

## ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В заключение следует подчеркнуть, что, помимо проведения комплексной этиотропной и патогенетической терапии, важную роль играет профилактика БВ, включающая изучение здоровья женщин, оценку особенностей сексуального поведения, гигиены и факторов риска развития заболевания.

## Литература

1. Сметник ВЛ, Тумилович ЛГ. Неоперативная гинекология. М., 2001; с. 313–25.
2. Адашкевич ВП. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. М.: Медицинская книга, 1999.
3. Саулева Т. Современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику и лечение бактериального вагиноза как заболевания, передаваемого половым путем. Вісник морської медицини. 2000; 3 (11).
4. Венцковский БМ, Цыткун АГ, Бакиев СН, и др. Эффективность применения вакцины «Солкотриховак» у женщин с трихомониазом, бактериальным вагинозом и вагинальным кандидозом. Здоровье женщины. 2004; 2: 1–5.
5. Eschenback DA, Hiller SL. Diagnosis and clinical manifestation of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 2002; 158: 819–28.
6. Ефимов БА, Тютюнник ВЛ. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему. РМЖ. 2008; 16 (1): 18.
7. Тютюнник ВЛ. Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза. Фарматека. 2005; 2 (98): 20–4.
8. Байрамова ГР. Бактериальный вагиноз. Гинекология. 2001; 2 (3): 52–4.
9. Краснополский ВИ. Патология влагалища и шейки матки. М., 1997; 82–5.
10. Собель ДжД. Вульвовагинит у здоровых женщин. Сравнительная терапия. 1999; 25: 335.
11. Thomason JL, Gelbard SM, Scaglione NJ. Bacterial vaginosis: current review with indications for asymptomatic therapy. Am J Obstet Gynecol 2001; 165 (4): 1210–7.
12. Meizoso T, Rivera T, Fernandez-Acenero MJ et al. Intrauterine candidiasis: report of four cases. Arch Gynecol Obstet 2008; 24 (4): 77–9.
13. Playford EG, Sorrell TC. Optimizing therapy for Candida infections. Semin Respir Crit Care Med 2007; 28 (6): 678–88.
14. Malazy OT, Sbariat M, Heshmat R et al. Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women. Taiwan J Obstet Gynecol 2007; 46 (4): 399–404.
15. Eschenback DA, Hiller SL. Diagnosis and clinical manifestation of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 2002; 158: 819–28.
16. Дранник ГН. Лиофилизат «Солкотриховак» в лечении генитальных инфекций у женщин. Аптека. 2001; 3.
17. Проттгерс Х. Бактериальный вагинит: защита от инфекции и уровни секреторного иммуноглобулина во влагалище после иммунизации Солкотриховаком. РМЖ. 2002; 10 (4): 219.
18. Кира ЕФ. Современные принципы антибактериальной профилактики в акушерстве и гинекологии. Матер. науч.-практич. конф. СПб, 1997; с. 13–6.
19. Livengood C, Thomason J, Hill G. Bacterial vaginosis. Diagnostic and pathogenetic findings during topical clindamycin therapy. Am J Obstet Gynecol 1990; 163 (2): 515–20.
20. Verboon-Macrolek MA, Gerards LJ, Stoutenbeek P, van Loon AM. Congenital infection: diagnostic serology of the mother not always definitive. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145 (4): 153–6.
21. Уварова ЕВ, Султанова ФШ. Гинекология. 2002; 4 (4).
22. Анкирская АС. Гинекология. 1999; 1 (3): 80–2.
23. Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан. «Акушерство и гинекология». Учебное пособие 2009 г. М.: МЕДпресс-информ, с. 216–7.
24. Серов ВН. Рациональная терапия влагалищной инфекции. Гинекология. 2005; 2 (7).
25. Тихомиров АЛ, Олейник ЧГ. Cons. Med. 2005; 7 (7).
26. Белобородов СМ, Анкирская АС, Леонов БВ, Фурсова СА. Акуш. и гинекол. 2001; 3: 29–33.

## Атрофический экзоцервицит и вагинит. Возможности терапии

М.Н.Костава, Л.К.Баширова

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»

Министерства здравоохранения и социального развития РФ (директор – акад. РАМН проф. Г.Т.Сухих), Москва

Появление ранних вазомоторных и психоэмоциональных симптомов климактерических нарушений, таких как приливы жара, повышение потливости, головная боль, гипотония или гипертония, учащенное сердцебиение, раздражительность, сонливость, невнимательность и снижение либидо, является первопричиной обращения к врачу преимущественно женщин старшего возраста.

Большинство пациенток осведомлены о возможностях современной медицины в лечении климактерических симптомов, повышении трудоспособности и улучшения качества жизни и поэтому достаточно часто обращаются за медицинской помощью.

