

# Инновационные подходы в акушерстве, гинекологии и репродуктологии

## Обзор научно-практической конференции

Медицинские аспекты здоровья женщины, № 10 (86) '2014



**Т.Ф. Татарчук**, д-р мед. наук, профессор, член-корр. НАМН Украины, заведующая отделением эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», выступила с докладом «Современный подход к терапии неспецифических вагинитов».

Среди патологий, которые наиболее часто диагностирует гинеколог женской консультации, преобладают воспалительные заболевания влагалища и вульвы (62,76%), воспалительные болезни шейки матки (51,32%), сальпингит и оофорит (46,63%), инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (36,36%), воспалительные болезни матки (30,21%), микозы (28,15%).

Вагинит (воспалительный тип мазка) предусматривает обязательное наличие трех компонентов:

- большое количество лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, гонококков, трихомонад, мицелия, псевдогрибов, спор;
- выраженный фагоцитоз;
- воспалительная реакция слизистой оболочки.

Выделяют два вида патологии влагалища:

- инфекционной природы бактериальный вагиноз (40–50%), кандидозный вульвовагинит (20–25%), трихомоноз (15–20%), смешанные и другие инфекции (неспецифический вульвовагинит);
- неинфекционной природы – атрофический вагинит (в климактерический период), химическое или аллергическое воспаление (Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., 2010).

По результатам исследования Т.А. Лисяной (2010), у пациенток с кольпитом по сравнению со здоровыми женщинами показатели микробиоценоза влагалища существенно отличаются за счет уменьшения доли лактобацилл при увеличении числа условно-патогенной микрофлоры, в том числе пептострептококков, пептококков, бактероидов, *Gardnerella vaginalis*, *Candida spp.*, *Escherichia coli*, энтерококков, стафилококков, клебсиеллы и др.

Экосистема влагалища – единая система, в которой вагинальная среда контролирует микрофлору, а микрофлора, в свою очередь, оказывает воздействие на вагинальную среду.

Вагинальная экосистема включает:

- вагинальный многослойный эпителий, состоящий из базальных, парабазальных, промежуточных и поверхностных клеток; процессы их пролиферации, созревания (дифференциации) и десквамации зависят от уровня половых гормонов;
- вагинальную микрофлору, доминирующий вид которой – лактобациллы (*Lactobacillus acidophilus*) + бактериальный комплекс (*Gardnerella*, *Mobiluncus*, *Mycoplasma*, *Candida* и др.); степень колонизации: – в 1 г вагинальных выделений  $10^7$ – $10^8$  КОЕ; pH 3,8–4,2.

Показатели нормального биоценоза влагалища:

- pH < 4,5;
- общая колонизация:  $10^5$ – $10^8$  КОЕ/мл;
- общая численность условно-патогенных микроорганизмов – не более  $10^3$ – $10^4$  КОЕ/мл;

- достаточное количество основных «защитных» бактерий: *Lactobacillus spp.* (95–98%), *Bifidobacterium spp.*

**Бактериальный вагиноз** – инфекционный невоспалительный синдром, в основе которого лежит нарушение микробиоценоза влагалища, усиленный рост анаэробной микрофлоры, замещающей лактобациллярную. По данным С.М. Boomsma (2009), распространенность данной патологии у женщин в постменопаузе достигает 60%, у беременных – до 37%, у женщин вне беременности с жалобами на патологический характер белей – 62,4%, у здоровых лиц – 24%.

Для дисбиоза влагалища (бактериального вагиноза) характерны: незначительное содержание или полное отсутствие лактобактерий; массивное количество микрофлоры с преобладанием облигатных анаэробов (полимикробная картина мазка): выявление *G. vaginalis* в 100% случаев, *Mobiluncus* – в 50–70%, *Mycoplasma hominis* – в 60–75%; отсутствие лейкоцитарной реакции.

**Диагноз бактериального вагиноза** может быть установлен при наличии не менее чем трех указанных признаков (критерии Амсея):

- белые или сероватые гомогенные выделения, покрывающие всю слизистую оболочку влагалища;
- pH > 4,5;
- положительный аминотест – рыбный запах при смешивании влагалищного отделяемого с 10% раствором KOH;
- обнаружение ключевых клеток в мазках из влагалища, окрашенных по Граму, или в нативном препарате.

