

# Современные представления и основные принципы лечения неспецифического вагинита

**В.Л. Тютюнник, О.И. Михайлова, Т.Э. Карапетян, М.К. Меджидова**

РМЖ. – 19 января 2012 г, № 1

Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, вызываемые различными условно-патогенными и патогенными микроорганизмами, – крайне распространенная патология среди женщин: они обнаруживаются у 70% всех гинекологических больных, которые обращаются за помощью в медицинские учреждения, и у 55–60% беременных [2, 9]. При этом данные заболевания являются одной из основных причин осложненного течения беременности, родов и послеродового периода. Такие бактерии, как *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., колиформные бактерии – самые частые возбудители хориоамнионита, интраамниальной инфекции, послеродового эндометрита, послеоперационных воспалительных осложнений [1, 10]. Вагиниты относятся к заболеваниям, которые сами по себе не представляют прямой угрозы здоровью женщины, однако при этом в нижних отделах полового тракта накапливаются и постоянно сохраняются в чрезвычайно высоких концентрациях условно-патогенные микроорганизмы, которые являются основными возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза [3, 12].

Неспецифический вагинит (НВ) – нетрансмиссионное заболевание влагалища, вызванное условно-патогенными микроорганизмами (эшерихии, энтерококки, коринебактерии, стрептококки, стафилококки и др.). Неспецифические инфекции встречаются в широком возрастном диапазоне. Так, в молодом возрасте основными способствующими причинами развития неспецифического кольпита, как правило, являются инфекционные заболевания, эндокринная патология, снижение функции яичников, воздействие местных повреждающих факторов. В свою очередь, в пожилом и старческом возрасте развитию НВ способствует утрата одного из важных факторов защиты слизистой оболочки влагалища, а именно – возможности образования молочной кислоты из гликогена [7, 13, 15].

К факторам риска возникновения НВ чаще всего относят нарушение обмена веществ (сахарный диабет, ожирение, гипопункция яичников и др.), хронические стрессовые ситуации, травмы, переохлаждение, перегревание, алиментарный фактор (недостаточное и нерациональное питание), токсическое действие некоторых лекарственных веществ (антибиотики, цитостатические препараты, антациды, глюкокортикоиды), различные экстрагенитальные заболевания (анемия, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, сердечно-сосудистые заболевания, острые и хронические инфекционные заболевания, онкологические заболевания и др.), иммуносупрессию при осложненном течении беременности и родов (преэклампсия, наличие швов на шейке матки, перенесенные во время беременности воспалительные заболевания органов малого таза, большая продолжительность родового акта и безводного промежутка, частые влагалищные исследования, большая кровопотеря и неадекватность ее восполнения, оперативное родоразрешение), неблагоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку в стационаре, несоблюдение правил личной гигиены [3, 14].

Возбудители НВ – широчайший спектр микроорганизмов, в частности стафилококки, кишечная палочка, стрептококки, вирусы, хламидии, уреоплазмы, а также различные их сочетания. Также НВ могут быть вызваны внедрением в слизистую оболочку влагалища грибковой инфекции и других возбудителей [4, 7, 11].

Симптоматика НВ напрямую зависит от тяжести воспалительного процесса, в связи с чем в каждом конкретном случае их наличие и сочетание индивидуально. Больные жалуются на жжение и боль в области наружных половых органов, усиливающиеся при ходьбе, мочеиспускании, на обильные выделения, зуд [4, 13].

Выделяют острую, подострую, хроническую и субъективно асимптомную формы заболевания [3, 9]. У трети больных наблюдается выраженная острая стадия, тогда как у остальных заболевание протекает без четко выраженной клинической картины со склонностью к длительному хроническому течению с частыми обострениями.

Острая форма НВ характеризуется выраженной гиперемией, отеком, петехиальными высыпаниями на слизистой оболочке влагалища и шейки матки. Процесс сопровождается выделениями, которые могут быть обильными или умеренными, серозными или гнойными, что обусловлено количеством лейкоцитов в экссудате. В подострой стадии НВ гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки носит умеренно выраженный характер, при хронической – она выражена незначительно.

При субъективно асимптомной форме наблюдаются IV степень чистоты влагалищного содержимого, выраженная лейкоцитарная реакция и обильная бактериальная флора.