Что же касается проблем, связанных с атрофическими процессами влагалища и шейки матки, таких как боль при половом контакте, зуд, жжение, цисталгии, то многие из пациенток нередко прибегают к самолечению, иногда стесняются говорить об этом врачу, что приводит к развитию патологических изменений влагалищной экосистемы. Если врач не акцентирует внимания на этих проблемах, то пациентки часто игнорируют их, и только запущенные состояния вызывают тревогу.

К сожалению, и многие врачи недостаточно осведомлены о возможности лечения патологического состояния нижних отделов полового тракта. Это

приводит к неадекватному применению антибиотиков, еще более усугубляющих патологические изменения и вызывающих развитие дисбиоза не только влагалища, но и мочевой системы, кишечника, обострение сопутствующих заболеваний.

### Причины и механизмы

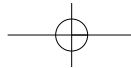
Дефицит эстрогенов закономерно приводит к нарушению пролиферативных процессов влагалищного эпителия, подавлению митотической активности клеток, в первую очередь его базального и парабазального слоев, изменению чувствительности рецепторного аппарата.

Как известно, в специфической регуляции в первую очередь принимают участие рецепторы влагалища к эстрогенам, протеины и так называемые альтернативные гормоны, клеточные элементы иммунокомпетентных клеток. По мере прогрессирования эстрогенного дефицита на фоне общих инволютивных изменений в организме происходит прогрессивное изменение микробиоценоза влагалища. В репродуктивном возрасте микробиоценоз влагалища определяется наличием пероксинпродуцирующих лактобацилл, в большей мере обеспечивающих защитные свойства влагалища, конкурируя с патогенными микроорганизмами. Путем расщепления гликогена, образующегося в многослойном плос-

ком эпителии влагалища, благодаря наличию достаточного количества эстрогенов образуется молочная кислота, обеспечивающая кислую среду в пределах колебаний pH от 3,8 до 4,4.

### Что приводит к подавлению роста микрофлоры

Кроме того, влагалищная флора у женщин репродуктивного возраста обладает достаточно выраженной ферментативной, витаминообразующей, иммуностимулирующей и другими свойствами, необходимыми для нормального функционирования экосистемы и ее защитного действия. В период постменопаузы эти защитные свойства утрачиваются, слизистая оболочка влагалища истончается, легко изъязвляется с последующим инфицированием не только патогенными, но и условно-патогенными микроорганизмами. По мере прогрессирования дефицита эстрогенов нарастают и атрофические изменения влагалища, которые характеризуются снижением кровотока и кровоснабжения, фрагментацией эластических и гиалиновом коллагеновых волокон, уменьшением содержания гликогена в клетках эпителия влагалища, снижением колонизации лактобацилл; значительным снижением количества молочной кислоты, повышением pH влагалища до 5,5–6,8. С увеличением продолжительности постменопаузы происхо-



дит резкое ошелачивание влагалищной среды, развитие дисбиотических и атрофических процессов. Атрофические процессы, особенно выраженные в слизистой оболочке влагалища, захватывают и соединительно-тканые и мышечные структуры влагалища, мышцы тазового дна, уретры, мочевого пузыря, что закономерно приводит как к анатомическим, так и функциональным нарушениям мочеполовой системы. Многослойный плоский эпителий, покрывающий наружную поверхность влагалищной части шейки матки (экзоцервикс), претерпевает аналогичные изменения с прогрессирующим развитием атрофических процессов. В связи с этим наиболее частыми клиническими формами возрастной патологии влагалища и шейки матки в постменопаузе являются атрофические вагиниты и цервициты. Наиболее тяжелые формы атрофических изменений нижних отделов половых путей связаны с нарушением контроля мочеиспускания, требуют обследования не только гинеколога, но и уролога.

#### **Клинические особенности**

Клиническими проявлениями атрофических вагинитов и цервицитов являются весьма характерные жалобы на сухость, зуд, выделения из влагалища, носящие длительный, рецидивирующий и упорный характер, кровянистые выделения при физической нагрузке и половых контактах, при попытке произвести исследование в зеркалах; различные сексуальные нарушения, вплоть до невозможности половой близости. Схематично динамику сексуальных нарушений можно представить следующим образом: вначале появляется сухость влагалища, снижение коитальной, а затем и сексуальной активности, снижение оргазма и возбуждения, диспареуния и впоследствии невозможность половых контактов. Диагностика и дифференцированная диагностика возрастных изменений нижних отделов половых путей в первую очередь должна быть направлена на исключение онкологической, инфекционной и других патологий, которые могут маскироваться возрастными изменениями.

Особенностью клинического течения возрастной патологии является нередкое инфицирование истонченных и атрофических тканей. В таком случае на первый план выступают симптомы того или иного инфекционного процесса (кандидоз, хламидиоз и др.). Однако, учитывая, что беспорядочные половые связи у женщин в постменопаузе очень редки, редка и частота специфических процессов половых органов.

