

Досвід лікування рецидивного неспецифічного вульвовагініту

С. Є. Косилова

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Рецидивний неспецифічний вульвовагініт є актуальною медико-соціальною проблемою, позаяк призводить до розвитку фонових і передракових захворювань шийки матки, ендометриту, безплідності, позаматкової вагітності, ускладненого перебігу періоду гестації та пологів.

Мета дослідження: вивчення клінічної та мікробіологічної ефективності місцевого антисептика Фурасол та препарату Лактагель, що сприяє росту лактобацил і відновленню рН піхви у лікуванні жінок із рецидивним вульвовагінітом. **Матеріали та методи.** Проведене клініко-лабораторне дослідження ефективності комплексного застосування комбінованого місцевого антисептика Фурасол (фурагін розчинний – 0,1 г, натрію хлорид – 0,9 г) і вагінального гелю Лактагель (молочна кислота і глікоген) у лікуванні 25 жінок фертильного віку з хронічним рецидивним неспецифічним вульвовагінітом.

Результати. Комплексне застосування схеми фурагін розчинний (Фурасол) плюс Лактагель з метою лікування рецидивного неспецифічного вульвовагініту сприяє ефективній санации піхви, ліквідації запального процесу і клінічних симптомів, відновленню лактобацилярного біотопу.

Заключення. Комбінація Фурасолу з Лактагелем запобігає рецидивуванню неспецифічного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: хронічний рецидивний неспецифічний вульвовагініт, фурагін розчинний, Фурасол, Лактагель.

У структурі гінекологічної захворюваності інфекційні процеси жіночих статевих органів посідають провідне місце і становлять 70% від усіх захворювань. З них близько третина – це запальні захворювання нижніх відділів статевого тракту [3, 4, 6].

Зростання захворюваності пов'язане зі збільшенням міграції населення, підвищенням сексуальної активності, самолікуванням, проведенням симптоматичної, а не етіотропної терапії, безконтрольним застосуванням антибіотиків. Це призводить до безсимптомної або стертої клінічної картини захворювання, схильності до рецидивів, стійкості до антибактеріальних препаратів [1, 5, 8]. Тому проблемі лікування рецидивних неспецифічних вульвовагінітів приділяють все більше уваги.

У механізмі виникнення вульвовагініту важливу роль відіграють зміни мікроекосистеми нормального біоценозу піхви у відповідь на різноманітні несприятливі чинники [2, 3, 6, 7]. Порушення мікробіоценозу піхви розглядають як стан дисбіозу піхвової мікрофлори. При цьому відбувається елімінація лактобацил, що призводить до колонізації піхви облигатними анаеробами (*Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp., *Fusobacterium* spp., *Mobilincus* spp.), гарднерелою та грибами роду *Candida*. У деяких випадках на тлі абсолютного переважання умовно-патогенних мікроорганізмів можуть бути наявні лактобацили анаеробного походження у низькому титрі, які не продукують пероксид водню [1, 4, 6, 8]. Тому рН піхви не має кислої реакції, що призводить до зниження резистентності вагінального біотопу умовно-патогенної мікрофлори. Зіставлення бактеріального вагінозу з неспецифічним

вагінітом або проміжним типом мікроценозу піхви та призначення антибактеріальної терапії без урахування патогенезу захворювання у більшості випадків не дає позитивного результату, а призводить до прогресування явищ дисбіозу, неефективності лікування та розвитку додаткових ускладнень (дисбіоз кишечника). Кращого результату можна досягти у разі використання антисептичних препаратів для інтравагінального застосування, які мають комплексну активність до широкого спектра збудників генітальних інфекцій [1, 3, 5, 8].

Велике значення у лікуванні хронічних рецидивних вульвовагінітів має запобігання утворенню та руйнуванню вагінальної біоплівки, що сприяє підвищенню ефективності лікування. Даній проблемі приділяють велику увагу у зв'язку з тим, що інфекційний процес з піхви поширюється висхідним шляхом та уражає внутрішні статеві органи, призводить до розвитку різних ускладнень: фонових та передракових захворювань шийки матки, безплідності, позаматкової вагітності, ускладненого перебігу вагітності та пологів [1, 3, 4, 6, 7].

