

Неинфекционные вагиниты – проблема 21 века

М.В. Медведев

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Вагинит – это общий термин для заболеваний влагалища, вызванных инфекцией, воспалением или изменением нормальной вагинальной флоры. Наряду с традиционными инфекционными причинами вагинитов существует большое количество факторов, которые вызывают неинфекционный вагинит. В обзоре детально описаны основные причины хронических неинфекционных вагинитов. Проанализированы причины их возникновения, стратегии диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: *неинфекционный вагинит, атрофический вагинит, препараты гиалуроновой кислоты, хронический вагинит.*

Вагинит – это общий термин для заболеваний влагалища, вызванных инфекцией, воспалением или изменением нормальной вагинальной флоры. Симптомы включают в себя выделения из влагалища, запах, зуд, и/или дискомфорт. Эти симптомы являются чрезвычайно распространенными и часто приводят к самостоятельной диагностике и самолечению [1, 2].

Многослойный плоский неороговевающий эпителий влагалища у женщин репродуктивного возраста богат гликогеном. Гликоген является субстратом для лактобацилл (палочки Додерляйна), которые преобразуют глюкозу в молочную кислоту, тем самым создавая кислую среду влагалища (рН от 4,0 до 4,5). Это помогает поддерживать рост нормальной флоры влагалища и ингибирует прогрессирование патогенных микроорганизмов. Нарушение нормальной экосистемы может привести к благоприятным условиям для развития вагинита. К таким условиям чаще всего относятся: изменение фазы менструального цикла, сексуальная активность, метод контрацепции, беременность, инородные тела, уровень эстрогенов, заболевания, передающиеся половым путем, использование гигиенических средств, местная или системная антибиотикотерапия [3].

Наиболее распространенные симптомы вагинита включают:

- Изменение объема, цвета и запаха выделений из влагалища.
- Зуд.
- Жжение.
- Раздражение.
- Эритема.
- Диспареуния.
- Кровомазание.
- Дизурические расстройства.

Выделения из влагалища являются наиболее частым симптомом вагинита, но часто трудно отличимы от физиологических особенностей выделений у данной женщины. В репродуктивном возрасте нормальное количество выделений из влагалища составляет от 1 до 4 мл за 24 ч. Выделения белесоватые или прозрачные, густые или жидкие, в основном без запаха. Физиологические выделения формируются за счет слизистого секрета канала шейки матки, смешанного с отслоившимися клетками вагинального эпителия, нормальной вагинальной флорой и вагинальным трансудатом. Вагинальные выделения могут значительно увеличиваться (физиологические бели), например, в середине цикла, во время беременности или при использовании оральных конт-

рацептивов. Диета, сексуальная активность, лекарственные средства и стресс также могут повлиять на объем и характер нормальных выделений из влагалища. Считается, что нормальные выделения могут быть желтоватыми, с легким неприятным запахом, с наличием мягких симптомов дискомфорта во влагалище [4]. Такой вариант нормы не сопровождается зудом, болью, выраженным жжением, эритемой, что характерно для истинного вагинита.

Наиболее распространенные причины выделений из влагалища, запаха, зуда и/или дискомфорта: бактериальный вагиноз, вульвовагинальный кандидоз, трихомониаз. Эти нарушения составляют более 90% случаев вагинита [2, 5].

Лабораторное подтверждение этиологии вагинита является обязательным до начала терапии, учитывая неспецифический характер симптомов. Эмпирической терапии следует избегать из-за частого неправильного диагноза и неправильного лечения, когда оценка основана на жалобах, анамнезе и самообследовании [6].

Оптимальные диагностические тесты необходимые для первоначального обследования:

- Осмотр.
- Микроскопия.
- рН-метрия.

В случае подозрения на инфекцию, передающуюся половым путем, используют следующие тесты:

- ПИФ.
- ПЦР и другие молекулярные методы.
- Бактериологические методы (посевы).
- ИФА (антитела).