#### **Проблемы терапии**

Следует отметить, что основная ошибка в ведении этого контингента больных состоит в назначении дли-

тельной, немотивированной, бесконтрольной антибиотикотерапии, противовирусного и других видов лечения, приводящих к усугублению выраженности и извращенному характеру инволютивных изменений. Клинические ошибки связаны также с необходимостью больных обращаться к врачам различных специальностей: акушеру-гинекологу, урологу, терапевту, дерматологу и, наконец, к психиатру, которые навсегда ориентированы в сущности этих специфических изменений. В своей клинической практике мы встречали больных, которые в течение нескольких лет получали массивные дозы антибактериальной терапии по поводу атрофических вагинитов и цервицитов с неоднократной биопсией шейки матки и деструктивного лечения, так как очаговые атрофические экзоцервициты трактовались как подозрение на предраковые процессы.

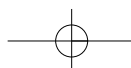
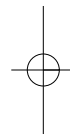
#### **Кольпоскопия**

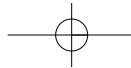
Трудно переоценить значимость кольпоскопии при оценке состояния шейки матки в постменопаузе. Как правило, кольпоскопическая картина шейки матки в постменопаузе является достаточно характерной: многослойный плоский эпителий истончен, субэпителиальные сосуды стромы легко кровоточат при контакте и могут не сокращаться на пробу с раствором уксусной кислоты; стык многослойного плоского и цилиндрического эпителия находится в цервикальном канале, определяется картина сенильного диффузного или очагового экзоцервицита, на пробе Шиллера многослойный эпителий окрашивается неравномерно в бледно-желтый цвет.

#### **Цитология**

Чрезвычайно важным в отношении онкологической настороженности применительно к патологии шейки матки является цитология, позволяющая с точностью до 95% выявить предраковые процессы шейки матки. Атрофия многослойного плоского эпителия, сопровождающаяся воспалением, часто характеризуется клеточной атипией. CIN-I в этой ситуации, как правило, является отражением реактивного состояния.

Тактика при сомнительных результатах цитологического исследования должна быть следующей. После проведения противовоспалительной терапии показано использование пробного курса местной терапии препаратом Овестин® в виде крема, по 1 дозе в день в течение недели. После этого проводится контрольное цитологическое исследование. Как правило, состояние шейки матки полностью нормализуется. Если кольпоскопическая картина при подозрении на CIN-1 сохраняется, необходимо углубленное исследование пациентки, включая повторное цитологическое исследование, обследова-





ние опытным кольпоскопистом и динамическое наблюдение.

Бактериоскопический и бактериологический методы позволяют выявить состояние микрофлоры влагалища, специфические и неспецифические инфекционные процессы, дисбиотические процессы влагалища. По данным А.С.Анкирской, у женщин в постменопаузе атрофические процессы нередко осложняются бактериальным вагинозом, одним из характерных признаков которого является наличие «ключевых» клеток во влагалищном отделяемом.

Современным методом определения состояния биоценоза влагалища может служить полимеразно-цепная реакция (ПЦР), которая в настоящее время позволяет определить не только состав микробиоценоза, но и соотношение между его компонентами и количеством лактобактерий.

Установлено, что не только уровень кариопикнотического индекса (КПИ), но и уровень pH могут быть использованы для косвенного суждения о степени эстрогенной недостаточности. Если у здоровых женщин pH колеблется от 3,5 до 5,5, то в период постменопаузы – от 5,5 до 7,0; при этом pH > 6,0 соответствует значительной выраженности атрофических процессов. Безусловно, одним из первых методов обследования пациенток является ультразвуковое исследование гениталий, позволяющее исключить органическую патологию половых органов.

*Таким образом, только комплексное исследование позволяет оценить состояние нижнего отдела половых путей и принять решение об использовании того или иного метода лечения, в том числе и заместительной гормональной терапии (ЗГТ).*

### Лечение

В настоящее время не вызывает сомнений, что ЗГТ – основной метод лечения вульвитов, вагинитов, цервицитов, сексуальных и урологических нарушений, обусловленных дефицитом эстрогенов. При этом следует учитывать, что невосполненный эстрогенный дефицит прогрессирует с увеличением продолжительности менопаузы. Начатая в этот период своевременная терапия ранневременных климактерических расстройств позволяет значительно уменьшить выраженность и отсрочить появление средневременных атрофических нарушений, к которым относятся атрофические процессы нижнего отдела половых путей.