Мета дослідження: вивчення клінічної та мікробіологічної ефективності місцевого антисептика Фурасол та препарату Лактагель, що сприяє росту лактобацил і відновленню рН піхви у лікуванні жінок із рецидивним вульвовагінітом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Одним із найкращих місцевих антисептичних засобів, який має широкий спектр антимікробної дії у невеликих концентраціях, є фурагін розчинний (калієва сіль фурагіну). Фурагін є діючою речовиною комбінованого місцевого антисептичного засобу під торговою назвою Фурасол – сольовий розчин, що містить не лише калієву сіль фурагіну (0,1 г), а й натрію хлорид (0,9 г). Препарат зарекомендував себе як ефективний засіб, який використовується для лікування запальних захворювань слизових оболонок ротової порожнини і глотки, інфікованих ран, опіків та гнійних запалень. Не чинить подразнювальної дії під час застосування на слизові оболонки. Використанню препарату є АТ «ОЛАЙНФАРМ» (Латвія).

Фурасол має широкий спектр антибактеріальної дії проти грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів, резистентних до антибіотиків та інших хіміотерапевтичних засобів. Антибактеріальна дія фурагіну розчинного заснована на пригніченні ферментативних систем різних бактерій. Порівняно з антибіотиками і сульфаніламидами резистентність до фурагіну розвивається повільно і незначною мірою. Нітрофурані поліпшують лейкопоез і фагоцитарну активність лейкоцитів, сприяють регенерації слизової оболонки. Фурасол пригнічує здатність збудників інфекції до формування біоплівок та виділення токсинів, швидко усуває біль, набряк та інші ознаки запалення.

З метою сприяння росту лактобацил і відновленню рН піхви ми використовували препарат, що містить молочну кислоту і глікоген, – вагінальний гель Лактагель (виробник Рольф Куллрен АВ, Швеція). Він відновлює мікрофлору піхви, нормалізує і підтримує природні значення рН піхви під час курсу терапії антисептиками, антибіотиками, протигрибковими препаратами, усуває відчуття печіння та свербежу, сприяє зволоженню слизової оболонки піхви. Не містить

Шкала ефективності досліджуваних препаратів

4 бали	Висока ефективність	Повна елімінація мікробів. Значне зникнення симптомів. Нормалізація лабораторних показників
3 бали	Помірна ефективність	Помірне зменшення кількості мікробів. Значне зменшення симптомів. Значне покращання лабораторних показників
2 бали	Низька ефективність	Незначне зменшення кількості мікробів. Незначне зменшення симптомів. Незначне покращання лабораторних показників
1 бал	Відсутність ефекту	Відсутність змін або погіршення клінічних і лабораторних показників у кінці лікування

Таблиця 2

Бальне оцінювання клінічних проявів, M±m

Клінічні ознаки	I група		II група	
	До лікування	На 10-у добу лікування	До лікування	На 10-у добу лікування
Виділення	2,9 ± 0,3	0,3 ± 0,2	2,9 ± 0,1	0,8 ± 0,1
Печіння, свербіж	2,7 ± 0,2	0,2 ± 0,1	2,6 ± 0,2	1,1 ± 0,1
Дизуричні явища	2,3 ± 0,2	0,6 ± 0,1	2,2 ± 0,1	1,0 ± 0,1
Набряк слизової оболонки піхви	2,8 ± 0,1	0,5 ± 0,2	2,7 ± 0,2	2,0 ± 0,4

гормонів, ароматизаторів і консервантів, може бути застосований під час вагітності.

Під нашим спостереженням знаходились 50 пацієнок із рецидивним вульвовагінітом, що були розподілені на дві клінічні групи: I (основна) група – 25 жінок, які отримували комплексне лікування із застосуванням препаратів Фурасол і Лактагель; II група (порівняння) – 25 жінок, які отримували інтравагінально Клотримазол по 1 таблетці на ніч 10 днів.

Лікування жінок основної групи проводили наступним чином: щодня 1 пакетик Фурасолу розчиняли у склянці гарячої води (>70°C). Теплий розчин застосовували для спринцювання 1 раз на день – 7 днів, а з четвертого дня лікування додатково на ніч інтравагінально вводили вміст одного тюбика Лактагелю – 7 днів.