При выяснении возможных причин патологических выделений из влагалища следует уточнить следующие важные анамнестические данные:

- Острый или хронический процесс?
- Есть ли боль в малом тазу?
- Сексуальный анамнез.
- Связь с менструацией.
- Предыдущее и сопутствующее лечение.
- Особенности интимной гигиены.
- Эстрогенный статус.
- Системные заболевания.

Следующие принципы отражают общий подход к женщинам, у которых наиболее частыми являются три причины: вульвовагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз и трихомониаз были исключены:

Если пациентка имела мало выраженные симптомы во время первоначального обследования и результаты обследования были отрицательными, ей следует предложить повторное обследование в случае повторения симптоматики.

Избегайте эмпирической терапии, которая часто усугубляет симптомы.

Определить рН влагалища:

Если рН повышается, следует рассмотреть неинфекционные причины вагинальных симптомов, такие, как вагинальная атрофия, атрофический вагинит, эрозивный красный плоский лишай, слерозирующий лишай, десквамативный воспалительный вагинит.

Если рН нормальная, микрофлора влагалища, вероятнее всего, будет нормальной. Поэтому, следует сосредоточиться на наиболее распространенных внешних причинах, таких,



Рис. 1. Вид вульвы у женщины с десквамативным воспалительным вагинитом

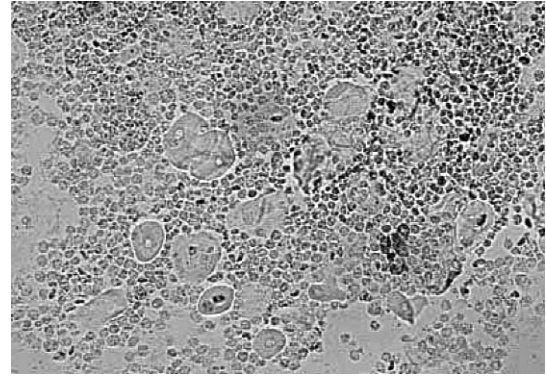


Рис. 2. Выделения из влагалища при десквамативном воспалительном вагините, нативная микроскопия. Отмечается заметный рост числа нейтрофильных гранулоцитов и парабазальных клеток, без лактобактерий

как контактный дерматит, себорейный дерматит, псориаз.

Стрептококк группы А, который изредка вызывает вагинит, связан с нормальной или слегка повышенной рН.

Получить информацию о продолжительности симптомов (острый или хронический процесс), локализации симптомов (вульва или влагалище), имела ли место недавняя смена полового партнера [6].

Следует помнить, что подавляющее большинство состояний, связанных с патологическими выделениями и дискомфортом во влагалище не имеют инфекционной природы [7, 8].

Вот некоторые из причин хронического вагинита неинфекционной этиологии:

- Атрофический вагинит.
- Цитолитический вагиноз.
- Ответ на раздражители/аллергены.
- Травматический вагинит.
- Десквамативный воспалительный вагинит.
- Эрозивный красный плоский лишай.
- Системные воспалительные заболевания (синдром Бехчета).
- Идиопатический вагинит.
- Физиологическая лейкорея.

Ниже приведен перечень необходимых вопросов у пациентки с хроническим вагинитом:

- Где беспокоит?
- Как беспокоит?
- Связь с менструальным циклом?
- Аллергия или реакции на местные препараты?
- Какие лекарства Вы принимаете?
- Был ли в последнее время новый половой партнер?

Связь с половым контактом?

- Какой метод контрацепции Вы используете?
- Использует ли Ваш партнер какие-либо лекарства?
- Что больше всего беспокоит?

В рамках данной статьи остановимся на некоторых распространенных причинах неинфекционного вагинита.

Цитолитический вагиноз

Цитолитический вагиноз характеризуется следующими симптомами:

- Зуд вульвы и влагалища.
- Гиперемия.
- Различные выделения, чаще напоминают кандидоз.
- Диспареуния.
- Дизурические расстройства.
- Симптомы более выражены во вторую половину цикла.

Точные причины возникновения цитолитического ваги-

ноза неизвестны. Одной из распространенных гипотез является длительное неконтролируемое лечение антисептиками и/или антибиотиками.

