. Ф. Долгушине, В. В. Сахарова // *Иммунология*. – 1999. – № 1. – С. 51–54.
7. Abherenced Lactobacillus to vaginal epithelial cells from women with or without a history of recurrent urinary tract infection / L. Kwok, A. E. Stapleton, W. E. Stamm [et. al.] // *J. Urol.* – 2006. – № 176 (5). – P. 154–162.
8. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence / E. Deligeoroglou, N. Salakos, E. Matrakis [et. al.] // *Clin. Exp. Obstetr. Gynecol.* – 2004. – Vol. 31, № 3. – P. 175–178.
9. Kirakoya-Samandonlougou F. Bacterial vaginosis among pregnant women / F. Kirakoya-Samandonlougou, N. Nagot // *Sexually Transmitted Diseases*. – 2008. – № 35 (12). – P. 985–989.