У дослідження були включені пацієнтки, що відповідали наступним критеріям:

1. Жінки репродуктивного віку з рецидивним вульвовагінітом, підтвердженим лабораторними даними.
2. Рецидивний вульвовагініт з наявністю мікроорганізмів, резистентних до антибіотиків та інших хіміотерапевтичних засобів.
3. Відмова від статевих стосунків на час проведення дослідження.
4. Відсутність інфекцій, що передаються статевим шляхом.
5. Відсутність підвищеної чутливості до фурагіну і препаратів нітрофуранового ряду.

Усім обстеженим проводили огляд у дзеркалах, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з піхви, кольпоскопію, кольпоцитологічне дослідження.

Мікроскопію виділень з урогенітального тракту проводили перед початком лікування, через 10 днів, через 1 міс і через 3 міс після лікування. Бактеріологічне дослідження проводили перед початком лікування, через 1 міс і через 3 міс після лікування.

Оцінювання скарг і клінічних симптомів проводили за трьохбальною шкалою: 1 бал – легкий ступінь прояву симптомів, 2 бали – помірний, 3 бали – значний ступінь прояву симптомів.

Ефективність терапії оцінювали на підставі динаміки скарг і клінічних симптомів, результатів лабораторних досліджень до початку лікування і після. Загальне оцінювання ефективності препаратів проводили на підставі перерахованих вище критеріїв у балах за шкалою ефективності (табл. 1) [1].

Отримані результати оброблені методом параметричної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені жінки були в активному репродуктивному віці (від 18 до 40 років). Середній вік становив 27,2±5,6 року. Тривалість захворювання становила від 2 до 6 років, з частими рецидивами (2–3 рази на рік), особливо в осінньо-весняний період. Достовірних відмінностей у групах за віком, тривалістю захворювання та клінічними проявами не виявлено.

Під час огляду у дзеркалах у 44 (88%) пацієнок слизова оболонка піхви була набрякла і гіперемована, у 15 (30%) – діагностовано ендцервіцит, у 8 (16%) – ерозію шийки матки, що підтверджено кольпоскопічно. Після проби Шиллера – картина дифузного вагініту. Цитологічно у всіх обстежених виявлено запальний процес.

Головною клінічною симптоматикою в обстежених жінок були скарги на ниючий біль у нижньому відділі живота, надмірні виділення з піхви з неприємним запахом, печіння, свербіж, дизуричні явища. Клінічні симптоми були виражені максимально до початку лікування в обох групах.

Проведені дослідження засвідчили, що у процесі лікування у пацієнок I групи зменшення клінічної симптоматики спостерігалось на 4–5-у добу від початку лікування, а у жінок II групи – на 6–7-у добу. На 10-у добу від початку лікування клінічні симптоми були відсутні у I групі та слабо і помірно виражені – у групі порівняння (табл. 2). Під час огляду у дзеркалах у 100% пацієнок I групи гіперемія та набряк слизової оболонки піхви були відсутні, а у II групі ці ознаки не визначали лише у 80 % пацієнок.

Це свідчить про високу ефективність лікування пацієнок I групи.

Під час мікроскопії піхвових виділень при зверненні у всіх жінок виявляли змішану неспецифічну флору, явища дисбіозу. Кількість лейкоцитів коливалась від 35 до усього поля зору. Рівень рН піхвового вмісту становив від 5,0 до 5,8. На 10-у добу від початку лікування у всіх пацієнок I групи виявили переважання лактобацил, відсутність грамнегативної мікрофлори, гарднерел, міцелію, спор, псевдогіфів. Кількість лейкоцитів не виходила за межі фізіологічної норми. Рівень рН піхвового вмісту становив 3,7–4,0. У жінок II групи така сама мікроскопічна картина спостерігалась у 86% випадків. Рівень рН піхвового вмісту становив 4,1–4,5.

На нашу думку, спринцювання препаратом Фурасол з наступним інтравагінальним введенням Лактагелю ефективно впливають на патогенну мікрофлору, відновлюють функціональні властивості слизової оболонки піхви. Про це

Результаты бактериологического дослідження у динаміці лікування

Показник	Клінічна група							
	I, n=25				II, n=25			
	До лікування		Через 1 міс після лікування		До лікування		Через 1 міс після лікування	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Стафілокок золотистий	3	12	-	-	2	8	1	4
Кишкова паличка	10	40	-	-	8	32	8	32
Стрептокок зеленявий	4	16	-	-	4	16	4	16
Ентеробактерії	5	20	-	-	4	16	1	4
Стафілокок епідермальний	6	24	-	-	4	16	2	8
Корінебактерії	5	20	-	-	5	20	4	16
Лактобактерії	1	4	24	96	1	4	6	30
Гарднерела вагінальна	9	36	-	-	9	36	8	32
Гриби роду Candida	10	40	1	4	11	44	10	40
Atopobium vaginae	10	40	-	-	10	40	8	32

свідчать і результати бактериологического дослідження (табл. 3). Про позитивну дію місцевих антисептиків свідчать також дані інших досліджень [1, 2, 3, 7].

