

Неспецифические вульвовагиниты: возможности локальной терапии

Э.Р. Довлетханова, П.Р. Абакарова

Адрес для переписки: Эльмира Робертовна Довлетханова, eldoc@mail.ru

Авторами было проведено исследование эффективности препарата локального действия Мирамистин в лечении неспецифического (бактериального) вульвовагинита. Уже на 5–7-й день терапии состояние большинства пациенток оценивалось как удовлетворительное. Улучшилось состояние слизистой влагалища, изменился характер патологических выделений из половых путей, уменьшились зуд и жжение в области половых органов. Прием препарата не сопровождался серьезными нежелательными явлениями. Таким образом, Мирамистин продемонстрировал высокую эффективность и хорошую переносимость, что наряду с удобством применения позволяет рекомендовать препарат к использованию в терапии неспецифических вульвовагинитов.

Ключевые слова: бактериальный вульвовагинит, локальная терапия, Мирамистин

Введение

Вульвовагинит является наиболее распространенным гинекологическим заболеванием и одной из наиболее частых причин обращения женщин к гинекологу. Термин «вульвовагинит» используется для определения и описания ряда за-

болеваний или состояний инфекционной природы, выражаемых воспалением влагалища, которое сопровождается выделениями, жжением, зудом во влагалище и раздражением в области вульвы. В последнее время заболеваемость вульвовагинитом увели-

чивается, что обусловлено рядом причин:

- возрастанием роли условно-патогенных возбудителей;
- развитием лекарственной устойчивости к антибиотикам;
- изменением иммунологической реактивности организма и др.

Кожа вульвы чувствительна к вагинальной среде, гормональным, метаболическим изменениям организма, аллергическим воздействиям. Следует также отметить роль нарушений гигиенического режима, случайных половых связей и сексуальных извращений.

Вульвовагиниты могут быть специфическими – вызванными определенными инфекционными заболеваниями (туберкулез, сифилис, гонорея, трихомоноз, вирусные заболевания, кандидоз и др.) и неспецифическими (бактериальными). По течению выделяют острые вульвовагиниты (протекают с ярко выраженными клиническими симптомами) и хронические (для них характерна стертая клиническая картина).



Вульвовагинит: этиология, патогенез, симптомы

Вульвовагинит может развиваться в любом возрасте: как у девочек и девушек, так и у женщин в период постменопаузы. В детском возрасте заболевание может быть вызвано анатомическими факторами (близость ануса к влагалищу), особенностями слизистой влагалища (тонкая слизистая), щелочной реакцией влагалищного секрета и недостаточным соблюдением гигиены. Немаловажна роль аллергического фактора. В постменопаузе причинами вульвовагинита могут стать истончение слизистой влагалища, изменения влагалищной микрофлоры, снижение защитных свойств влагалищно-шеечной экосистемы в связи с дефицитом эстрогенов и общими инволютивными изменениями в организме и тканях влагалища, шейки матки и вульвы. Клетки поверхностного слоя вагинального эпителия способны накапливать гликоген под действием эстрогена. С уменьшением уровня эстрогена слои истончаются и атрофируются.

И в детском, и в репродуктивном возрасте возникновению и развитию вульвовагинита способствуют различные хронические инфекционные заболевания: гайморит, тонзиллит, пиелонефрит, сальпингофорит, пороки сердца, гастриты и пр. Большое значение имеет снижение эндокринной, в частности эстрогенной, функции яичников, сопровождающей многие гинекологические заболевания и нейроэндокринные синдромы. Хроническое воспаление придатков матки нередко сопровождается снижением функциональной активности яичников, поэтому у таких женщин сальпингофориту часто сопутствует вагинит или вульвовагинит.

Клинические проявления бактериального (неспецифического) вульвовагинита у взрослых и детей схожи. Это длительность течения и склонность к рецидивам, характер жалоб и объективные признаки воспаления. Основными клиническими симптомами вульвовагинитов являются выде-

ления из половых путей (гнойные, пенистые, с примесью крови, творожистые и др.), гиперемия и отечность слизистой вульвы и влагалища, зуд, жжение, болезненность вульвы, дизурия, диспареуния.

В течение репродуктивного периода жизни здоровой женщины микрофлора влагалища образует уникальную сбалансированную среду, которая может изменяться под влиянием внешних факторов, но благодаря механизму самоочищения возвращается к норме. Кислотно-щелочное состояние влагалищной среды варьирует в интервале 3,8–4,5. Оно может колебаться в течение менструального цикла, во время беременности и зависит от сексуальной активности женщины.