Основным симптомом НВ можно назвать наличие выделений из влагалища. Выделения при этом могут быть жидкими, водянистыми, гнойными, а иногда смешанными и пенистыми. Возникновение более густых белей связано с большим количеством слущивающегося эпителия. Выделения при этом зловонны, а в тяжело протекающих случаях появляются кровянистые прослойки [2, 4, 10].

При остром НВ больные также жалуются на зуд в области предверия влагалища (96%), обусловленный раздражающим действием вытекающих белей; чувство жжения (62%); ощущение давления, тяжести и жара в половых органах и малом тазу. У 68% пациенток наблюдаются дизурические расстройства.

При хронических формах указанные признаки выражены меньше, воспаление и боль отсутствуют.

Постановка диагноза НВ не представляет затруднений и основывается на данных анамнеза, учете жалоб, результатах клинических и лабораторных исследований. Данный диагноз может быть поставлен на основании осмотра слизистой влагалища в зеркалах, при котором отмечают, что слизистая оболочка утолщена, отечна, значительно гиперемирована и практически на всем протяжении или местами может быть покрыта плотнoleжащими серыми пленками. Подобные налеты могут быть удалены методом соскабливания, что приводит к появлению небольших ссадин и кровоточивости. При НВ отечные сосочки имеют вид ало-красных мелких зернышек, слегка возвышающихся

ся над слизистой оболочкой. Вследствие усиленного на фоне воспаления процесса регенерации и репарации клеток слизистой оболочки в мазках повышено количество слущенного (цилиндрического) эпителия влагалища. В целом микроскопическая картина типична и характерна для воспалительного экссудата [1, 5, 8, 9].

Также для диагностики НВ широко применяется микроскопия мазков из влагалища, взятых на стекло и окрашенных по Граму. В мазках удается совершенно отчетливо определить не только принадлежность микроорганизмов, но по уникальной морфологии некоторых бактерий возможна их индикация до рода. Чаще обнаруживается несколько видов микроорганизмов. Также при данном методе оценивают собственные клетки организма, свидетельствующие о наличии воспаления (лейкоциты, эпителии и т.д.). В норме количество лейкоцитов в отделяемом не должно превышать 20–25, в случае кольпита их число значительно возрастает. На этом фоне, как правило, обнаруживается различная микрофлора, отличная от нормальной флоры влагалища, что также является диагностическим признаком этиологии кольпита.

Наиболее информативна бактериологическая диагностика НВ. Выделение из патологического материала и идентификация различных видов семейства энтеробактерий, стафилококков, стрептококков различных серогрупп, неферментирующих бактерий, коринебактерий и других микроорганизмов после их количественной оценки позволяет определить степень их этиологической значимости. Обсемененность бактериями влагалища и вульвы при гнойно-воспалительном процессе –  $\geq 10^3$ – $10^4$  КОЕ/мл. Культуральное исследование позволяет не только идентифицировать возбудителей заболевания, но и определить их чувствительность к антибактериальным препаратам.

Таким образом, вагиниты по-прежнему являются одними из наиболее частых гинекологических заболеваний. Основным этиологическим фактором является сапрофитная и условно-патогенная микрофлора. Имеется значительная бактериальная обсемененность, в основном микстинфекция, включающая более трех микроорганизмов, наиболее частыми ассоциантами являются стрептококки, стафилококки и кандиды. Исследования также показали, что у обследованных пациенток имеется угнетение как местного, так и общего иммунитета.

Вопросы лечения больных НВ до настоящего времени остаются дискуссионными, так как реакция организма на внедрение возбудителя зависит от ряда обстоятельств, определяемых индивидуальными особенностями макроорганизма. Полиэтиологичность возбудителей НВ, а также их изменчивость диктуют необходимость периодического пересмотра терапии [7, 16].

Наиболее рациональным является комплексное лечение, направленное на подавление и ликвидацию патогенных возбудителей, дезинтоксикацию и коррекцию нарушений гемостаза, способствующие общей стимуляции организма и повышению его защитных способностей, поддержанию функций жизненно важных органов, снижению катаболических и усилению анаболических процессов. Не менее важна терапия сопутствующих заболеваний, нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений организма, способствующих развитию данного вида патологии [3, 12, 14].

