

Лікування та вторинна профілактика запальних захворювань піхви із застосуванням Лактагелю у жінок з проявами патологічного клімаксу

А.П. Дністряньська

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Перименопаузальний та постменопаузальний періоди характеризуються гормональним дисбалансом, що призводить до порушення функції сечостатевої системи, загострення хронічних інфекцій, що передаються статевим шляхом, проявами атрофії слизової оболонки піхви. Досліджено ефективність комплексної терапії та вторинної профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, із застосуванням Лактагелю. Доведено ефективність та безпечність проведеної терапії.

Ключові слова: клімактеричний синдром, лікування, урогенітальні порушення, Лактагель.

Урогенітальні розлади, притаманні патологічному перебігу постменопаузального періоду, виникають на тлі симптомокомплексу вегетативних порушень, який пов'язаний з порушенням адаптації систем і органів жінки до процесів старіння організму. Повний спектр постменопаузальних розладів суттєво впливає на якість життя жінки і становить як медичну, так і соціальну проблему, яка протягом багатьох десятиліть привертає до себе увагу не тільки гінекологів, але й лікарів інших спеціальностей. Системні ускладнення зумовлені дефіцитом естрогенів внаслідок поступового припинення гормональної функції яєчників. Гормональний дисбаланс у перименопаузальний період у жінок проявляється зростанням рівня ФСГ, ЛГ (ФСГ значно переважає над ЛГ), зниженням рівня фракцій естрадіолу [2–4]. Серед проявів перименопаузальних розладів значне місце посідають uszkodження урогенітального тракту, зумовлені як проявом хронічної інфекції, що передається статевим шляхом, так і атрофічними змінами, притаманними урогенітальному епітелію в клімактеричний період, що поглиблюється зниженням імунітету у жінок пострепродуктивного віку. Піхвовий епітелій втрачає свою складчастість, стає тонким, блідим. Інколи видно незначні петехії. Збільшується об'єм сполучної тканини, втрачається еластичність тканин піхви, вона звужується і вкорочується, що часто призводить до диспаревнії. Порушення структури піхви, відсутність достатньої кількості глікогену та молочної кислоти призводять також до змін кровообігу в стінці піхви, що спричинює розвиток атрофічних процесів на тлі естрогенного дефіциту не тільки в слизовій оболонці піхви, але й у судинних сплетеннях, м'язах піхвової стінки. Редування судинної мережі призводить до зниження тиску кисню в ній, зміни синтезу цитокінів та факторів росту. Саме внаслідок гіпоксії стимулюється ангиогенез капілярної мережі, що приводить до розвитку великої кількості найтонших капілярів, які зумовлюють характерний зовнішній вигляд піхвової стінки при атрофічному вагініті, легко виникає кровоточивість при будь-якому контакті. Петехіальна кровоточивість спочатку поєднується з асептичним запальним процесом, але з подовженням часу постменопаузи можливе приєднання вторинної інфекції [1, 3].

Атрофічний кольпіт, що виникає в такій ситуації, характеризується зникненням поверхневих клітин, зменшенням чи зникненням клітин проміжного шару і абсолютним домінуванням клітин базального шару, що призводить до

зниження рівня глікогену, запобігає проліферації паличок Додерлейна і призводить до зниження рівня молочної кислоти і залуження піхви, до розвитку патогенної флори, адже істотну захисну роль у генітальній сфері при нормальному мікробіоценозі грають саме лактобацили, які повинні складати 90–95% усієї флори [1].

