

СЕНИЛЬНЫЕ КОЛЬПИТЫ ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Рассмотрены основные звенья патогенеза сенильных кольпитов, изучена взаимоотношенность урогенитальных инфекций и трофических нарушений у женщин менопаузального периода.

Оценены наиболее выраженные изменения со стороны микробиологических и цитологических показателей с целью разработки методов профилактики и лечения кольпитов у женщин менопаузального периода. В программу лечения были включены препараты для восстановления микробиоценоза организма.

Показано, что помимо заместительной гормонотерапии профилактика сенильных кольпитов невозможна без нормализации биоценоза урогенитального тракта.

Несмотря на многочисленные исследования, урогенитальные расстройства остаются актуальной проблемой постменопаузального периода, включающей комплекс осложнений, связанных с развитием атрофических процессов в эстрогено-зависимых структурах нижней трети полового тракта.

На фоне возрастного дефицита эстрогенов происходят атрофические изменения во влагалище, снижается кровоток и кровоснабжение, возрастает гиалиноз коллагеновых волокон [2,6].

Дефицит эстрогенов вызывает снижение содержания гликогена в эпителиальных клетках, количество лактобацилл значительно уменьшается или они вообще отсутствуют. Вследствие этого возрастает pH влагалищного содержимого, что способствует снижению его защитных свойств и появлению во влагалище разнообразной аэробной и анаэробной бактериальной флоры, а также вирусов и простейших.

Цель настоящего исследования - на основании изучения взаимосвязи микробной обсемененности урогенитального тракта, местной иммунологической и неспецифической резистентности со степенью трофических изменений стенки влагалища разработать оптимальные методы профилактики, диагностики и лечения кольпитов у женщин менопаузального периода. Показана эффективность внедрения в программу лечения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и препаратов, восстанавливающих микробиоценоз полового тракта.

Преимуществом метода является возможность одновременной санации влагалища (отсутствие бактерицидного и бактериостатического действия на лактобациллы) и местной ЗГТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 25 женщин с сенильным кольпитом в возрасте от 55 до 75 лет. Менопауза составила от 3 до 15 лет. Контрольную группу составили 10 женщин в возрасте от 45 до 70 лет без урогенитальных расстройств.

Клинико-статистическая характеристика: обследование по специально составленной анкете жалоб, соматического и гинекологического анамнеза, длительности менопаузального периода и его течения.

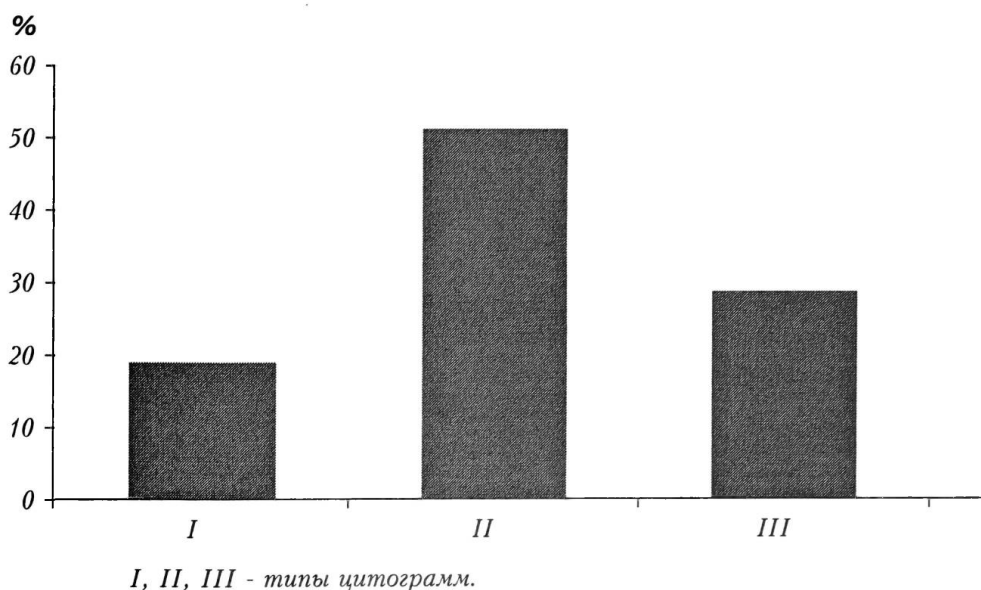
Изменение pH во влагалище; оценка степени атрофии слизистой влагалища по КПИ.