В репродуктивном возрасте бактериальная флора влагалища здоровых женщин содержит множество микроорганизмов, включая аэробные и анаэробные, грамположительные и грамотрицательные бактерии. *Lactobacillus* spp. и *Corynebacterium* spp. преобладают над другими бактериями, такими как *Streptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Staphylococcus* spp. и *Peptostreptococcus* spp. Бактерии рода *Lactobacillus* и *Corynebacterium* продуцируют молочную и уксусную кислоту из гликогена, поддерживая тем самым кислую среду (низкий pH) влагалища, обеспечивая колонизационную резистентность и сдерживая размножение патогенной флоры, занесенной во влагалище. При нарушении колонизационной резистентности условно-патогенные бактерии могут стать причиной вульвовагинита [1].

В настоящее время инфекционные заболевания влагалища достаточно редко вызываются одним возбудителем. До 80% женщин из числа гинекологических больных, обращающихся в женскую консультацию с различными видами вульвовагинитов, цервицитов, уретритов, имеют смешанную бактериально-грибково-трихомонадную инфекцию [2]. Вульвовагиниты с высеванием условно-патогенной флоры достигают 10%, а с учетом вульво-

вагинального кандидоза – 40% и более [3].

Известно, что заболевания, вызванные смешанной инфекцией, протекают дольше и клинически тяжелее, часто рецидивируют и на их фоне нередко возникают различные осложнения. Кроме того, смешанная инфекция тяжелее поддается лечению, особенно при хронизации процесса, когда добиться излечения без последующих рецидивов представляется затруднительным. В этой связи при лечении вульвовагинитов смешанной этиологии следует использовать так называемые комплексные препараты с широким спектром действия (антимикотическим и антибактериальным) [4].

Методы диагностики и лечения неспецифических вульвовагинитов

Диагностика вульвовагинитов обычно не представляет трудностей. Наличие указаний в анамнезе на тяжелые общие заболевания, воспалительные процессы половых органов (аднекситы), нарушения функции яичников и другие патологические состояния, способствующие возникновению заболевания, значительно облегчает диагностику. Большое внимание следует уделять типичным жалобам на зуд в области наружных половых органов, появление патологических выделений из половых путей (бели) и пр. Предположение о возможности развития вульвовагинита подтверждается при осмотре наружных половых органов и исследовании влагалища с помощью зеркал.

Для уточнения этиологии воспалительного процесса прибегают к бактериологическому исследованию выделений, полученных из влагалища. При высевании возбудителей неспецифической инфекции (стафилококки, стрептококки, протей, кишечная палочка и пр.) необходимо определить их чувствительность к антибиотикам [5]. Лечение вульвовагинитов является непростой задачей в связи с недостаточной эффективностью многих терапевтических методов

и высоким процентом развития рецидивов. Эффективность лечения во многом определяется точным выявлением возбудителя, назначением этиотропной терапии и хорошей переносимостью препарата. Таким образом, лечение должно быть комплексным и направленным на ликвидацию местных воспалительных изменений, а также на улучшение течения имеющихся сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений, на повышение адаптационно-защитных сил организма. При выборе препаратов следует считаться с возможной лекарственной переносимостью.

Следует отметить, что локальная терапия имеет преимущества по сравнению с системной. Среди них отсутствие системного действия на организм; минимальный риск побочных реакций; простота и удобство применения; отсутствие противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата); возможность применения у больных с экстрагенитальной патологией (особенно при локализованных формах инфекционного процесса: острые вульвиты, вагиниты, цервициты или обострения хронических процессов влагалища и шейки матки); быстрое попадание в очаг инфекции и быстрое действие [6].

Мирамистин в лечении неспецифических вульвовагинитов

В последние годы внимание практикующих врачей все больше привлекают препараты, обладающие широким антимикробным спектром, не вызывающие раздражения слизистых оболочек и кожи и не теряющие своей активности в течение длительного времени. Среди них можно выделить лекарственный препарат Мирамистин. Мирамистин относится к группе катионных поверхностно-активных веществ, а именно к четвертичным аммониевым соединениям. Химическое название Мирамистина – бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат,

препарат выпускается в форме 0,01%-ного раствора для местного применения.