Отже, епітелій піхви, виконуючи захисну функцію, забезпечує її стійкість до впливу патогенних агентів (бактерії, віруси, гриби). Важливим показником резистентності вагінального епітелію є кількість глікогену, який міститься переважно в поверхневих клітинах. Оскільки ці клітини постійно злущуються і піддаються цитолізу, глікоген звільняється, забезпечуючи живильний субстрат для нормальної мікрофлори. Глікоген також сприяє регенерації тканин, є важливим вуглеводним компонентом організму, який бере участь у виробленні імунних тіл. У постменопаузальний період кількість глікогену суттєво зменшується, що призводить до порушення біоценозу піхви. Практично відсутній нормоценоз піхви, для якого характерне абсолютне домінування лактобактерій, низький титр умовно-патогенних мікроорганізмів (менше 10^4 КУО/мл при загальній кількості мікробів 10^6 – 10^8 КУО/мл у виділеннях піхви). При патологічному перебігу клімактеричного періоду проліферація паличок Додерлейна порушується, що призводить до зниження молочної кислоти і залуження піхви. Це в свою чергу спричинює появу і проліферацію патогенних мікроорганізмів, які зумовлюють розвиток урогенітальних інфекцій, що спостерігаються в постменопаузальний період життя жінки. Атрофічний вагініт супроводжується досить широкою та тривалою симптоматикою, що суттєво знижує якість життя пацієнток, а саме – виділення з неприємним запахом, значний свербіж, відчуття печіння та сухості піхви та інші симптоми.

Як свідчать результати досліджень, проведених в останні роки, урогенітальні інфекції майже завжди полімікробні, внаслідок чого втрачається їхня специфічність. За сучасними уявленнями, змішана інфекція – це патологічний процес, зумовлений двома і більше мікроорганізмами з єдиним патогенезом, у розвиток якого робить свій внесок кожний з інфекційних агентів. Мікст-інфекція – це не сума кількох мікроорганізмів, а результат їхньої складної взаємодії з можливим включенням у процес сапрофітної мікрофлори. При цій складній взаємодії формуються нові мікробіоценози, в яких відбувається селекція персистивних штамів, наслідком чого є хронізація інфекції.

Беручи до уваги характерні зміни слизової оболонки урогенітального тракту в перименопаузальний період, наявність мікст-інфекції, ефективне лікування проявів інфекції, що передається статевим шляхом, стає доволі складною проблемою, що потребує включення в комплекс лікувальних заходів препаратів, здатних покращувати біоценоз піхви, сприяти підтриманню достатньої кількості перекис-продукуючих лактобактерій в піхві, кислого середовища та достатньої кількості глікогену в епітелій піхви. Тому пошук ефективних і безпечних за-

ходів для підтримки адаптаційних можливостей організму жінок, профілактики та корекції вегетативних порушень, урогенітальних розладів є актуальним в сучасній гінекології.

Підтримання рівня глікогену та молочної кислоти в піхві є суттєвим аспектом в лікуванні специфічних та атрофічних кольпітів та вторинній профілактиці рецидивів інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Зважаючи на підвищення потреби глікогену і змінений епітелій піхви у жінок пострепродуктивного віку, привертає увагу препарат Лактагель, до складу якого входять молочна кислота та глікоген, котрі діють швидко, звільняють жінку від неприємних симптомів і запаху. Молочна кислота знижує рівень рН до нормальних значень. Глікоген служить живильним середовищем для лактобактерій, при його переробці утворюється молочна кислота, що сприяє ефективному лікуванню кольпітів у жінок менопаузального віку та дієвій вторинній профілактиці інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Мета дослідження: оцінювання ефективності комплексного лікування та вторинної профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, із застосуванням Лактагелю у жінок перименопаузального і постменопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 90 жінок у віці від 48 до 55 років з менопаузою протягом 1–5 років, котрі спостерігалися в кабінеті патологічного клімаксу в жіночій консультації 1-го пологового будинку м. Вінниці, у яких провідною патологією в перименопаузальний період були розлади урогенітального тракту, такі, як диспаревнія, свербіж, наявність патологічних виділень та симптоми мікотичної та гарднерельозної інфекції.

Для оцінювання перебігу клімактеричного синдрому використовували 10-бальну шкалу оцінки клімактеричних розладів, розроблену Німецьким товариством менопаузи в доповненні до індексу Купермана. Для характеристики урогенітальних розладів враховували скарги на диспаревнію, свербіж, наявність патологічних виділень, сухість піхви, біль та печіння при сечовиділенні. Використовували оцінку стану епітелію при локальному огляді слизової оболонки піхви з використанням кольпоскопії, яка дозволяє оцінити стан атрофічних змін (поверхня і колір слизової оболонки піхви та шийки, еластичність слизової оболонки піхви, наявності її блиску). Застосовували цитологічні дослідження.