Бактериальный вагиноз может быть одной из причин воспалительных заболеваний органов малого таза. Многократные исследования свидетельствуют о его ассоциации с цервицитами, хламидийной инфекцией и воспалительной патологией органов малого таза, прежде всего с сальпингитом и эндометритом (Schmitz G., 2011; Ferri F.F., 2014). Изменение резистентности организма (цитокины) может привести к инфицированию и возникновению воспаления мочевого тракта (Goepfert A.R., 2005; Am. J. Med. Sci., 2012). С бактериальным вагинозом также могут быть связаны послеоперационные воспалительные осложнения (Bacterial Vaginosis: New Insights for the Healthcare Professional, 2013).

На фоне воспалительного процесса анаэробной этиологии (*Bacteriodes spp.*, *Prevotella spp.* и др.) усиливается продукция фосфолипазы, участвующей в синтезе арахидоновой кислоты, из которой образуются простагландины. Простагландин E2 является мощным индуктором ароматазы, при участии которой надпочечниковые андрогены трансформируются в эстрогены (гиперэстрогения, гиперпролиферация, опухольный рост). Вместе с тем простагландины обладают иммуносупрессивной активностью (Jaïyeoba O., Soper D.E., 2011).

**К последствиям бактериального вагиноза**, кроме воспалительных заболеваний органов малого таза, относят бесплодие, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода, послеродовой (постабортный) эндометрит, хориоамнионит. В последние годы сообщается о **наличии эпидемиологической связи бактериального вагиноза с неопластическими процессами шейки матки**. Установлено, что нитрозамины, являющиеся продуктами метаболизма облигатных анаэробов, служат кофакторами канцерогенеза и

могут быть одной из причин развития диспластических процессов и даже рака шейки матки.

Бактериальный вагиноз приводит к возникновению дистрофических процессов на шейке матки, вследствие чего создаются предпосылки для развития в ней патологических состояний. Кроме того, он ассоциируется с повышением частоты передачи ВИЧ-инфекции.

Далее докладчик остановилась на еще одной актуальной проблеме в гинекологии – **вульвовагинальном кандидозе (ВВК)**. Возбудитель инфекции – грибы рода *Candida*, который насчитывает около 200 видов. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах и слизистых оболочках здоровых людей. Патогенными для организма человека являются *Candida albicans* (в 80–90%), *Candida glabrata*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida krusei* и др. Грибы вида *C. albicans* обладают тропизмом к тканям, богатым гликогеном; являются комменсалом многих поверхностей тела; оптимальный для их роста уровень pH 6–6,5.

Известно, что у 75% женщин репродуктивного возраста наблюдается, по крайней мере, один эпизод ВВК в течение жизни. У 40% лиц регистрируют повторные эпизоды заболевания, у 5% – хронический рецидивирующий ВВК. У онкологических больных этот диагноз устанавливают в 30% случаев, у пациенток с различными эндокринными нарушениями – в 64%. Частота ВВК у беременных составляет 40–46%, при этом степень колонизации *Candida* повышается со сроком гестации.

ВВК развивается вследствие:

- трансформации сапрофитных форм дрожжеподобных грибов в вирулентную;
- аутоинфицирования из экстрагенитальных очагов кандидоза (кишечник);
- заражения половым путем.

Следует помнить о том, что **развитие кандидоза является следствием снижения резистентности организма**. Кандиды вырабатывают глиотоксин, подавляющий местный иммунитет и создающий условия для их дальнейшего роста, следовательно, формируется порочный круг.

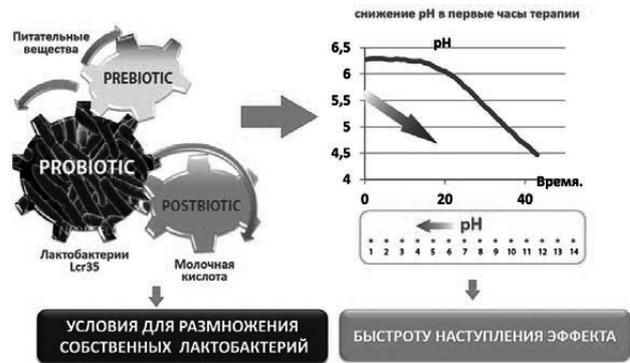
Для острой формы ВВК характерна яркая воспалительная картина: гиперемия, отек, везикулы; выделения с кислым, неприятным запахом; на слизистой оболочке влагалища и шейке матки налет серовато-белого цвета, в острой стадии налет снимается с трудом. Длительность заболевания не превышает 2 мес.

При хронической форме ВВК на коже и слизистых оболочках преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации, атрофии. Налет на шейке матки и влагалище снимается легко, на их месте остается сильно гиперемированная слизистая оболочка, склонная к кровоточивости. Длительность заболевания – более 2 мес.

