

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ ВУЛЬВОВАГІНІТІВ У ЖІНОК В МЕНОПАУЗІ

Менопауза вважається невід'ємним етапом старіння, кожна жінка переносить його по-своєму. Деякі не помічають особливих змін ні в тілі, ні в свідомості, інші відчувають себе некомфортно і погано переносять цей етап їхнього життя. Вік 48–50 років для жінок у нашій країні асоціюється, на жаль, з різними порушеннями сечостатевого тракту, зумовленими дефіцитом естрогенів

Ю. В. Донська, М. В. Медведєв

Для певних стадій репродуктивного стану жінки характерний відповідний бактеріальний асортимент. Нормальна мікрофлора піхви підрозділяється на облигатну, факультативну та транзиторну [1]. Облігатні мікроорганізми (непатогенні й умовно-патогенні) в обов'язковому порядку входять до складу нормальної мікрофлори, перешкоджають розвитку патогенних мікробів, що потрапили у піхву. Представники факультативних мікроорганізмів досить часто, але не завжди, зустрічаються у здорових жінок. Транзиторні мікроорганізми (непатогенні, умовно-патогенні, патогенні) випадково заносяться в генітальний тракт з навколишнього середовища. В умовах нормального біотопу вони перебувають у піхві короткий час і швидко видаляються зі слизом, за рахунок діяльності мукоциліарного епітелію. У разі порушення захисних механізмів патогенні чи умовно-патогенні мікроорганізми транзиторної або факультативної флори прикріплюються до клітин вагінального епітелію з подальшим розмноженням і пошкодженням тканин.

Склад усіх біотопів, в тому числі і вагінального, регулюється ендокринною, нервовою та імунною системами, які діють як єдине ціле [2]. З переходом жінки в період постменопаузи в генітальному тракті істотно знижуються рівні естрогенів і, відповідно, лікогену. Слизова оболонка піхви потоншується, проліферативні процеси у вагінальному епітелії припиняються, значно зменшу-

ється загальний рівень бактерій, перш за все лакто- та біфідобактерій. Якісний склад мікрофлори стає мізерним, з переважанням облигатно-анаеробних бактерій. У цей період рН вагінального середовища набуває нейтрального значення. Це призводить до зміни навколишнього середовища для лактобацил і, відповідно, до змін в мікрофлорі. Все це сприяє розвитку й персистенції інфекційного процесу і пояснює велику поширеність рецидивуючих інфекцій статевих шляхів у жінок з урогенітальною атрофією в менопаузі [3]. Таким чином, зміни в гормональному статусі слід розглядати не як єдину причину розвитку вульвовагініту, а як один з важливих чинників поряд зі змінами мікробіоценозу піхви.

Тривале існування вагінальної атрофії призводить до елімінації або різкого зниження титру лактобацил (до 75,7%) при відсутності масивної колонізації піхви умовно-патогенними мікроорганізмами (ентерококами, стрептококами, кишковою паличкою) [3]. Дані мікроорганізми проявляють антагоністичну активність відносно патогенних й умовно-патогенних мікроорганізмів і створюють сприятливі умови для розвитку корисної мікрофлори кишечника за рахунок ферментації глюкози, манози, фруктози й сахарози до молочної кислоти, яка не викликає метаболічний ацидоз; вироблення бактеріоцинів, що пригнічують розмноження інших умовно-патогенних і патогенних мікроорганізмів; нормалізують вагінальну мікрофлору, відновлюючи природне кисле середовище в піхві (рН 3,8–4,5),

та підвищують стійкість слизової оболонки до дії патогенних мікроорганізмів [4].

