

Современный подход к терапии неспецифических вагинитов (обзор конференции)

Репродуктивна ендокринологія, №2 (22), травень 2015

24–26 сентября 2014 года одновременно с пленумом Ассоциации акушеров-гинекологов Украины в Киеве состоялась научно-практическая конференция с международным участием, где были представлены доклады ведущих отечественных и зарубежных специалистов в области акушерства и гинекологии. Статья представляет собой доклад профессора Т.Ф. Татарчук «Современный подход к терапии неспецифических вагинитов».



Алгоритм действий врача-гинеколога при лечении вагинальной инфекции включает следующие этапы: первый – назначение эмпирической терапии; второй – антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибактериальному препарату, третий – нормализация микрофлоры и оптимизация состояния вагинальной экосистемы, четвертый – поддержание жизнеспособности лактобацилл, нормализация функций вагинального эпителия.

Ключевые слова: вагинит, бактериальный вагиноз, экосистема влагалища, пробиотики, Лактожиналь.

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%), трихомониаз (15–20%), смешанные и другие инфекции (неспецифический вульвовагинит);
- неинфекционной природы: атрофический вагинит (в климактерический период), химическое или аллергическое воспаление.

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 поверх-

ностных 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 (дисбиоз влагалища) – инфекционный невоспалительный синдром, в основе которого лежит нарушение микробиоценоза влагалища, усиленный рост анаэробной микрофлоры, замещающей лактобациллярную. 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 женщин – 24%.

Для 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 поставлен при наличии не менее 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 КОН;
- обнаружение ключевых клеток в окрашенных по Граму мазках из влагалища или в нативном препарате.

Бактериальный вагиноз может выступать одной из причин воспалительных заболеваний органов малого таза. Многократные исследования показывают его ассоциацию с цервицитами, хламидийной инфекцией и воспалительной патологией органов малого таза, прежде всего, с сальпингитом и эндометритом. Изменение резистентности организма (цитокины) может способствовать инфицированию и возникновению воспаления мочевого тракта.

С бактериальным вагинозом также могут быть связаны послеоперационные воспалительные осложнения.

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, опухолевый рост). Вместе с тем простагландины обладают иммуносупрессивной активностью.

ГИНЕКОЛОГИЯ

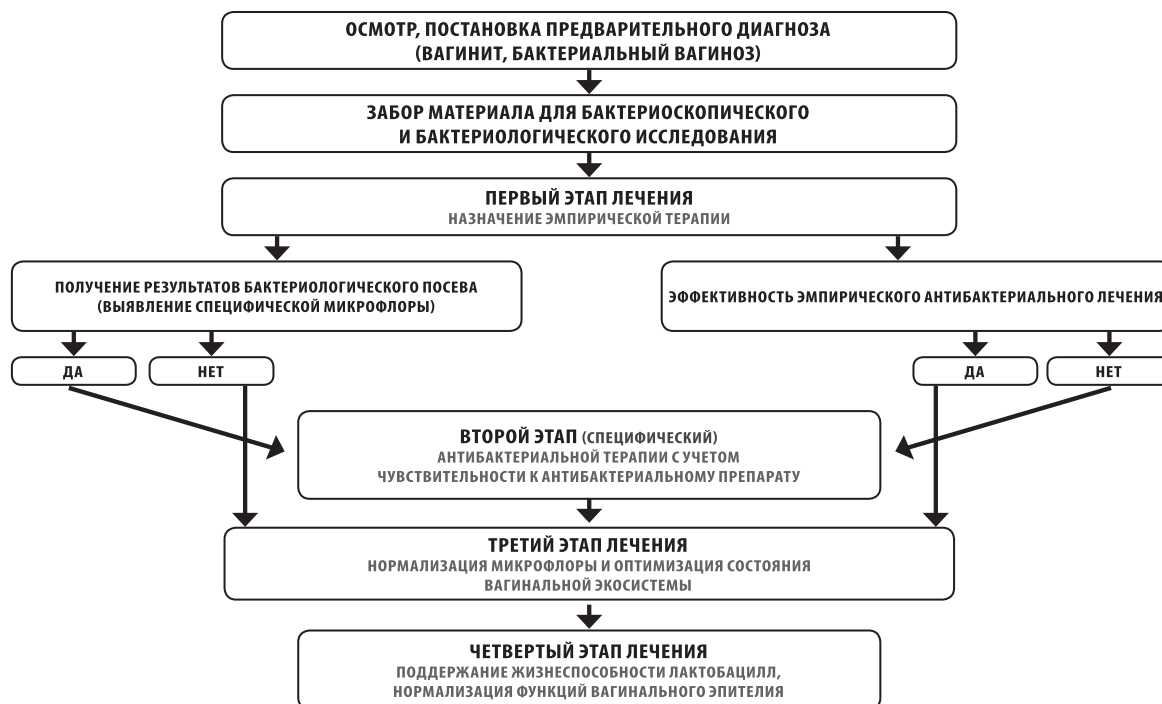


Схема 1. Алгоритм действий врача-гинеколога при лечении вагинальной инфекции

К последствиям бактериального вагиноза, кроме воспалительных заболеваний органов малого таза, относят бесплодие, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода, послеродовый (постабортный) эндометрит, хориоамнионит. В последние годы сообщается о наличии эпидемиологической связи бактериального вагиноза с неопластическими процессами шейки матки. Показано, 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*, которых насчитывается 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 **возникновение 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). Бакпо-