Микробиологический: изучен микробиоценоз влагалища с количественной и качественной оценкой микрофлоры влагалищного содержимого.

Цитологическое исследование: определены соотношения поверхностных, промежуточных и базальных клеток в зависимости от степени инфицированности.

При оценке состояния клеточных элементов в окрашенном мазке-преparate использовали методику цитодиагностики, разработанную Н.Н.Шиллер-Волковой с соавт. (1964), по которой выделено 5 типов цитогрaмм.

•Первый тип. Цитогрaммы отражают нормальное строение эпителиального покрова слизистой.



•**Второй тип.** Цитогрaммы характеризуют пролиферацию плоского и цилиндрического эпителия, проявляющуюся в укрупнении ядер значительного числа клеток.

•**Третий тип.** Цитогрaммы, которые характеризуются наличием дискариоза клеток в пределах одного или нескольких слоев многослойного плоского или цилиндрического эпителия и не имеют изменений со стороны формы самих клеток.

•**Четвертый тип.** Цитогрaммы, в которых выражен дискариоз во всех слоях многослойного плоского и цилиндрического эпителия, или только в промежуточном и парабазально-базальном слое с обязательным присутствием единичных атипических эпителиальных клеток промежуточного слоя.

•**Пятый тип.** Цитогрaммы, в которых обнаружено значительное число клеток, обладающих в совокупности всеми признаками злокачественности.

Первые три типа цитогрaмм относятся к доброкачественным состояниям, так как указанные изменения в клетках вызываются хроническим воспалительным процессом. Последние два типа цитогрaмм говорят о злокаче-

ственности процесса и соответствуют интраэпителиальному или инвазивному раку (Е.А.Невская, 1970).

В исследование не вошли женщины с четвертым и пятым типом цитогрaмм.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все больные во время первого осмотра жаловались на бели разной степени интенсивности. Кроме белей, у 8 (32%) были жалобы на чувство жжения во влагалище, недержание мочи - 18 (72%), сухость во влагалище - 23 (92%), зуд вульвы - 13 (52%). Моносимптомное течение болезни имело место у 3 (12%) больных. Два признака выявлено у 3 (12%), три - у 6 (24%), четыре - у 8 (32%), пять - у 5 (20%).

Гинекологическими заболеваниями болела 21 женщина (84%). Выявлен высокий удельный вес заболеваний, связанных с дисфункцией яичников - 17 (68%), что в определенной мере свидетельствует о правомерности существования представления о первичности гормональных нарушений в патогенезе климактерических нарушений. Нарушения менструальной функции проявлялись в виде меноррагий, пред- и постменст-

руальных кровянистых выделений, секреторная функция была нарушена у 29.5% женщин, сексуальная - у 45.3%. Сочетанная патология имела место у 13 (52%) женщин. Операция была произведена по поводу множественной миомы матки в сочетании с аденомиозом (у 7 женщин), эндометриозных кист яичников и аденомиоза (у 2).

Цитологические исследования показали преобладание промежуточных клеток с явлениями пикноза; лейкоцитоз (вплоть до нейтрофильной инфильтрации тканей), разнообразную микрофлору при отсутствии лактобацилл (степень чистоты влагалищной флоры - IV).

