

НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКОГО КОЛЬПИТА

Грищенко О.В., Бобрицкая В.В., Останина В.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковский городской клинический родильный дом с НС

Возрастные изменения женской репродуктивной системы порождают необходимость поиска как системных, так и локальных методов терапии инволютивных дистрофических тканевых изменений.

Одним из патологических состояний пре- и постменопаузального периода является атрофический кольпит (вагинит). Дефицит эстрогенов в постменопаузе вызывает прекращение пролиферативных процессов во влагалищном эпителии, истончение слизистой, что приводит к легкой ее ранимости и сухости. Исчезновение лактобацилл активизирует вегетирующую во влагалище непатогенную флору.

Наиболее частые клинические симптомы атрофического вагинита – сухость, зуд и жжение во влагалище, диспареуния, рецидивирующие вагинальные выделения, контактные кровянистые выделения, опущение стенок влагалища.

В результате проведенного эпидемиологического скрининга в организованной популяции 800 женщин в возрасте 40-71 года установлено, что первым симптомом, появляющимся у 21,4% женщин в перименопаузе, является чувство сухости во влагалище. Полагают, что это связано с нарушением кровообращения во влагалищной стенке, что способствует развитию атрофических процессов на фоне эстрогенного дефицита не только в слизистой оболочке влагалища, но и в сосудистых сплетениях, мышцах влагалищной стенки. Редукция сосудистой сети приводит к снижению давления кислорода в ней, изменению синтеза цитокинов и факторов роста. Синтез эндотелиального фактора роста (СЭФР) стимулируется создающейся в условиях эстрогенного дефицита гипоксией. Именно вследствие гипоксии проявляется ангиогенез капиллярной сети, приводящий к развитию большого количества тончайших капилляров, что обуславливает характерный внешний вид влагалищной стенки при атрофическом вагините, легко возникающую кровоточивость при любом контакте. Прогрессирующая гипоксия стенки влагалища со временем приводит к появлению характерных изъязвлений. Шейка,

тело матки атрофируются, и для постменопаузы характерным является соотношение размеров тела матки и шейки матки 1/2, что аналогично соотношению в детстве [1].

Петехиальная кровоточивость вначале сочетается с асептическим воспалительным процессом, но по мере удлинения времени постменопаузы возможно присоединение вторичной инфекции.

Диспареунию при атрофическом вагините также рассматривают как следствие гипоксии влагалищной стенки, а рецидивирующие вагинальные выделения в условиях асептического воспаления объясняют возможным появлением лимфорреи [2].

Зуд и жгучая боль, часто возникающие при атрофическом вагините, обусловлены атрофическими изменениями малых половых губ. Одновременно с развитием зуда могут проявляться склеротические процессы в вульварном кольце, и вместе с атрофическими процессами они становятся основой заболевания, которое ранее называлось краурозом вульвы. Указанное состояние характеризуется стойким зудом, устойчивым к различным видам терапии препаратами, содержащими половые стероиды [3].

Основными методами объективной диагностики атрофического вагинита являются: цитологическое исследование, определение рН вагинального содержимого, расширенное кольпоскопическое исследование, микробиологическое исследование.

Лечение атрофического кольпита заключается в восстановлении трофики слизистой оболочки влагалища, в сочетании с антибактериальным воздействием. В терапии возрастных дистрофических процессов успешно применяются гормонозаместительная терапия, включающая назначение заместительных гормональных препаратов общего и местного действия. Однако довольно часто возникают клинические ситуации, когда назначение синтетических эстрогенов и эстрогеноподобных растительных препаратов является противопоказанным, либо имеются фоновые заболевания, относящиеся к разряду эстрогензависимых.

мых. К ним относятся: рак молочной железы в настоящее время, в анамнезе или подозрение на рак; эстрогензависимая злокачественная опухоль, чаще рак эндометрия, или подозрение на этот вид опухоли. Противопоказанием может быть влагалищное кровотечение неясной этиологии, хотя, следует отметить, атрофические процессы слизистой влагалища могут также быть причиной кровотечений, в том числе контактных. Эпизод артериальной или венозной тромбоэмболии в анамнезе также относится к противопоказаниям к применению эстрогенсодержащих препаратов, также как и заболевания печени в острой стадии или изменения печеночных проб. Изменения печеночных проб довольно часто наблюдаются при наличии метаболического синдрома, жирового гепатоза, сахарного диабета II типа.