При хроническом рецидивирующем ВВК длительность клинической манифестации превышает 2 мес, в течение года наблюдаются 4 и более рецидива без острых клинических проявлений. У пациенток появляются вторичные элементы на коже и слизистых оболочках в виде лихенизации, инфильтрации, атрофичности тканей. Диагностика ВВК включает:

- микроскопическое исследование мазков вагинального отделяемого (нативные и окрашенные по Граму препараты); чувствительность метода – около 70%;
- культуральный метод: если при микроскопии возбудитель не обнаружен или в случае хронического рецидивирующего кандидоза половых органов (обязательна видовая идентификация *Candida* и определение чувствительности к антифунгальным препаратам). Бакпосев для контроля излечения при острой форме заболевания осуществляется через 7 дней после прекращения терапии, при хронической – в течение трех менструальных циклов в первый день по окончании менструации;

## Молочная кислота как компонент триботика Лактожиналь обеспечивает:



- дополнительные исследования: общий анализ крови и мочи, гликемический профиль крови с нагрузкой, исследование кишечной флоры.

**К особенностям течения ВВК на современном этапе можно отнести:**

- склонность к хроническому рецидивирующему течению (повторный эпизод в 20–50% случаев в течение первого года после окончания лечения);
- рост атипичных форм данного заболевания;
- возможность реинфекции и кандидоносительства;
- торпидность к проводимой терапии;
- несмотря на сохранение ведущей роли *C. albicans* в этиологии ВВК, неуклонный рост других видов грибов *Candida spp.*;
- частое развитие у грибов рода *Candida* резистентности ко многим лекарственным средствам.

Хронический рецидивирующий кандидоз не является результатом повторного инфицирования половых путей кандидами, а обусловлен ослаблением иммунного статуса макроорганизма, повышением вирулентности микроорганизмов и приобретенной резистентностью к полиеновым или имидазольным препаратам.

Нарушения иммунного статуса являются основой, на которой развивается хронический кандидоз, который в свою очередь вызывает дальнейшие расстройства иммунной системы и нейроэндокринной регуляции и рассматривается как синдром кандидозной полиэндокринопатии.

Лечение кандидоза должно включать рациональную антифунгальную терапию, иммунокоррекцию, купирование фоновых заболеваний. Терапия показана пациенткам с наличием симптомов ВВК, у которых при прямой микроскопии или культуральном исследовании обнаружены дрожжеподобные грибки. Женщинам с отсутствием симптомов лечения не требуется.

Среди показаний к назначению лечения бактериального вагиноза профессор Т.Ф. Татарчук отметила следующие:

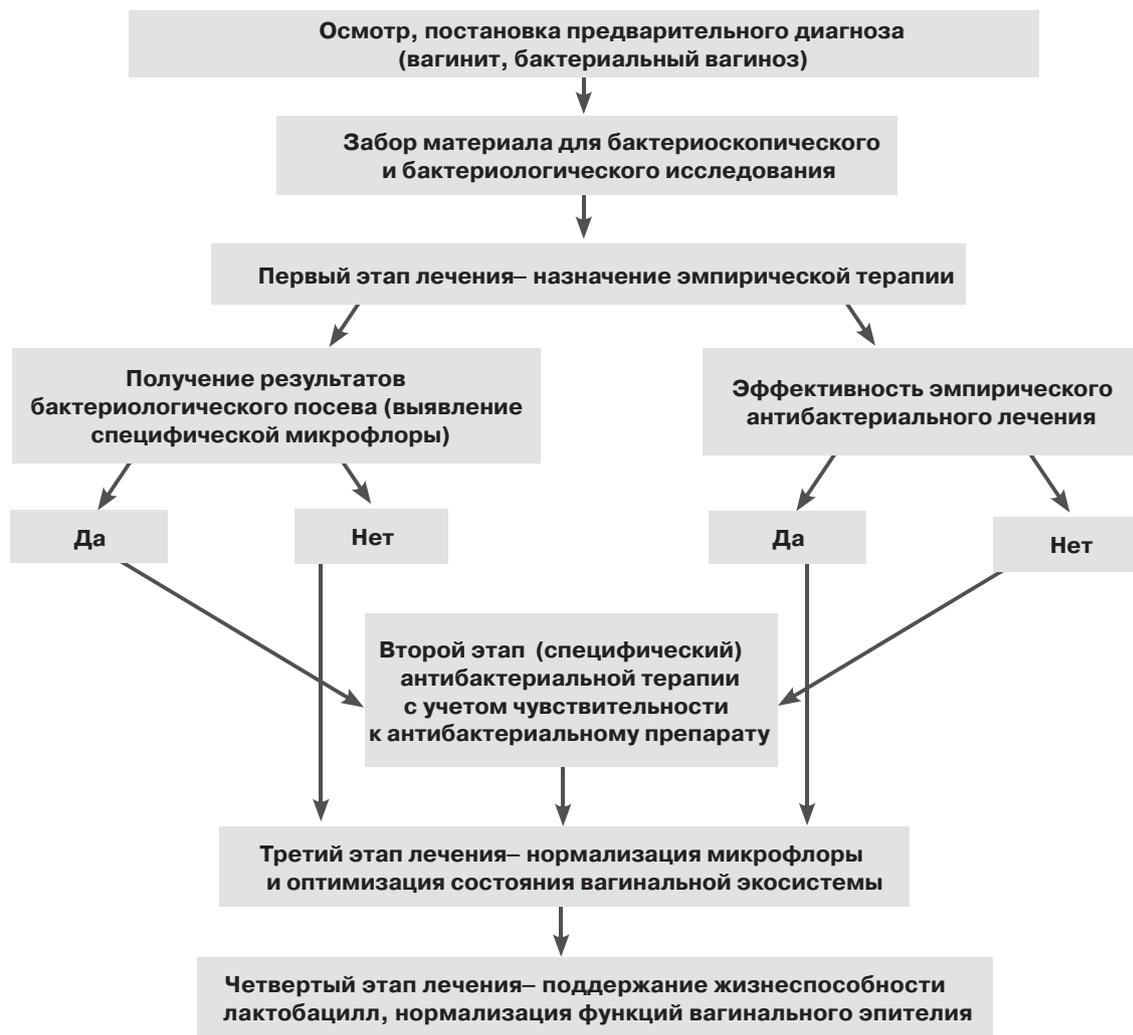
- наличие жалоб и клинических проявлений заболевания;
- бактериальный вагиноз у беременных (с/без клинических проявлений) при отягощенном акушерском анамнезе (выкидыш во II триместре беременности, преждевременные роды);
- перед выполнением оперативных вмешательств.

При отсутствии жалоб, но наличии признаков бактериального вагиноза по результатам микроскопии лечение не проводится.

Тактика гинеколога при ведении пациентки с вагинальной инфекцией представлена на схеме.

Лекарственными средствами первого выбора для местного лечения вагинитов/вагинозов различной этиологии у пациенток всех возрастных групп, в том числе беременных и кормящих грудью, являются препараты, действие которых направлено на деконтаминацию слизистой оболочки влага-

Схема. Алгоритм действий врача-гинеколога при лечении вагинальной инфекции



лица. В последнее время широкое распространение получили комбинированные препараты, содержащие антибактериальный и противогрибковый компоненты.

После деконтаминации слизистой оболочки влагалища следующим неотъемлемым этапом лечения бактериального вагиноза является нормализация вагинальной микроэкологии. В этом году впервые нашим пациенткам стал доступен трибиотик ведущего французского производителя пробиотиков — Лактожиналь. На фоне его применения при бактериальном вагинозе можно достичь быстрого и стойкого восстановления микрофлоры влагалища за счет трех составляющих:

- питательных веществ, усиливающих активный рост пробиотических штаммов (prebiotic);
- лиофилизированных лактобактерий *Lactobacillus casei rhamnosus* (probiotic);
- метаболитических компонентов жизнедеятельности микроорганизмов (postbiotic).

Уникальный штамм бактерий Lcг 35 в составе Лактожиналя (в 1 капсуле содержится  $3 \times 10^8$  лактобактерий) полностью подавляет рост *G. vaginalis* (через 6 ч) и *C. albicans* (через 30 ч). Более высокая адгезивность штамма Lcг 35 позволяет разрушать биопленки патогенных микроорганизмов. Штамм Lcг 35, формируя защитную биопленку, препятствует адгезии патогенных бактерий, снижая риск рецидивов (возможное решение проблемы рецидивирующих ба-

квалинозов). Трибиотик Лактожиналь применяют по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 7 дней или по 1 капсуле 1 раз в сутки на протяжении 14 дней. Т.Ф. Татарчук отметила, что одним из важных преимуществ терапии Лактожиналем является способность снижения риска рецидивов данного заболевания за счет эффективного подавления условно-патогенных бактерий, в частности *G. vaginalis* как основного возбудителя инфекции.

**Уникальный штамм лактобактерий Lcг 35 в составе Лактожиналь полностью подавляет рост:**