Бактериологическое исследование влагалищного содержимого женщин в климактерическом периоде показало высокую обсемененность патогенной и условнопатогенной микрофлорой. У 20 (80%) из 25 женщин с климактерическим кольпитом выявлен рост микроорганизмов (аэробов и анаэробов). Количественные исследования микрофлоры влагалища показали, что при кольпите общее число бактерий во влагалище возрастает до 10^{12} - 10^{14} КОЕ/мл выделений, тогда как в нормальной вагинальной экосистеме их количе-

Микрофлора влагалища у обследованных женщин до и после лечения, % сева

ДО ЛЕЧЕНИЯ									
Группа	№	Стрептококки	Цитобактерии	Золотист. стафилококк	Патогенные стафилококки	Кишечная палочка	Гарднереллы	Грибы рода кандиды	Лактобациллы
Контроль	10	1.2	1.5	—	2.6	—	—	5.5	62.0
Кольпит	25	16.0	11.5	8.0	4.1	28.0	20.0	16.0	10.0
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ									
Группа	№	Стрептококки	Цитобактерии	Золотист. стафилококк	Патогенные стафилококки	Кишечная палочка	Гарднереллы	Грибы рода кандиды	Лактобациллы
Контроль	10	1.2	1.5	—	—	—	—	2.8	62.0
Кольпит	25	5.6	3.3	—	0.2	—	—	3.6	58.0

ство не превышало 10^5 - 10^6 КОЕ/мл выделений.

Среднее число различных микроорганизмов у больных женщин составило 16, что в 3.2 раза меньше, чем у здоровых. Соотношение анаэробов к аэробам при кольпитах составило 1.6 : 1.0. Ассоциации микроорганизмов отмечены у 6 (18.2%) пациенток. Среди выявленных возбудителей при кольпитах (таблица) преобладали представители энтеробактерий: кишечная палочка - 12 (28%), клебсиеллы - 8 (32%), энтеробактерии - 9 (36%). Вместе с ними в двух (8%) случаях высевался золотистый стафилококк, в 4 (16%) - гемолитические стрептококки группы В, в 5 (20%) - гарднереллы, в 4 (16%) - кандиды. Из строгих неспорообразующих анаэробов чаще других высевались бактероиды.

Изменения эпителия слизистой шейки матки по данным цитогрaмм представлено на рисунке. Из представленных данных следует, что у 5 больных (20%) выявлено нормальное строение эпителиального покрова слизистой. Наибольшее число цитогрaмм (у 13 больных - 52%) было с явлениями атрофических вагинитов, характеризующихся прекращением пролиферативных процессов во влагалищном эпителии. Общие черты, характерные для этой группы цитогрaмм: основную массу составляют промежуточные

клетки с большими округлыми или овальными ядрами, располагающиеся группами или пластами. Имеются и единичные поверхностные клетки, чаще с круглыми ядрами.

На фоне прекращения пролиферативных процессов был выявлен диокариоз клеток поверхностного эпителия в цитогрaммах 7 больных (28%). В мазках атрофического типа основную массу клеток составляют базальные и парабазальные клетки и лейкоциты. Чем больше выражена атрофия, тем меньше величина клеток, и ядра занимают большую часть цитоплазмы. Во всех случаях эти изменения морфологии клеточных элементов были обусловлены отсутствием эстрогенной стимуляции и воспалением.

Большинство обследованных женщин лечились различными способами от 3 до 12 лет.

Методы лечения были различными, включая местную санацию дезинфектантами, антибактериальную и противогрибковую терапию, а 7 женщин после лечения инфекции получали ЗГТ (эстрогены местно) - 4 и эстрогены с гестогенами (климанорм) перорально - 3.

Однако и в первом, и во втором случаях период ремиссии был непродолжительным - от 1 до 4 месяцев. Рецидив заболевания развивался при той же клинической картине, что и первый в ме-

нопаузе кольпит. Это, к нашему удивлению, было отмечено и у женщин, получающих постоянную ЗГТ климанормом.