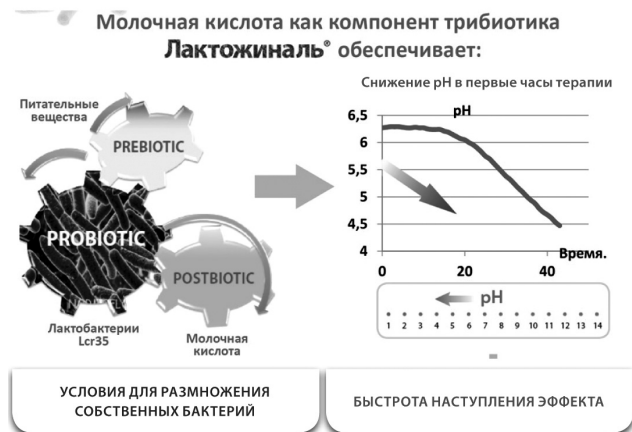


Схема 2. Эффекты молочной кислоты как компонента трибиотика Лактожиналь

сев 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;

- 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 грибы. Женщинам с отсутствием симптомов лечение 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.

Уникальный штамм лактобактерий Lcr 35® в составе Лактожиналь® полностью подавляет рост основных возбудителей БВ®:

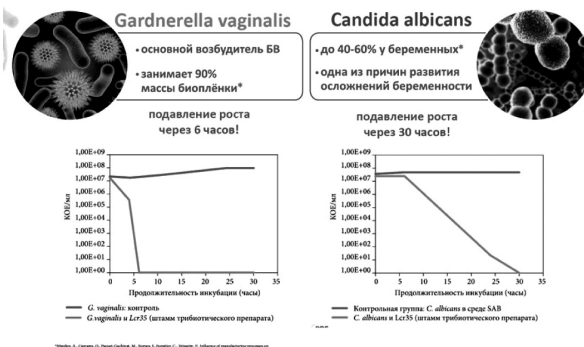


Схема 3. Уникальный штамм лактобактерий LCR 35 в составе Лактожиналя полностью подавляет рост *G. vaginalis* и *C. albicans*

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

Тактика гинеколога при ведении пациентки с вагинальной инфекцией представлена на схеме 1.

Лекарственными средствами первого выбора для местного лечения вагинитов/вагинозов различной этиологии у пациенток всех возрастных групп, в том числе беременных и кормящих, являются препараты, действие которых направлено на деконтаминацию слизистой оболочки влагалища. 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 нашим пациенткам впервые 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 (схема 2):

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

Уникальный штамм бактерий LCr 35 в составе Лактожиналя (в 1 капсуле содержится 3×10^8 лактобактерий) полностью подавляет рост *G. vaginalis* (через 6 ч) и *C. albicans* (через 30 ч) (схема 3). Более высокая адгезивность штамма LCr 35 позволяет разрушать биоцены патогенных микроорганизмов. Штамм LCr 35, формируя защитную биоцеленку, препятствует адгезии патогенных бактерий, снижая риск рецидивов (возможное решение проблемы рецидивирующих баквагинозов).

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.

Сучасний підхід до терапії неспецифічних вагінітів (огляд конференції)

24–26 вересня 2014 року одночасно з пленумом Асоціації акушерів-гінекологів України в Києві відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю, де були представлені доповіді провідних вітчизняних та зарубіжних фахівців у галузі акушерства та гінекології. Стаття є доповіддю професора Т.Ф. Татарчук «Сучасний підхід до терапії неспецифічних вагінітів».

Алгоритм дій лікаря-гінеколога при лікуванні вагінальної інфекції включає такі етапи: перший – призначення емпіричної терапії; другий – антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості до антибактеріальних препаратів, третій – нормалізація мікрофлори й оптимізація стану вагінальної екосистеми, четвертий – підтримка життєздатності лактобацил, нормалізація функцій вагінального епітелію.

Ключові слова: вагініт, бактеріальний вагіноз, екосистема піхви, пробіотики, Лактожиналь.

Modern approach to the treatment of nonspecific vaginitis (Conference Overview)

September 24–26, 2014 in Kiev, the Scientific and Practical Conference with international participation and the Plenum of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine were performed. Leading national and foreign experts in the field of obstetrics and gynecology presented their reports at the conference. The article is a report of professor T.F. Tatarchuk «Modern approach to the treatment of nonspecific vaginitis».

Algorithm of gynecology treatment of vaginal infection includes the following stages: first – the appointment of empirical therapy; second – antibiotic therapy based on sensitivity to antibiotics, third – the normalization of microflora and optimizes the state of the vaginal ecosystem, fourth – the maintenance the viability of lactobacillus, normalization functions of the vaginal epithelium.

Key words: vaginitis, bacterial vaginosis, vaginal ecosystem, probiotics, Lactoginal.