Виділялося чотири категорії: норма, легка атрофія, помірна атрофія, важка атрофія. Верифікацію інфекції, що передається статевим шляхом, проводили, використовуючи макроскопію мазків вагінальних виділень в комплексі з культуральними методами дослідження (бактеріологічні обстеження: бактеріоскопічні дослідження та бакпосів на живильне середовище виділень з піхви для верифікації збудника), імуноферментні методи визначення IgG, IgM та полімерази ланцюгової реакції. Визначали рН піхви.

Враховуючи перименопаузальний вік жінок і вплив естрогенів на стан епітелію піхви, визначали рівень естрадіолу та ФСГ імуноферментним методом.

Для оцінювання якості життя (ЯЖ) використовували загальний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form).

Хворих було поділено на 2 групи. У I ввійшли 70 пацієнок, котрим в комплексі лікування кольпіту був застосований Лактагель, 20 пацієнок становили контрольну групу, вони також були в перименопаузальному віці і мали переважно скарги з боку урогенітального тракту. Ці пацієнтки отримали лікування без застосування Лактагелю. Враховуючи порушення мікрофлори піхви, в якості базової терапії в обох групах застосовували препарати з антипротозойною, антибактеріальною, антимікотичною дією, а також з компонентом, що володіє протизапальним ефектом, залежно від виду збудника та його чутливості до препарату. Використовували вагінальну таблет-

ки або супозиторії протягом 10 днів одночасно з санацією піхви антисептиком хлоргексидином.

Після базової терапії застосовували Лактагель вагінально щоденно: 1 тубик протягом 7 днів з подальшим застосуванням 1 тубика на тиждень протягом 3 міс.

За потреби жінкам з патологічним перебігом клімаксу з обох груп застосовували комплексне лікування: естрогенотерапія (естрадіол, поєднання естрадіолу – 1,0 мг та дидрогестерону – 5,0 мг, фітоестрогени на основі циміцифуги, дикого ямсу, конюшини), денний анксиолітик (похідне біциклічних бісмочевин) – адаптол (по 500 мг тричі на добу), гіполіпідемічну терапію аторвастатином, за показаннями – антиаритмічну терапію та гіпотензивну терапію.

Обстеження жінок проводили до лікування, безпосередньо після курсу терапії та через 3 міс. Результати обстежень оброблені за допомогою методів варіаційної статистики, що прийняті у медицині та біології, з використанням стандартного пакету програм.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До початку терапії хворі пред'являли різноманітні скарги. Наявність патологічних виділень відзначали практично всі пацієнтки обох груп. Так, скарги на свербіж піхви в I групі відзначені у 67 жінок (93,8%), сухість та печіння в піхві – у 53 пацієнок (70,2%), біль та печіння під час сечовиділення – у 42 пацієнок, що склало 58,8%. Диспаревнію спостерігали у незначній кількості пацієнок, однак велика частина хворих відзначала відсутність статевого життя і неспроможність оцінити наявність чи відсутність цього симптому. За скаргами пацієнти II групи суттєво не відрізнялися.

Оцінюючи стан піхви до лікування, встановили наявність легкої атрофії у 52 жінок I групи (72,8%) та у 15 жінок II групи (75%), помірної атрофії у 12 пацієнок I групи (16,8%) та у 3 пацієнок II групи (15%), важкої – у 6 жінок (8,4%) I групи та у 2 (10%) – II групи. Результати кольпоцитологічних досліджень свідчать також про наявність запальних змін в клітинному складі піхви у пацієнок обох груп.

Серед збудників у 75,7% (53 жінки) I групи та у 85% (17 пацієнок) II групи відзначали наявність мікотичної (*Candida albicans*) та гарднерельозної інфекції. У частині жінок з патологічним клімаксом серед інфекційних збудників виявлено *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex (HSV-1, HSV-2)*, *S. epidermidis*, *S. aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, а також *Pseudomonas aeruginosa*. Існують асоціації HSV-2 з папіломавірусом, цитомегаловірусом, хламідіями, мікоплазмами. Лактобактерії практично відсутні. У I групі рН піхви склав $5,8 \pm 0,3$, у II групі – $5,7 \pm 0,7$.