Исследования Мирамистина были проведены в ведущих лабораториях России, Швеции и Германии. Показано, что Мирамистин обладает выраженными антимикробными свойствами в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, аэробных и анаэробных бактерий, спорообразующих и аспорогенных бактерий, в виде монокультур и микробных ассоциаций, а также повышает чувствительность бактерий, грибов и простейших к действию антибиотиков [2]. Синергизм действия Мирамистина с антибиотиками и другими препаратами позволяет сократить длительность терапии и значительно повысить ее эффективность.

Экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что Мирамистин оказывает не только бактерицидное, но и выраженное фунгицидное действие. Чувствительны к нему аскомицеты рода *Aspergillus* и рода *Penicillium*, дрожжевые грибы (*Rhodotorula rubra*, *Torulopsis gabrata* и т.д.) и дрожжеподобные (*Candida albicans*, *Candida krusei* и т.д.), дерматофиты (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton Kaufman-Wolf*, *Microsporum canis* и т.д.), а также другие патогенные грибы, включая резистентную грибковую микрофлору.

Отмечено, что Мирамистин обладает также противовирусным действием, особенно активен в отношении вирусов гриппа, герпеса, ретровирусов (ВИЧ), парамиксовирусов (корь, паротит), ветряной оспы, лихорадки Денге, аденовирусов и др.

Мирамистин действует избирательно, он активен в отношении патогенных микроорганизмов и не повреждает слизистые оболочки [3]. Кроме этого, доказана способность препарата оказывать дополнительные эффекты:

- повышение защитной реакции в месте применения за счет активации фагоцитов;

- усиление процессов регенерации и эпителизации;
- противовоспалительное действие за счет активизации фибринолиза в очаге воспаления.

Нами была оценена эффективность препарата Мирамистин в лечении неспецифических (бактериальных) вульвовагинитов у 23 пациенток в возрасте от 18 до 43 лет (средний возраст $29 \pm 2,3$ года). Клиническое и лабораторное обследование пациенток проводилось до начала терапии Мирамистином и через 10 дней после окончания лечения. Препарат назначали в виде влагалищных орошений дважды в день в течение 10 дней.

Оценку эффективности терапии препаратом проводили по трем критериям:

- оценка общего состояния и самочувствия пациенток;
- оценка клинических данных (по данным анамнеза и гинекологического осмотра);
- оценка лабораторных бактериоскопических данных.

Для постановки диагноза неспецифического (бактериального) вульвовагинита применялись традиционное общеклиническое и специальное гинекологическое обследования (сбор анамнеза, жалоб пациентки, наружное физикальное обследование, осмотр слизистых оболочек влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное гинекологическое исследование). Проводилась лабораторная диагностика с помощью микроскопии мазков из заднего свода влагалища и бактериологического исследования.

Основными были жалобы на повышенное количество выделений из половых путей ($n = 23$, 100%), наличие зуда и жжения ($n = 21$, 91,3%), дискомфорт при половом акте ($n = 11$, 47,8%).

При осмотре гиперемия слизистой оболочки стенок влагалища и вульвы, отечность, слизисто-гнойные выделения были выявлены во всех случаях ($n = 23$, 100%).

Микроскопия вагинальных мазков до лечения показала, что у всех женщин во влагалище была умеренно выраженная мик-

МИРАМИСТИН®

для лечения и профилактики



ПОКАЗАНИЯ В ВАКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ:

- Лечение воспалительных заболеваний бактериальной, грибковой и вирусной этиологии (вагинит, вульвовагинит, эндометрит, цервицит и др.).
- Профилактика гнойных осложнений при проведении «малых» гинекологических операций и при проведении диагностических манипуляций.
- Профилактика и лечение нагноений послеродовых травм, ран промежности и влагалища, послеродовых инфекций.

В УРОЛОГИИ:

- Комплексное лечение острых и хронических воспалительных заболеваний (уретрит, цистит и др.).
- Индивидуальная профилактика заболеваний, передающихся половым путем (сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомоноз, генитальный герпес, генитальный кандидоз и др.).

СВОЙСТВА

- Бактерицидное действие в отношении "Г+" и "Г-" бактерий, включая устойчивые госпитальные штаммы.
- Противовирусное действие (вирусы герпеса, аденовирусы, ВИЧ).
- Действует против простейших (трихомонады, хламидии, и др.).
- Повышает чувствительность бактерий, грибов и простейших к действию антибиотиков.
- Не всасывается и не обладает местнораздражающим и аллергизирующим действием на слизистые оболочки и кожные покровы.