Диагностические критерии цитолитического вагиноза:

- Отсутствие известных возбудителей в данных микроскопии.
- Увеличенное количество Lactobacilli.
- Небольшое количество лейкоцитов.
- Подтвержденный цитолитиз.
- Патологические вагинальные выделения.
- рН в интервале 3,5–4,5 и ниже.

Лечение цитолитического вагиноза:

- Снижение кислотности влагалища.
- Длительность лечения – 2 нед.
- При сохранении симптомов более 3 нед – пересмотр диагноза.

Лечение заключается в орошении влагалища раствором соды – чайная ложка на 0,5 л воды до 2 нед.

Десквамативный воспалительный вагинит

Симптомы и проявления десквамативного воспалительного вагинита:

- Покраснение и отек стенок влагалища (рис. 1).
- Повышение количества лейкоцитов.
- Много парабазальных клеток (рис. 2).
- рН более 4,2.
- Контактные кровотечения.
- Часто видны эрозии.
- Часто петехиальная сыпь.

Серые липкие выделения, покрывающие стенки влагалища пленкой.

- Диспареуния.
- Зуд, жжение вульвы и влагалища.
- Почти нет лактобацилл.

Этиология десквамативного воспалительного вагинита остается неизвестной. Лечение заключается в применении глюкокортикоидов в виде суппозиториев или крема, а также клиндамицина 2% крема длительно – до 1,5 мес. К сожалению, десквамативный воспалительный вагинит довольно часто рецидивирует.

Атрофический вагинит

Атрофический вагинит является наиболее частой неинфекционной причиной вагинального дискомфорта у женщин. До 40% постменопаузальных женщин страдают от диспареунии, связанной с вульвовагинальной атрофией [9, 10].

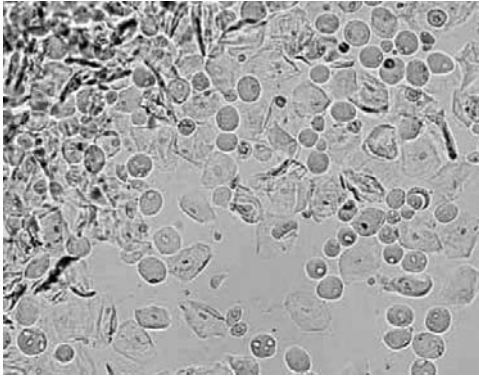


Рис. 3. Выделения из влагалища при атрофическом вагините, нативная микроскопия. Отмечается заметный рост числа парабазальных клеток, без лактобактерий

Следует помнить, что атрофические вагиниты встречаются и в перименопаузе у лактирующих женщин, у женщин с некоторыми нейроэндокринными нарушениями, ассоциированными с гипоэстрогенией, а также у некоторых женщин при применении низкодозированных оральных контрацептивов.

Признаки атрофического вагинита включают в себя:

- Истончение поверхностного слоя эпителиальных клеток, который может полностью отсутствовать у женщин с тяжелой атрофией (рис. 3, 4).
- Потеря эластичности эпителия влагалища.
- Увеличение слоя субэпителиальной соединительной ткани.
- Потеря складчатости влагалища (рис. 5).
- Констрикция вагинального канала с потерей растяжимости.
- Снижение количества выделений из влагалища, сухость.
- Увеличение pH влагалища более 5 [11].

Истончение эпителия влагалища делает его более восприимчивым к травмам, что приводит к кровомазаниям, петехиальным высыпаниям, изъязвлениям от небольших воздействий, например, взятия цитологии, полового акта. Истончение также приводит к обнажению подлежащей соединительной ткани, что делает ее уязвимой для воспаления и инфекции.

Низкое содержание гликогена в вагинальном эпителии приводит к снижению синтеза молочной кислоты лактобактериями, что, в свою очередь, приводит к увеличению pH вагинального содержимого. Эти изменения способствуют чрезмерному росту кишечной флоры, исчезновению лактобактерий, что приводит к повышению вероятности воспалительных процессов влагалища, а также близлежащих участков кожи.