**Основными задачами ЗГТ у данного контингента женщин являются:** 1) ликвидация атрофических изменений, восстановление нормальной микрофлоры влагалища, кровооб-

ращения, тонуса влагалища и мочевыводящих путей; 2) предотвращение инфицирования влагалища и шейки матки. Это осуществляется с помощью эстрогенов, входящих в состав различных препаратов преимущественно местного действия, но иногда и системного действия. Принципы выбора того или иного метода ЗГТ у женщин с атрофическими процессами в постменопаузе, особенно при нарушении контроля мочеиспускания, детально сформулированы В.Е.Балан, В.П.Сметник в ряде публикаций. При изолированных, не сочетающихся с другими симптомами менопаузы, урогенитальных расстройствах и наличии противопоказаний к системной ЗГТ у женщин старше 65 лет предпочтение следует отдавать местной терапии препаратами, содержащими эстриол, не вызывающими каких-либо осложнений, в отличие от системной ЗГТ, практически безопасными и не имеющими абсолютных противопоказаний.

### Местная терапия

Применительно к инволютивной патологии вульвы, влагалища и шейки матки местная (локальная) терапия считается методом выбора. В нашей стране, так же как и за рубежом, предпочтение отдается препаратам эстриола, входящего в состав крема и свечей под названием Овестин®. Эстриол обладает самым коротким периодом нахождения в ядре клетки (1–4 ч) и обладает самой низкой биологической активностью среди естественных эстрогенов, что определяет его преимущество как препарата локального действия.

Времени нахождения в ядре и связи с рецепторами достаточно для развития уро- и ваготропного эффектов (пролиферация многослойного плоского эпителия), но недостаточно для развития утеротропного эффекта (пролиферации эндометрия). Это отличие эстриола от других эстрогенов чрезвычайно важно для больных в периоде постменопаузы. Это отличие эстриола чрезвычайно важно для больных в периоде постменопаузы. Вместе с тем под влиянием уже небольших доз препарата активизируются пролиферативные процессы влагалищного и шеечного эпителия, нормализуется микрофлора влагалища, повышается тонус сосудов, мышц, улучшается кровообращение нижних отделов половых путей, в связи с чем повышается резистентность влагалища и шейки матки к инфекционным воздействиям. Мы имеем опыт применения препарата Овестин® у 383 больных в различных лекарственных формах на протяжении от 1 года до 5 лет.

Ретроспективный анализ показал высокую клиническую эффектив-

ность эстриолсодержащего препарата в качестве средства, используемого после лечения специфических инфекционных процессов у женщин в постменопаузе.

Существуют различные схемы применения препарата. Мы использовали одну из следующих:

Овестин® крем – 1 доза крема ежедневно в течение 2–3 нед либо 1 свеча ежедневно в течение 2–3 нед под контролем кольпоцитологического исследования с подсчетом КПИ.

При выраженных явлениях атрофии Овестин® крем назначается в течение 2–3 нед ежедневно по 1 дозе, далее по убывающей до поддерживающей дозы. Применение препарата Овестин® в виде свечей на первом этапе может вызывать у пациенток с выраженной атрофией неприятные ощущения в виде жжения, и это может послужить поводом для отказа от его применения. Поэтому мы рекомендуем использовать крем Овестин® в начале лечения, а в последующем женщина может перейти на свечи. Минимальная поддерживающая доза (1 доза крема или 1 свеча 2 раза в нед) используется под контролем КПИ, проводимого 1 раз в месяц, его показатели на уровне 10–15% свидетельствуют о достижении пролиферативного эффекта. Применение избыточно больших доз препарата Овестин® может осложняться развитием кандидозного вульвовагинита, поэтому следует соблюдать рекомендуемый инструкцией режим дозирования. В случаях, когда при обследовании пациентки выявляется тот или иной инфекционный процесс влагалища и шейки матки, необходимо проведение этиотропной терапии. Вместе с ней возможно назначение препарата Овестин®. Восстановление функции многослойного плоского эпителия способствует росту лактобактерий, нормализации pH влагалищной среды и поддержанию нормоценоза.

Таким образом, адекватное обследование и лечение атрофических процессов нижнего отдела половых путей позволяет сохранить здоровье женщин постменопаузального возраста и улучшить их качество жизни.

#### Список использованной литературы

1. Балан В.Е. Принципы заместительной гормональной терапии урогенитальных расстройств. *Гинекология*. 2000; 2 (5): 140–2.
2. Балан В.Е. Принципы заместительной гормональной терапии урогенитальных расстройств. *Cons. Med.* 2003; 5 (7): 413–7.
3. Назарова Н.М., Межевитинова Е.А. Урогенитальные нарушения в постменопаузе: опыт применения препарата «Овестин». *Гинекология*. 2006; экстр. выпуск: 9–10.
4. Руководство по климактерию. Под ред. В.П.Сметник, В.И.Кулакова. М.: МИА, 2001.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1995.