К противопоказаниям относятся также активные или недавно перенесенные тромбоэмболические заболевания артерий: стенокардия, инфаркт миокарда, что является довольно частым состоянием у женщин в менопаузальный период.

Также нельзя не учитывать взаимодействие синтетических эстрогенов с препаратами, произведенными на основе зверобоя. Возможно также усиление фармакологического действия некоторых кортикостероидов и теофиллина. Известны симптомы передозировки синтетических эстрогенов: тошнота, рвота, влагалищные кровотечения. Специфического антидота не существует, лечение симптоматическое.

Довольно обширный контингент женщин нуждается в терапии атрофических процессов слизистой влагалища при наличии противопоказаний к эстрогенсодержащим препаратам, что порождает необходимость поиска негормональных препаратов, обладающих репаративными, противовоспалительными и анти-септическими свойствами.

Издавна известны так называемые народные средства, использующие растительные компоненты: зверобой, чистотел, и наиболее часто – календула. Рекомендуются к применению отвары и настои трав, с проведением курса спринцеваний, ванночек с растворами. Поэтому клинический интерес представляет препарат на основе календулы (*Calendula Officinalis L.*), в частности, свечи, содержащие экстракт данного растения. **Календула** (*Calendula Officinalis L.*) – содержит салициловую и пентадециловую кислоты, которые обладают бактерицидным, ранозаживляющим, противовоспалительным действием,

вызывают гибель стрептококков и стафилококков. Эти свойства нашли свое применение в гинекологической практике. При приеме парентерально обладает также гипотензивным, кардиотоническим и седативным свойствами. Препараты календулы влияют успокаивающе на ЦНС, снижают артериальное давление.

Клинический интерес представляют **вагинальные суппозитории на основе экстракта календулы – Вагикаль**, содержащее действующее вещество *Calendula officinalis* 150 мг, и гидрофильную основу. Большое количество экстракта календулы позволяет получить максимальное количество действующих веществ: флавоноиды, сапонины, каротиноиды, три-терпеновые спирты.

Их фармакологическое действие взаимно дополняется и обеспечивает противовоспалительный эффект, ускоряет процесс грануляции и эпителизации, действует фунгистатично, цитотоксично, а также осуществляют защитную функцию, антибиотическое, а также иммуностимулирующее действие.

Целью работы было исследование клинической эффективности свечей **Вагикаль** при лечении атрофического кольпита у женщин менопаузального периода.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 35 женщин в возрастном периоде 58–70 лет с клиническими проявлениями синильного кольпита. Проводилось исходное клиническое обследование пациенток, микробиологические исследования, рН-метрия, расширенная кольпоскопия.

У всех больных предварительно были исключены специфические инфекции, передаваемые половым путем, проведены бактериоскопия влагалищных выделений. Для выявления тяжести атрофических процессов во влагалище мы использовали кольпоцитологические методы исследования: определение значения зрелости вагинального эпителия, изучение вагинального микроценоза.

Препарат **Вагикаль** назначали по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 10 дней. Контрольные клинические исследования проводили через 12–15 дней от начала лечения. Также проводилось контрольное микробиологическое исследование, рН-метрия, расширенная кольпоскопия, кольпоцитология.

Результаты и обсуждение. У всех пациенток группы клинического наблюдения четко прослеживается связь уровня рН, степени зрелости вагинального эпителия, корреляционная зависимость между этими показателями. Известно, что вагинальная цитология и

pH влагалищного содержимого коррелируют с уровнем эстрогенов плазмы крови и могут служить объективной оценкой эстрогенного дефицита.

При гинекологическом осмотре и кольпоскопическом исследовании у всех пациенток констатированы атрофические изменения влагалищного эпителия. Атрофические изменения имели четкое соответствие длительности менопаузы. У женщин с менопаузой менее 5 лет определялась сухость слизистой, участки истончения, без выраженной сосудистой сетки, участки воспалительной реакции. У женщин с менопаузой 6 лет и более наблюдались атрофические процессы с явлениями воспалительной реакции. Клинически это выражалось в бледности слизистой оболочки, ее истончении, усилении ангиогенеза в виде сосудистой сетки, изъязвлениями. Проба Шиллера была слабоположительной, окрашивание неоднородное, с размытыми контурами.