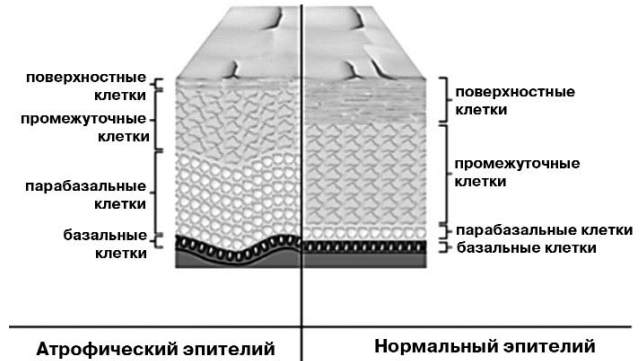


Рис. 4. Атрофические изменения эпителия влагалища



Рис. 5. Влагалище женщины с атрофическим вагинитом

Лечение вагинальной атрофии включает в себя регулярную сексуальную активность, что способствует регенерации эпителия и улучшению симптомов.

Первой линией терапии атрофического вагинита являются препараты, способствующие длительному увлажнению влагалища [12]. К таким препаратам, в первую очередь, относятся вагинальные формы, содержащие гиалуроновую кислоту.

Гиалуроновая кислота (ГК) – биополимер мукополисахаридного типа. ГК является структурным элементом соединительной ткани и важнейшим компонентом кожи и слизистых оболочек. Вследствие выраженной способности связываться с водой, ГК образует дисперсионный матрикс с молекулами воды, что имеет важное значение для



Рис. 6. Роль ГК в вагинальном эпителии

поддержания гидратации, эластичности и тонуса кожи и слизистых оболочек. ГК создает оптимальные условия для активации, миграции и пролиферации клеток, участвующих в регенерации тканей. ГК способствует усилению ангиогенеза, тем самым улучшая местную микроциркуляцию. Местное применение ГК улучшает гидродинамику тканей, способствует ускорению клеточной пролиферации и регенерации тканей. ГК заполняет пространство между клетками, защищая их, сохраняя воду и служить в качестве «подушки» (рис. 6).

Препараты ГК синтезируются специально выведенными безвредными для человека микроорганизмами. Это современные препараты, имеющие заданный молекулярный состав. Они обладают полной инфекционной безопасностью и низкой аллергенностью. Они биологически инертны и разработаны специально для улучше-

ния регенерации мягких тканей в том числе в гинекологии [12].

Одним из оптимальных методов лечения вагинальной атрофии можно считать вагинальные суппозитории Цикатридина, которые действуют благодаря присутствию гиалуроновой кислоты, а также ряда антибактериальных и противовоспалительных компонентов [12].

Препарат Цикатридина можно рекомендовать в качестве первой линии терапии при:

- Вульвовагинальной атрофии.
- После родов.
- После вмешательств на влагалище и шейке матки.
- В качестве профилактики развития вагинита при длительной антибиотикотерапии.
- Как симптоматическое средство при различных причинах вагинального дискомфорта.

Неінфекційні вагініти – проблема 21 століття М.В. Медведєв

Вагініт - це загальний термін для захворювань піхви, спричинених інфекцією, запаленням або зміною нормальної вагінальної флори. Поряд із традиційними інфекційними причинами вагінітів існує велика кількість факторів, що викликають неінфекційний вагініт. В огляді детально описані основні причини хронічних неінфекційних вагінітів. Проаналізовано причини їхнього виникнення, стратегії діагностики, лікування і профілактики.

Ключові слова: неінфекційний вагініт, атрофічний вагініт, препарати гіалуронової кислоти, хронічний вагініт.

Non-infectious vaginitis - a problem of the 21st century M.V. Medvediev

Vaginitis - a general term for vaginal disease caused by infection, inflammation, or a change in the normal vaginal flora. Along with the traditional causes of infectious vaginitis, there are many factors that cause non-infectious vaginitis. The review describes in detail the main causes of chronic non-infectious vaginitis. Detailed analysis of causes, diagnostic strategies, treatment and prevention is included in the article.