Результати бактериологического дослідження виділень з урогенітального тракту до лікування свідчили про наявність патогенної та умовно-патогенної мікрофлори (див. табл. 3)

Через 1 міс після лікування було з'ясовано, що у пацієнок II групи зберігались порушення складу піхвового біотопу. У той час як у жінок I групи була повна елімінація наведених вище мікроорганізмів. Очевидно, Фурасол на відміну від Клотримазолу володіє значною антисептичною активністю, а Лактагель сприяє регенерації вагінального епітелію. Усе це зумовлює загибель основних симбіонтів вагінальної біоплівки – Gardnerella vaginalis та Atopobium vaginae, що виключає рецидивування захворювання у жінок I групи. Це збігається з думкою інших науковців [1, 3, 4, 7].

Отримані результати свідчать про більш високу ефективність лікування жінок з рецидивним вульвовагінітом у I групі. Загальна бальна оцінка ефективності лікування

пацієнок в I групі становила 3,8±0,4 бала, а у II групі – 2,4±0,6 бала. Алергійних реакцій під час застосування препаратів Фурасол і Лактагель не виявлено. При повторному обстеженні через 3 міс у жінок I групи даних щодо рецидиву не було, у жінок II групи рецидив захворювання відзначали у 86% випадків.

Отже, використання комбінації препаратів Фурасол і Лактагель є більш ефективним для санації піхви, ліквідації запального процесу і клінічних симптомів, попередження рецидиву захворювання.

ВИСНОВКИ

1. Комплексне застосування схеми фурагін розчинний (Фурасол) плюс Лактагель з метою лікування рецидивного неспецифічного вульвовагініту сприяє ефективній санації піхви, ліквідації запального процесу і клінічних симптомів, відновленню лактобацилярного біотопу.

2. Комбінація Фурасолу з Лактагелем запобігає рецидивуванню неспецифічного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку.

**Опыт лечения рецидивирующего неспецифического вульвовагинита
С.Е. Косилова**

Рецидивирующий неспецифический вульвовагинит является актуальной медико-социальной проблемой, поскольку приводит к развитию фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, эндометрита, бесплодия, внематочной беременности, осложненного течения периода гестации и родов.

Цель исследования: изучение клинической и микробиологической эффективности местного антисептика Фурасол и препарата Лактагель, что способствует росту лактобацилл и восстановлению pH влагалища в лечении женщин с рецидивирующим вульвовагинитом.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование эффективности комплексного применения комбинированного местного антисептика Фурасол (фурагин растворимый – 0,1 г, натрия хлорид – 0,9 г) и вагинального геля Лактагель (молочная кислота и гликоген) в лечении 25 женщин фертильного возраста с хроническим рецидивирующим неспецифическим вульвовагинитом.

Результаты. Комплексное применение схемы фурагин растворимый (Фурасол) плюс Лактагель с целью лечения рецидивирующего неспецифического вульвовагинита способствует эффективной санации влагалища, ликвидации воспалительного процесса и клинических симптомов, восстановлению лактобацилярного биотопа.

Заключение. Комбинация Фурасола с Лактагелем предотвращает рецидивирование неспецифического вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий неспецифический вульвовагинит, фурагин растворимый, Фурасол, Лактагель.

**Experience in the treatment of recurrent nonspecific vulvovaginitis
S.E. Kosilova**

Recurrent nonspecific vulvovaginitis is an actual medical and social problem, as it leads to the development of background and precancerous diseases of the cervix, endometritis, infertility, ectopic pregnancy, complicated course of gestation and childbirth.

The objective: was to study the clinical and microbiological efficacy of the local antiseptic Furasol and Lactagel, which promotes the growth of lactobacilli and the restoration of vaginal pH in the treatment of women with recurrent vulvovaginitis.