Предположив, как и в наших предыдущих исследованиях [5] и в работах наших сотрудников [3], наличие синдрома «пустого места» после санации влагалища дезинфектантами при отсутствии зубиотической микрофлоры (погибает вся микрофлора, в т.ч. и содержащиеся в небольшом количестве лактобациллы), генитальный тракт лишается основного защитного барьера на пути инфекции - лактофлоры, способствующей расщеплению гликогена до молочной кислоты.

Поэтому усовершенствованный метод лечения и профилактики рецидивов сенильных кольпитов включал использование противомикробных средств, не обладающих, по нашим данным, бактерицидным действием на молочнокислые палочки.

Женщины получали препарат гиналгин (производства «Польфа»). Введение внутривагинальных таблеток производилось без предварительной санации дезинфицирующими средствами в течение 10 дней. Лекарство совместного действия двух компонентов - хлорхинальдина и метронидазола. Хлорхинальдин проявляет противобактериальное, противогрибковое и кератопластическое действие. Восстановле-

ние микробиоценоза родовых путей основано на избирательном действии препарата на грамположительные и грамотрицательные бактерии при сохранении, по нашим данным, лактобацилл.

После проведенного лечения отмечалось субъективное улучшение состояния больных: уменьшение сухости, зуда во влагалище, дисурических явлений. Повторные исследования, проведенные через месяц от начала лечения, установили снижение pH до 5.0, увеличение числа лактобацилл, нормализацию микробиоценоза влагалища. Микроскопия влагалищного содержимого соответствовала показателям у здоровых женщин. Тем не менее у 4 (16%) женщин проведенная терапия оказалась недостаточной, признаки воспаления возобновились. Эту группу составили женщины после овариоэктомии [9], которым была назначена постоянная ЗГТ и повторный курс лечения с использованием гиналгина и обязательным восстановлением вагинальной лактофлоры дотацией лактобацилл (флорадофилус, К₃Ш₂₄, ацилакт).

Катамnestическое исследование спустя 3 - 6 месяцев после восстановления микрофлоры генитального тракта и продолжения ЗГТ подтвердили отсутствие рецидивов сенильных кольпитов, практически нормальные показатели цитогрaмм и микрофлоры влагалищного содержимого.

Таким образом, лечение сенильного кольпита, основанное на сочетанном использовании ЗГТ местно и/или перорально и средств, нормализующих микробиоценоз влагалища, следует считать надежным и перспективным методом не только терапии, но и профилактики рецидивов указанного заболевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство имеющихся в настоящее время исследований, посвященных урогенитальным расстройствам, много внимания уделяют развитию вторичной, час-

то рецидивирующей влагалищной и урогенитальной инфекции [1], так как основной причиной развития рецидивирующих влагалищных инфекций является исчезновение лактобацилл, повышение pH и развитие на этом фоне, вторично грамотрицательных микроорганизмов [2, 3]. Кроме известных факторов, участвующих в экологическом равновесии влагалищного содержимого, имеются еще и иные, связанные с состоянием местного звена иммунитета и гипоестрогенией [4].

В настоящее время известно, что самым эффективным методом лечения урогенитальных расстройств является применение заместительной гормонотерапии [1,4].

Терапия эстрогенами является наиболее эффективной после проведения комплексной противовоспалительной терапии и восстановления нормального биоценоза влагалища.

Литература.

1. Кира Е.Ф.//Бактериальный вагиноз. Клиника, диагностика, лечение: Дисс... д-ра. мед.наук. С.-Петербург 1995; с.44
2. Крымская М.Л.//Климактерический период. М.1989.С.267
3. Серебрянник Е.Л.//Профилактика и лечение кольпитов и бактериальных вагинозов у беременных в жарком климате: Дисс... к.н.м. С.-Петербург 1997;
4. Сметник В.П., Балан В.Е., Муравьева В.В.//Особенности урогенитальных расстройств у женщин в климактерии//Сбор. Трудов «Проблемы перименопаузы» М. 75-77
5. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н. с соавт.// В кн: Патология влагалища и шейки матки. М.1997. с. 266
6. Ulmsten U. On urogenital ageing. Maturitas 1995 vol;21;P.163-169