Після проведення базової терапії та 7-денного курсу лікування Лактагелем в I групі хворих суттєво зменшилися суб'єктивні відчуття. Так, відсутність патологічних виділень в I групі відзначили 68 жінок (95,2%) Лише у 2 залишилися виділення з жовтуватим відтінком. Усі пацієнтки I групи відзначили зменшення відчуття сухості піхви та печіння, відсутність свербіжу, болю та печіння під час сечовиділення. Жінки з групи порівняння не відзначали зменшення сухості піхви на тлі відсутності патологічних виділень та зменшення відчуття свербіжу. Дані кольпоцитологічних досліджень свідчать про відсутність ознак запального процесу в обох групах.

Під час бактеріологічного дослідження у жінок I групи патологічних збудників не виявлено, в II групі у 2 (10%) пацієнок спостерігалися залишки міцелію. Найбільш суттєві зміни спостерігали при контролі рН піхви, так рН піхви в I групі склав $3,9 \pm 0,5$, в II групі – $5,9 \pm 0,7$ ($p < 0,05$), що свідчить про більш високу ефективність лікування із застосуванням Лактагелю.

Ще більш суттєві відмінності спостерігали через 3 міс після курсу терапії. Так, серед пацієнок I групи, які протягом

3 міс отримували 1 тубик Лактагелю на тиждень, у всіх 70 пацієнток були відсутні патологічні виділення, скарги на свербіж піхви, біль та печіння під час сечовиділення, сухість та печіння піхви.

У II групі, пацієнтки котрої після базової терапії не отримували подальшого лікування, через 3 міс 13 хворих (65%) скаргились на відновлення патологічних виділень, 14 пацієнток (70%) – на свербіж піхви, на біль та печіння при сечовиділенні – 9 пацієнток (45%). Відновилися скарги на свербіж та сухість піхви у 17 жінок (85%) з 20 пацієнток II контрольної групи.

При оцінюванні стану слизової оболонки слід відзначити, що до проведеного лікування показники атрофічних змін слизової оболонки піхви у жінок обох груп суттєво не відрізнялися. Після курсу лікування відсутність атрофічних змін в I групі відзначалася у 38 жінок з 52 (з 72,8% знизилась до 19,6% – на 53,2%), в II групі таких позитивних змін виявлено не було. Серед жінок з помірною атрофією, які застосовували Лактагель, у 6 з 12 пацієнток проявів атрофії не виявили, а в 6 жінок помірна атрофія змінилася на легку, у 6 пацієнток з важкою атрофією після лікування спостерігалися прояви легкої атрофії. При дзеркальному огляді встановлено відновлення поверхні і кольору слизової оболонки піхви та шийки, еластичності слизової оболонки піхви, блиску. У контрольній групі змін в стані епітелію піхви не спостерігалось серед усіх жінок, що становив фактор ризику рецидиву інфекції та відновлення патологічних скарг у пацієнток контрольної групи. Так, при проведенні повторних обстежень на наявність патологічної флори, в I групі рецидивів інфекції виявлено не було. У II групі у 4 пацієнток через 3 міс виявлено рецидив мікотичної інфекції, у 1 – гарднерельоз, у 2 – загострення герпетичної інфекції. При проведенні цитологічних досліджень у всіх пацієнток I групи не виявлено ознак запального процесу, в II групі у 9 жінок – II тип цитологічного дослідження. Кількість лактобактерій у жінок I групи складала $10^7 \pm 10^3$ КУО/мл, у II групі лише у 7 (35%)

пацієнток виділено лактобактерії в кількості $10^4 \pm 800$ КУО/мл, що суттєво менше в порівнянні з I групою ($p < 0,05$).