Лечение неспецифического кольпита включает в себя общую и местную терапию. Местное лечение заключается в санации наружных половых органов и влагалища (обмывание и спринцевание антисептическими растворами). Также показано введение во влагалище противомикробных вагинальных свечей и таблеток. При упорном, выра-

женном течении кольпита применяются местные антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (эмульсии, растворы), физиотерапевтические процедуры.

Общая терапия направлена на лечение сопутствующих гинекологических, обменных, эндокринных заболеваний и нормализацию гормонального и иммунного фона организма. Важным моментом в лечении является прекращение половых сношений до полного выздоровления, а также обследование и лечение партнера во избежание хронизации и дальнейшего распространения заболевания. В период лечения вагинита назначается щадящая, преимущественно кисломолочная и растительная диета, из рациона исключаются острые, соленые, копченые блюда, раздражающе действующие на слизистые оболочки, ограничивается употребление жидкости (для уменьшения отеков слизистых). В заключительной стадии лечения кольпита назначаются препараты, способствующие восстановлению естественной флоры влагалища и повышению его защитных свойств. Для контроля излеченности вагинита берутся мазки на 4–5-й день менструации у женщин репродуктивного возраста, а у девочек и женщин в менопаузе – после прохождения курса лечения. Для профилактики рецидивов заболевания курс лечения следует повторить через 4–5 мес.

В состав комплексного лечения больных с осложненной формой НВ входит антибиотикотерапия, которая применяется при общем и местном воздействии, что позволяет создать эффективные концентрации антибиотиков в течение необходимого времени. Учитывая резистентность некоторых возбудителей НВ к антибиотикам, местное применение последних в виде растворов и эмульсий показано только при наличии острого процесса и чувствительности к ним возбудителя, причем курс лечения должен быть непродолжительным.

Положительный эффект при данном методе лечения проявляется у 65–95% больных. Однако у 20–40% женщин после такой терапии возможно возникновение рецидивов, что обусловлено снижением защитных свойств влагалищной среды и изменением качественного и количественного состояния микрофлоры, восстановление которой весьма затруднительно [2].

Также для лечения вагинита используют озонотерапию. Озон обладает бактерицидным, фунгицидным, вирусолитическим, антистрессовым, десенсибилизирующим и иммуномодулирующим действием, а также предотвращает микробную агрессию (прямой контакт с микроорганизмами за счет повышения окислительного потенциала разрушает капсид бактерий и вирусов и их ДНК и РНК).

Преимущества озонотерапии перед антибиотиками: озон не оказывает отрицательного влияния на организм; к нему не возникает резистентность; озон обладает универсальным бактерицидным действием.

Помимо описанных методов лечения для терапии НВ может быть использована физиотерапия. При острой стадии кольпита применяется воздействие электрическим полем УВЧ на область промежности: 20–30 Вт, 10 мин ежедневно курсом 5–8 процедур или УФ-облучение вульвы: 2 биодозы + 1 биодоза через 2 дня курсом 6 процедур. При подострой и хронической форме вагинита используют электролитное прижигание в сочетании с цинк-электрофорезом по Келлату с силой тока 10 мА в течение 10 мин, 1 раз в неделю курсом 6–8 процедур; СМВ-терапию на область влагалища интенсивностью не более 5 Вт, ежедневно курсом 10–15 процедур; УВЧ на область промежности, 30 Вт по 20 мин ежедневно курсом 10–15 процедур; местную дарсонвализацию влагалища по 10–15 мин ежедневно курсом 12–15 процедур. Противопоказаниями для исполь-

зования физиотерапевтических процедур являются: злокачественные новообразования; системные заболевания крови; гипертоническая болезнь III ст.; заболевания сердца в стадии декомпенсации; лихорадочные состояния (температура тела выше 38°C); активный легочный туберкулез; психоневрологические заболевания с явлениями психомоторного возбуждения; перитонит, абсцессы [5, 15].

Обилие лечебных схем, применяемых для лечения данного заболевания, свидетельствует об их невысокой терапевтической эффективности. Длительное антибактериальное лечение хронических неспецифических вульвовагинитов изменяет эндогенную микрофлору, обуславливая увеличение числа устойчивых к действию антибактериальных препаратов штаммов. Именно поэтому большинство исследователей главную роль отводят местному лечению вульвовагинитов. Преимущества местного лечения заключаются в минимальном риске побочных реакций, простоте и удобстве применения, в отсутствии противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата) и в возможности применения при экстрагенитальной патологии [3, 13].