Key words: non-infectious vaginitis, atrophic vaginitis, hyaluronic acid, chronic vaginitis.

Сведения об авторе

Медведєв Михайл Владимирович – ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9. E-mail: medvedev.mv@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. «Not thrush again!» Women's experience of post-antibiotic vulvovaginitis / Pirotta M.V., Gunn J.M. and Chondros P. // Med J Aust. – 2003. – V. 179, 1. – P. 43–6.
2. Vulvovaginitis in healthy women / Sobel J.D. // Compr Ther. – 1999. – V. 25, 6–7. – P. 335–46.
3. Vaginal Microbiota in Pregnancy: Evaluation Based on Vaginal Flora, Birth Outcome, and Race / Subramaniam A., Kumar R., Cliver S.P., Zhi D., Szychowski J.M., Abramovici A., Biggio J.R., Lefkowitz E.J., Morrow C. and Edwards R.K. // Am J Perinatol. – 2015. – P.
4. Evaluation of vaginal complaints / Anderson M.R., Klink K. and Cohrssen A. // JAMA. – 2004. – V. 291, 11. – P. 1368–79.
5. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm / Eckert L.O., Hawes S.E., Stevens C.E., Koutsky L.A., Eschenbach D.A. and Holmes K.K. // Obstet Gynecol. – 1998. – V. 92, 5. – P. 757–65.
6. Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women / Landers D.V., Wiesenfeld H.C., Heine R.P., Krohn M.A. and Hillier S.L. // Am J Obstet Gynecol. – 2004. – V. 190, 4. – P. 1004–10.
7. Causes of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women / Nyirjesy P., Peyton C., Weitz M.V., Mathew L. and Culhane J.F. // Obstet Gynecol. – 2006. – V. 108, 5. – P. 1185–91.
8. Alternative therapies in women with chronic vaginitis / Nyirjesy P., Robinson J., Mathew L., Lev-Sagie A., Reyes I. and Culhane J.F. // Obstet Gynecol. – 2011. – V. 117, 4. – P. 856–61.
9. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS) / Leiblum S.R., Koochaki P.E., Rodenberg C.A., Barton I.P. and Rosen R.C. // Menopause. – 2006. – V. 13, 1. – P. 46–56.
10. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey / Nappi R.E., Palacios S., Panay N., Particco M. and Krychman M.L. // Climacteric. – 2015. – P. 1–10.
11. Vaginal atrophy of women in post-menopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study / Palma F., Volpe A., Villa P., Cagnacci A. and as the writing group of the Agata study // Maturitas. – 2015. – P.
12. Non-hormonal treatment of vulvovaginal atrophy-related symptoms in post-menopausal women / Tersigni C., Di Simone N., Tempestilli E., Cianfrini F., Russo R., Moruzzi M.C., Amar I.D., Fiorelli A., Scambia G. and Villa P. // J Obstet Gynaecol. – 2015. – V. 35, 8. – P. 835–8.

CICATRIDINA®

ЦИКАТРИДИНА

супозиторії вагінальні з гіалуроновою кислотою та екстрактами 4-х лікарських трав

Рекомендовано
Північноамериканським
товариством з менопаузи
Menopause 2007 May-Jun;
14 (3 Ptl): 355-69



ПРИРОДНЕ ЗВОЛОЖЕННЯ ТА ЗАГОЄННЯ ТКАНИН ПІХВИ ТА ШИЙКИ МАТКИ

- Стимуляція відновлюючих процесів при атрофічних і дистрофічних станах піхви
- Стимуляція загоєння тканин піхви після пологів
- Стимуляція загоєння ерозій, травм піхви після хірургічних втручань
- Для профілактики розвитку вагініту при тривалій антибіотикотерапії
- Стимуляція загоєння піхви після опромінення (променева терапія, брахітерапія) в області малого тазу та після хіміотерапії
- Симптоматичний засіб при різних причинах вагінального дискомфорту