Materials and methods. A clinical and laboratory study of the efficacy of the combined use of the combined local antiseptic Furasol (furagin soluble – 0.1 g, sodium chloride 0.9 g) and vaginal gel Lactagel (lactic acid and glycogen) in the treatment of 25 women of childbearing age with chronic recurrent non-specific vulvovaginitis.

Results. The complex application of the furagin soluble (Furasol) plus Lactagel regimen for the treatment of recurrent nonspecific vulvovaginitis contributes to the effective sanitation of the vagina, the elimination of the inflammatory process and clinical symptoms, and the restoration of the lactobacillary biotope.

The conclusion. The combination of Furasol with Lactagel prevents the recurrence of unspecific vulvovaginitis in women of reproductive age.

Key words: chronic recurrent nonspecific vulvovaginitis, soluble furagin, Furasol, Lactagel.

Чисто жіночий захист

Дисбактеріоз вагінальні виділення
Сухість Свербіж Дискомфорт
Подразнення
Неприємний запах
Бактеріальний вагіноз
Дисбіоз Атоговітум вагітае
Вторинна інфекція Печіння
Лужний рН Сухість вагінальна



Лактагель® (молочна кислота та глікоген)

Гель вагінальний
для нормалізації мікрофлори

- ШВИДКО усуває неприємний запах, свербіж, дискомфорт
- Можна застосовувати ОДНОЧАСНО з антибіотиками
- Природне відновлення ВЛАСНОЇ мікрофлори
- НЕ МІСТИТЬ гормонів, біосистем і консервантів
- ЗРУЧНИЙ – в одноразових тубиках
- ДОЗВОЛЕНО при вагітності та в період лактації

OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ ТА
ДИСТРИБ'ЮЦІЯ
ТЕЛ. (044) 530-11-38 WWW.OLFA.UA

Не є лікарським засобом. Висновок санітарно-епідеміологічної експертизи №05.03.02-03/55800 від 17.12.2015 р.

Матеріал призначений для спеціалістів. Підлягає розповсюдженню на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику.

ORION

Виробник: Рольф Куллгрєн АБ, Швеція
Rolf Kullgren AB, Box 123, SE-646 22 Gnesta, Sweden

Сведения об авторе

Косилова Светлана Евгеньевна – Кафедра акушерства и гинекологии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», 58002, г. Черновцы, пл. Театральная, 2; тел.: (0372) 55-37-54

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грищенко О.В., Лахно И.В. Повышение комплаентности лечения пациенток с бактериальным вагинозом. Репродуктивна ендокринологія. 2017; 1 (33): 2–4.
2. Лахно И.В., Грищенко О.В. Ступенчатая терапия вагинального дисбиоза: мозаика доказательств. Репродуктивна ендокринологія. 2016; 2 (28): 58–59.
3. Маркін Л.Б., Шахова О.В. Эффективность застосування комбінації різних форм випуску антисептика з антимікробною активністю Гексикону в лікуванні запальних захворювань піхви. Здоровье женщины. 2012; 2(68): 188–190.
4. Радзинский В.Е. Инфектология XXI века: непростые ответы. Инфекции и инфекционный контроль. Status Praesens. 2012; 2 (8): 5–7.
5. Сенчук А.Я. Вивчення ефективності та безпеки використання препарату Вагіклін при лікуванні бактеріального вагінозу та неспецифічного вагініту. Consilium medicum (Ukraina). 2013; 7, № 5: 11–13.
6. Янковский Д.С., Ширококов В.П., Антипкин Ю.Г., Татарчук Т.Ф., Дымент Г.С. Микробиом и здоровье женщины. Репродуктивна ендокринологія. Альманах репродуктивного здоров'я. 2015; 26–48.
7. Carati D., Zizza A., Guido M., et al. Safety, efficacy, and tolerability of differential treatment to prevent and treat vaginal dryness and vulvovaginitis in diabetic women. Clin. Exp. Obstet Gynecol. 43.2 (2016): 198–202.
8. Sobel J.D., Subramanian C., Foxman B., et al. Mixed vaginitis – more than coinfection and with therapeutic implications. Curr. Infect Dis. Rep. 15 (2013): 104–108.

Статья поступила в редакцию 14.11.17