В последние годы для местного лечения и профилактики вагинальных инфекций с успехом применяется препарат Бетадин в виде вагинальных суппозиториев. Бетадин – антисептическое средство; в ходе соприкосновения с кожей и слизистыми оболочками находящийся в комплексе с поливинилпирролидоном йод высвобождается постепенно и равномерно, что проявляется тонким окрашенным слоем, который сохраняется до тех пор, пока не освобождается все количество йода.

Йод, как известно, относится к группе галогеновых антисептиков, спектр его действия распространяется на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы и простейшие, причем антимикробное действие обусловлено бактерицидностью. Бактерицидное действие йода объясняется его сильными окислительными свойствами, он активно взаимодействует с аминокислотами белков, содержащими сульфгидрильные группы и гидроксигруппы, в результате чего меняется четвертичная структура белка, теряется его каталитическая и энзимная активность. В основном йод нарушает структуры бактериальных трансмембранных белков и бактериальных ферментов, не имеющих мембранной защиты.

При контакте с белками бактериальной стенки или ферментными белками образует йодамины, вызывает их коагуляцию и гибель микроорганизмов. Эффект развивается быстро, обычно в течение 15–60 с, и продолжается до тех пор, пока сохраняется окраска на месте нанесения. Благодаря большому размеру комплексной молекулы препарат плохо проникает через биологические барьеры, поэтому практически не проявляется системное действие йода. Проникновение в ткани на глубину около 1 мм не препятствует нормальным процессам регенерации. За счет постепенного высвобождения йода препарат действует длительно.

Наиболее приемлемыми для применения являются вагинальные суппозитории, представляющие собой торпедообразные гомогенные свечи цвета йода, 1 свеча массой 3 г содержит 200 мг комплексного соединения йода с поливинилпирролидоном.

Показаниями к применению суппозиториев Бетадин являются:

- острые и хронические инфекции влагалища (вагинит): смешанного генеза; неспецифического (бактериальный вагиноз и др.) и специфического (трихомонадная инфекция, генитальный герпес и др.) генеза;

- трихомониаз (в составе комбинированной терапии с использованием системных препаратов);
- обработка перед вмешательствами или после них при трансвагинальных хирургических операциях, а также при диагностических и акушерских процедурах;
- инфекции влагалища грибковой этиологии (в том числе вызванные *Candida albicans*), которые спровоцированы лечением стероидными и антибактериальными медикаментами.

При острой форме заболевания вагинальные свечи назначают два раза в сутки по одному суппозиторию глубоко во влагалище в течение 7 дней. В случае хронического течения заболевания, обычно в течение 14 дней, назначают по одному суппозиторию в сутки, вводя его во влагалище перед сном. В зависимости от характера инфекции и течения заболевания курс лечения может быть продлен.

Противопоказаниями к применению данного препарата являются нарушения функции щитовидной железы, почечная недостаточность, индивидуальная гиперчувствительность к йоду или другим компонентам Бетадина.

Следует отметить, что применение антисептических препаратов не должно быть длительным – оно направлено лишь на устранение этиологического фактора заболевания (инфекционного агента), в дальнейшем вся картина вагинита сама собой сворачивается, и функциональные особенности слизистой влагалища постепенно восстанавливаются.

Нами проведено изучение эффективности терапевтического действия суппозиториев Бетадин у 64 пациенток в возрасте от 20 до 39 лет с клиническими признаками вагинита (жалобы на желтоватые выделения из влагалища, реже – на зуд и чувство дискомфорта в области наружных половых органов). У всех обследованных пациенток был исключен специфический вульвовагинит. В комплекс обследования, помимо гинекологического осмотра с оценкой состояния наружных и внутренних половых органов и характера выделений, была включена бактериоскопия вагинального мазка, окрашенного по Граму и Романовскому, которую производили до начала лечения и после его окончания. При микробиологическом анализе были выявлены различные доминирующие штаммы микроорганизмов, у 52% женщин преобладали *E. coli* и *St. aureus*.