Традиційним лікуванням вульвовагінальної атрофії є спеціальні вагінальні креми, що містять гормональні компоненти. Однак далеко не всі жінки згодні приймати гормони у будь-якому вигляді. Крім того, деякі гормональні креми негативно впливають на бактеріальну мікрофлору піхви, аж до підвищення уразливості жінки для інфекцій [5]. Крім того, у даної групи жінок часто застосовуються також антимікробні засоби, що не тільки викликає глибокі мікроекологічні порушення в усьому організмі, в тому числі і в вагінальному біотопі, позбавляючи його природного захисту, а й сприяє формуванню мультирезистентних популяцій умовно-патогенних мікроорганізмів, а також штучної селекції нових патогенів, які все частіше залучаються у процес розвитку інфекційно-запальних патологій піхви [6].

Важливим компонентом є не тільки терапія, а й профілактика рецидивів вульвовагініту у жінок в менопаузі, враховуючи вираженість клінічних проявів і високу частоту рецидивів порушень мікробіоценозу статевих шляхів. У зв'язку з цим значний інтерес представляє застосування вагінальних пробіотиків, що коригують склад вагінальної мікрофлори з метою зниження ризиків лікування і профілактики порушень мікробіоценозу статевих шляхів [7, 8].

Мета дослідження

Оптимізація терапії вульвовагінітів у пацієнток в менопаузі зі зниженням частоти рецидивів порушень мікробіоценозу статевих шляхів із застосуванням сучасних пробіотиків.

У дослідження включалися пацієнтки в менопаузі різної тривалості з симптомами вагінальної атрофії і рецидивуючими вульвовагінітами. Критерієм виключення були жінки, які мають інфекції, що передаються статевим шляхом.

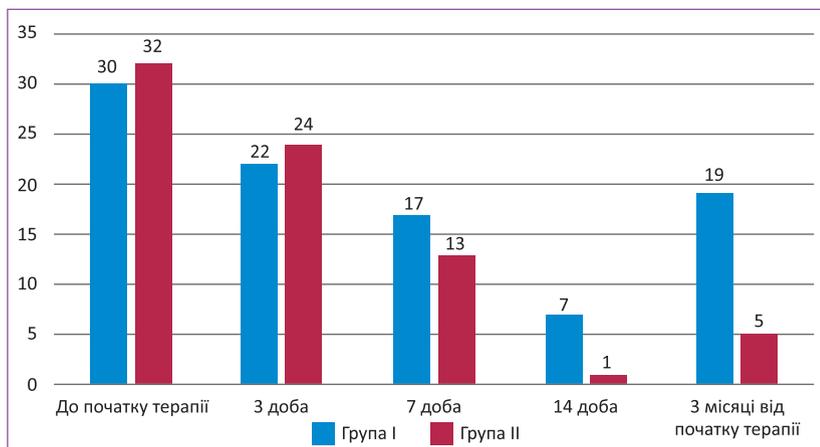


Рис. 1. Кількість жінок із симптомами у різні проміжки часу, абс. частка

Примітка: * – відмінність поміж групами вірогідна при $p < 0,05$

Проведено обстеження 62 жінок у віці 48–65 років, що перебувають у постменопаузі. Тривалість захворювання – від 1 до 7 років (у середньому $3,7 \pm 1,8$ років). Число рецидивів коливалося від 3 до 18 епізодів на рік (у середньому за останній рік склало $5,3 \pm 2,9$ епізодів). В анамнезі усі пацієнтки отримували лікування антибіотиками від 3 до 12 курсів протягом року, що призвело до розвитку кандидозного вагініту і посилення дисбіотичних порушень. На момент звернення жодна пацієнтка не отримувала гормональної терапії.

Перед початком терапії всі пацієнтки були розподілені на дві групи: I група – 30 пацієнток з вульвовагінітом, яким проводилася інтравагінальна терапія метронідазолом у комбінації з міконазолом нітратом протягом 10 днів; II група – 32 пацієнтки з таким же діагнозом, для лікування яких протягом 10 днів додатково застосовувались вагінальні супозиторії Неопробіо, що містять ліофілізат трьох пробіотичних штамів: *Lactobacillus plantarum*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus durans*, живильне середовище для бактерій – лактозу, а також додаткові речовини. Вибір групи відбувся випадково, за допомогою генератора випадкових чисел (рандомізація). Але препарати не маскувались – пацієнтка і дослідник не були «сліпі» (проспективне відкрите рандомізоване дослідження).