Цитологические исследования подтвердили диагноз атрофического кольпита: отмечалось резкое уменьшение количества поверхностных клеток.

Несмотря на имеющиеся условия для развития вторичной инфекции (наличие эстрогенного дефицита), снижение титра лактобацилл, воспалительная реакция, характерная для женщин репродуктивного возраста, отсутствовала. В результатах бактериоскопических анализов выделений количество лейкоцитов не превышало 8–10 в поле зрения. Обнаружены в небольшом количестве колонии условно-патогенных микроорганизмов: *E.coli* 10^4 – 10^5 , *Enterococcus* 10^3 – 10^5 , *Peptostreptococcus* 10^4 , *St.aureus* 10^3 – 10^5 ; высокий уровень pH 6,7–7,0, низкое значение зрелости влагалищного эпителия – до 38. Изменения микроценоза не выходили за рамки атрофического кольпита. Данные подтверждают гипотезу о развитии качественно иных, чем в репродуктивном возрасте, механизмов защиты урогенитального тракта от развития вторичной инфекции.

Контроль клинических исследований проводился после 10 дневного курса местной терапии свечами **Вагикаль**. Прежде всего, следует отметить субъективное улучшение самочувствия пациенток, исчезновение чувства зуда, сухости влагалища. Качество жизни значительно повысилось, ввиду улучшения сексуальной составляющей, отсутствия диспареунии. Пациентки отмечали, что свечи, кроме непосредственно терапевтического эффекта, служили лубрикантом во время половой жизни.

Поскольку клинические симптомы атрофического вагинита связаны не с изменением вагинального микроценоза, а с возрастными особенностями изменения кровотока влагалищной стенки, очевидно, что препарат имеет также результатом улучшение микроциркуляции. Возможно также, что изменения вагинального микроценоза являются закономерной ответной реакцией на старение, и нормализация флоры после применения суппозитория **Вагикаль** является более природной, чем какое-либо применение синтетических антибиотиков или антисептиков.

При контрольном бактериологическом исследовании обнаружено уменьшение колонизации условно-патогенной флоры до титров 10^2 – 10^3 степени; при расширенной кольпоскопии слизистая оболочка блестящая, бледно-розовая, сосудистая сеть не выражена, петехий, изъязвлений нет. Окрашивание при пробе Шиллера однородное, проба слабоположительная. Цитологическое исследование показало увеличение количества поверхностных клеток.

Выводы. Вагинальные суппозитории **Вагикаль** могут успешно применяться в лечении атрофических процессов слизистой оболочки влагалища у женщин менопаузального периода, особенно имеющих противопоказания к применению синтетических эстрогенсодержащих препаратов. Клинический эффект заключается в улучшении трофики слизистой, уменьшении патологических явлений ангиогенеза, сухости, бактериального вагинита. Можно рекомендовать более продолжительные курсы терапии, а также профилактическое назначение препарата.

Свечи **Вагикаль** также могут применяться в период перименопаузы, при имеющихся урогенитальных проявлениях дефицита эстрогенов; для подготовки к операциям с влагалищным доступом.

Литература

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М «МИА», 2003. – 560с.: ил
2. Запорожан В.М., Эрмоленко Т.О, Лавриченко Г.Л. Комплексне лікування атрофічного вагініту у жінок в постменопаузі. Репродуктивне здоров'я жінки. – №1(17), 2004 С.3–5.
3. Есефидзе Ж.Т. Клиника, диагностика и лечение атрофического вагинита в постменопаузе РМЖ. – т.9. – №9, 2001. – С.370-373.



Рисунок 1 Пациентка М., 62 лет. Атрофический кольпит, усиление ангиогенеза



Рисунок 2 Пациентка М., 62 года. Слизистая влагалища после применения свечей Вагикаль



Рисунок 3 Пациентка С., 70 лет. Явления атрофического кольпита (ангиогенез, истончение слизистой оболочки, изъязвления)



Рисунок 4 Пациентка С., 70 лет. Значительное уменьшение явлений атрофического кольпита после применения свечей Вагикаль



Рисунок 4 Пациентка С., 70 лет. Значительное уменьшение явлений атрофического кольпита после применения свечей Вагикаль