Бетадин применялся в виде суппозиториев два раза в сутки в течение 7 дней. В процессе лечения жалобы на патологические выделения из влагалища исчезли у 43 пациенток. При гинекологическом исследовании больных состояние вульвы и влагалища позволило исключить наличие у них воспалительного процесса. У 21 больной отмечены уменьшение выделений и исчезновение зуда. Оценка результатов лечения производилась по бактериоскопической картине влагалищного мазка, возможности бактериологического выявления доминирующей микрофлоры после лечения Бетадином. Бактериоскопия мазка через 48 ч после последнего применения суппозитория выявила крайне скудное содержание микрофлоры во влагалище. При контрольном микробиологическом исследовании исчезли кишечная палочка, энтерококк и золотистый стафилококк, уменьшилось количество эпидермального стафилококка, дифтероидов, стрептококков группы В, клебсиеллы и негемолитического стрептококка. Нами не было зарегистрировано случаев непереносимости Бетадина.

Таким образом, накопленный нами опыт позволил сделать вывод о высокой эффективности использования вагинальных суппозиториев Бетадин при лечении неспецифических вагинитов.

Профилактика НВ главным образом сводится к тщательному соблюдению гигиены половых органов, половой жизни, своевременному лечению генитальных и общих за-

болеваный, исключению провоцирующих факторов, полноценному отдыху. Изменение характера выделений и менструального цикла должно стать поводом для немедленного обращения к гинекологу. При хроническом течении вагинита необходима санация перед планируемой беременностью, инвазивными вмешательствами, что положительно влияет на течение послеоперационного периода, снижает риск возникновения осложнений в родах и послеродовой период.

Таким образом, своевременная диагностика и правильное лечение НВ исключают серьезную угрозу для состояния здоровья пациентки. Однако неправильная постановка диагноза и неадекватная терапия кольпита, а также самолечение и несоблюдение мер профилактики способны отрицательно повлиять на репродуктивное здоровье женщины.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Неспецифический вагинит // Гинекология. – 2005. – № 4. – С. 15–18.
2. Буданов П.В. Смешанные вульвовагинальные инфекции – проблемы терапии и экстренной профилактики // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 13–16.
3. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины // Проблемы репродукции. – 2008. – № 5. – С. 8–14.
4. Кисина В.И., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. – М: МИА, 2005. – 276 с.
5. Лихачев В.К. Практическая гинекология. – М: МИА, 2007. – 664 с.
6. Назарова Е.К., Гиммельфарб Е.И., Созаева Л.Г. Микробиоценоз влагалища и его нарушения // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. – № 4. – С. 34–42.
7. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике заболеваний, передаваемых половым путем. – СПб: Фолиант, 2004. – 128 с.
8. Серов В.Н., Шаповаленко С.А. Микробиоценоз влагалища и инфекционные вульвовагиниты: выбор препарата для рациональной терапии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 27–31.
9. Hainer B.L., Gibson M.V. Vaginitis: diagnosis and treatment // Am. Fam. Physician. – 2011. – Vol. 83, № 7. – P. 807–815.
10. Lamont R.F., Taylor-Robinson D. The role of bacterial vaginosis, aerobic vaginitis, abnormal vaginal flora and the risk of preterm birth // BJOG. – 2010. – Vol. 117, № 1. – P. 119–120.
11. Linhares I.M., Giraldo P.C., Baracat E.C. New findings about vaginal bacterial flora // Rev. Assoc. Med. Bras. – 2010. – Vol. 56, № 3. – P. 370–374.
12. Mashburn J. Etiology, diagnosis, and management of vaginitis // J. Midwifery Womens Health. – 2006. – Vol. 51, № 6. – P. 423–430.
13. Petersen E.E. Infections in Obstetrics and Gynecology: textbook and atlas // New York: Thieme, 2006. – P. 260.
14. Quan M. Vaginitis: diagnosis and management // Postgrad. Med. – 2010. – Vol. 122, № 6. – P. 117–127.
15. Romanik M., Wojciechowska-Wieja A., Martirosian G. Aerobic vaginitis—diagnostic problems and treatment // Ginekol. Pol. – 2007. – Vol. 78, № 6. – P. 488–491.
16. Tempera G., Furneri P.M. Management of aerobic vaginitis // Gynecol. Obstet. Invest. – 2010. – Vol. 70, № 4. – P. 244–249.