Результати дослідження та обговорення

До лікування і в кінці третього місяця терапії всім пацієнткам проводилися

загальне гінекологічне обстеження, бактеріоскопічні і бактеріологічні методи дослідження виділень з піхви і каналу шийки матки, вимірювання pH піхви.

Значення pH вагінального вмісту коливалося від 5,5 до 7,0 (в середньому $6,3 \pm 0,7$), у пацієнток старшої вікової групи (>60 років) значення pH склало 6,0–7,0.

Комплексне мікробіологічне дослідження вагінальних виділень показало, що у всіх випадках відзначалося різке зниження титру або елімінація (у 23,3% випадків) лактобацил. Зростання колоній умовно-патогенних мікроорганізмів виявлялося у всіх жінок, включаючи: стрептококи (45,8%), гриби роду *Candida* у високому титрі (29,2%), стрептокок групи В (25%), клібсіеллу (4,2%), кишкову паличку (33,3%), дифтероїди (45,8%).

Групи, що досліджувались, не відрізнялися статистично значимо за переліченими параметрами ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що вже через 3 дні від початку лікування пацієнтки обох груп відзначили значне зменшення виділень і відсутність дискомфорту, але повна відсутність симптомів спостерігалась лише 26,7% жінок I групи та 25% жінок групи II (рис. 1), що не мало вірогідної різниці. На 7 добу від початку лікування частка симптомних жінок у групі I склала 56,7%, а в групі II дорівнювала 40,6%, що також не мало статистично значимої різниці. Відразу після закінчення терапії – на 14 добу від початку у групі I було 7 симптомних жінок (23,3%), тоді як у групі II – лише 1 жінка із залиш-

ковими симптомами вульвовагініту (3,1%), що було вірогідно нижче, ніж у групі I ($p < 0,05$). Однак, найбільш цікаві дані були отримані через 3 місяці лікування – 19 жінок I групи мали рецидив (63,3%), коли в групі II – лише 5 (15,6%), що вказує на протирецидивні властивості пробіотичної терапії.

Відразу після закінчення курсу лікування у хворих обох груп відзначалося зниження рівня pH до 3,5–4,5 (в середньому $3,8 \pm 0,3$).

Повторне повне клініко-лабораторне обстеження проводилося по закінченню третього місяця після лікування. При контрольному комплексному мікробіологічному дослідженні вагінальних виділень після закінчення лікування клінічна ефективність терапії була досягнута у 65% пацієнток I групи і у 97% – II групи ($p < 0,05$). У 100% пацієнток II групи було встановлено нормалізацію біоценозу статевих шляхів, що виражалося у зменшенні лейкоцитарної реакції і скороченням темпів росту факультативних мікроорганізмів. У 100% випадків домінували морфотипи лактобацил.

Висновки

Розвиток рецидивуючих інфекцій на тлі урогенітальної атрофії відносять до важкої форми їх прояву. Порушення гормонального фону зі зниженням продукції естрогенів у пацієнток в менопаузі активізує умовно-патогенну флору, впливаючи при цьому на місцеву бар'єрну функцію. Необдумане і нераціональне призначення курсів антибактеріальної терапії призводить до ще більшого порушення мікробіоценозу у пацієнток, розвитку дисбіозу в піхві і, ймовірно, може бути однією з причин рецидивів захворювання. Адекватна патогенетично обґрунтована терапія вульвовагінітів у жінок менопаузального періоду препаратом Неопробіо є досить ефективним методом лікування та одночасно профілактики порушень мікробіоценозу статевих шляхів. Використання пробіотику дозволяє швидше відновитися вагінальному біоценозу і підтримувати природну мікрофлору, активізуючи захисну дію лактобацил, їх антагоністичні властивості щодо умовно-патогенних мікроорганізмів, що перешкоджає розвитку рецидивів захворювання.

Перелік літератури на сайті extempore.info