Після проведення 3-місячного комплексу лікування спостерігалась позитивна динаміка у перебігу клімактеричного синдрому. Найбільш виражені зміни відбулися в клінічних проявах патологічної менопаузи. На тлі комплексної терапії зменшилися прояви припливів жару, порушення сну, пітливості, втомленості, плаксивості, дратівливості.

Оцінюючи ЯЖ, встановили, що рівень «Фізичного функціонування (PF)», що характеризує діапазон посиленої фізичної активності, виявився достатнім у жінок з патологічним перебігом клімаксу. При оцінюванні «психологічної» компоненти ЯЖ виявили достовірні відмінності за шкалами «Соціальне функціонування (SF)» ($p < 0,1$) та «Психічне здоров'я (MH)» ($p < 0,05$) в групі жінок з патологічним клімаксом та проявами урогенітальної інфекції при порівнянні з групою жінок у віці 50–60 років без ознак патологічного клімаксу. Проведене лікування із застосуванням Лактагелю на тлі комплексної терапії клімактеричних розладів суттєво підвищило ЯЖ у цих жінок за всіма досліджуваними компонентами. Серед пацієнток II групи спостерігалась тенденція до покращання якості життя після базового курсу терапії, однак через 3 міс ЯЖ була аналогічною у порівнянні з періодом до проведення терапії, причиною чого в значній кількості пацієнток був рецидив урогенітальних інфекційних захворювань.

ВИСНОВКИ

Використання терапії із застосуванням Лактагелю (глікоген і молочна кислота) сприяє нормалізації рН та клітинного складу піхви, відновленню біоценозу піхви, зменшенню відчуття сухості піхви, ефективному лікуванню інфекцій, що передаються статевим шляхом, та профілактиці рецидивів у жінок в період пери- та постменопаузи, підвищує якість життя у пацієнток клімактеричного віку.

Лечение и вторичная профилактика воспалительных заболеваний влагалища с использованием Лактагеля у женщин с проявлениями патологического климакса А.П. Днистрянская

Пери- и постменопаузальный период характеризуется гормональным дисбалансом, что приводит к нарушению функции урогенитального тракта, обострению хронических инфекций, которые передаются половым путем, снижению иммунитета. Исследована эффективность комплексной терапии и вторичной профилактики инфекций передающихся половым путем с использованием Лактагеля. Доказана эффективность и безопасность проводимой терапии.

Ключевые слова: климактерический синдром, лечение, урогенитальные нарушения, Лактагель.

Treatment and secondary prevention of inflammatory diseases of the vagina using Laktogel in women with pathological manifestations of menopause A.P. Dnistrianska

Peri- and postmenopausal period is characterized by hormonal imbalance, which leads to disruption of the urogenital tract, exacerbation of chronic infections that are sexually transmitted, reduced immunity. The efficiency of complex treatment and secondary prevention of sexually transmitted infections using Laktogelya. The efficacy and safety of the therapy.

Key words: menopause, treatment, urogenital disturbances, Laktogel.

Сведения об авторе

Днистрянская Антонина Петровна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (067) 14-09-144.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Есефидзе Ж.Т. Клиника, диагностика и лечение атрофического вагинита в постменопаузе // РМЖ, 2001. – Т. 9, № 9. – С. 370–374.
2. Жук С.І., Н.И. Пирогова. Оцінка особенностей психического статуса жінки у перименопаузі // С.І. Жук, Т.Д. Мойсева, В.В. Марцинковська // Вісник наукових досліджень. – 2002. – № 3 (28). – С. 109.
3. Запорожан В.М., Ермоленко Т.О., Лавриненко Г.Л. Комплексне лікування атрофічного вагініту у жінок в постменопаузі // Репродуктивное здоровье

жінщины. – № 1 (17), 2004. – С. 3–5.3.
4. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. – К.: Заповіт, 2003. – 200 с.
5. Gougeon A. Age-related changes of the population of human ovarian follicles: Increase in the disappearance rate of non-growing and early-growing follicles in aging women / A. Gougeon, R. Enochard, J.C. Thalabard // Biol. Reprod. – 1994. – Vol. 50. – P. 653–663.

Статья поступила в редакцию 17.12.2014