Компания ИНФАМЕД
тэл.: (495) 775-83-22, 775-83-23
е-mail: infamed@infamed.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

робная обсемененность. В мазках преобладали грамотрицательные палочки и грамвариабельные кокки. Грамположительные палочки встречались от единичных до нескольких десятков в поле зрения. При бактериологическом исследовании, которое позволяет в полной мере оценить качественные и количественные показатели микрофлоры, у всех пациенток наблюдалась картина дисбиоза влагалища, представленная различными микробными ассоциациями: более 3 видов микробов высеяно в 8 (34,7%) случаях, по 2 микроорганизма – в 4 (17,3%), по 3 – в 5 (21,7%). У 15 (65,2%) женщин преобладали облигатные анаэробные микробы и прежде всего анаэробные лактобациллы. Кроме того, высеивалась аэробная флора – стафилококки, стрептококк В и факультативный анаэроб энтерококк. Лабораторный контроль осуществляли до лечения и через 10 дней после лечения.

По результатам обследования и лечения выявлено: общее улучшение состояния и купирование симптомов вульвовагинита у большинства пациенток (69,5%) были отмечены на 5–7-й день лечения. Что касается клинической картины и субъективных ощущений, изменился характер патологических выделений из половых путей, уменьшились раздражение, зуд, жжение. По данным гинекологического осмотра было определено улучшение состояния слизистой влагалища – уменьшились отечность и гиперемия. Прием препарата не сопровождался серьезными нежелательными явлениями. Мирамистин хорошо переносился больными, лишь в одном наблюдении после применения отмечался кратковременный зуд в области вульвы и влагалища, который, по-видимому, связан с индивидуальной чувствительностью к препарату. При повторном (через 10 дней после окончания лечения) кли-

нико-лабораторном исследовании установлено, что эффективность терапии Мирамистином составила 95,6%, что проявилось нормализацией степени чистоты влагалищного содержимого, значительным снижением рН среды влагалища (4,3–4,7).

Заключение

Клиническое исследование, проведенное с использованием современных методов диагностики, подтверждает высокую эффективность и хорошую переносимость лекарственного препарата местного действия Мирамистин при неспецифических (бактериальных) вульвовагинитах. Кроме того, Мирамистин не оказывает системного влияния на организм, не раздражает слизистые, что наряду с удобством применения позволяет рекомендовать его для лечения неспецифических вульвовагинитов. ♡

Литература

1. Муравьева В.В., Анкирская А.С. Особенности микробиологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе // Акушерство и гинекология. 1996. № 6. С. 27–30.
2. Нехороших З.Н., Маликова М.В., Кривошеин Ю.С. и др. Комплексное лечение различных форм хламидиозов с применением Мирамистина // Таврический медицинский вестник. 1999. № 1–2. С. 13–16.
3. Милявский А.И., Кривошеин Ю.С., Логадырь Т.А. и др. Эффективность Мирамистина в дерматовенерологии // Вестник дерматологии и венерологии. 1996. № 2. С. 67–69.
4. Бруа М.Л. Место комбинированных антибиотиков местного действия в лечении грибковых и смешанных вагинитов // Качество жизни. Медицина. 2004. № 3. С. 72–73.
5. Esim Buyukbayrak E., Kars B., Karsidag A.Y. et al. Diagnosis of vulvovaginitis: comparison of clinical and microbiological diagnosis // Arch. Gynecol. Obstet. 2010. Vol. 282. № 5. P. 515–519.
6. Nyirjesy P., Leigh R.D., Mathew L. et al. Chronic vulvovaginitis in women older than 50 years: analysis of a prospective database // J. Low Genit. Tract Dis. 2012. Vol. 16. № 1. P. 24–29.

Non-specific vulvovaginitis: local treatment options

E.R. Dovletkhanova, P.R. Abakarova

Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of Russia

Contact person: Elmira Robertovna Dovletkhanova, eldoc@mail.ru

Efficacy of local antiseptic agent Miramistin was studied in women with non-specific (bacterial) vulvovaginitis. In the majority of patients marked improvement was seen as early as on the 5–7 day of therapy. The patients had less mucosal lesions and vaginal discharge; their symptoms (vaginal itching and burning) also improved. No significant adverse events were reported. Thus, Miramistin is recommended as an effective, well-tolerated and easy-to-use therapy for non-specific vulvovaginitis.

Key words: bacterial vulvovaginitis, local therapy, Miramistin