

В.Н.Серов, А.А. Чураков, С.А.Шаповаленко, Алексеева Е.Ю.,

Флакс Г.А., И.Д.Рижиношвили.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ  
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ И ЭНДОЦЕРВИЦИТОВ ПРИ  
СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Центр охраны акушерства, гинекологии и перинатологии

(Директор – академик РАМН, профессор В.И.Кулаков)

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

(Директор - Член-корр. РАМН, профессор В.И. Краснопольский)

Медицинский центр “ Врачебная практика “, г. Саратов

(Главный врач - к.м.н. А.А. Чураков).

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема совершенствования медицинской помощи женщинам, страдающим генитальной инфекцией, имеющих нарушения в репродуктивной системе, которые обусловлены воспалительными заболеваниями органов малого таза, вошла в число наиболее важных медицинских проблем, характеризуется высоким уровнем, постоянным ростом заболеваемости, хроническим течением и недостаточно эффективной терапией.

Среди особенностей инфекционных поражений половых путей у женщин сегодня можно выделить возрастающую роль условно-патогенных микроорганизмов, увеличение частоты выявления штаммов устойчивых к большинству антибиотиков, а также изменение иммунологической реактивности организма, снижение его резистентности к факторам агрессии микроорганизмов. Всё это приводит к возрастанию значения ассоциаций микроорганизмов в инфекционной патологии урогенитальной системы.

Патологические процессы, возникшие под действием ассоциаций микроорганизмов имеют свои особенности клинического течения, поражения органов и систем и не является простой суммой эффектов факторов

патогенности инфекционных агентов, входящих в их состав. Отдельные микроорганизмы при этом способны проявлять не характерные для них свойства, что требует особой тактики диагностики и лечения [2,3,4].

Одним из факторов сохранения и персистенции микроорганизмов может быть образование микрополостей, выполняющих роль «депо инфекций». Показано, что у больных хроническим цервицитом (ХЦ) частота образования кистоподобных микрополостей в шейке матки достигает 60% [9].

Контаминация и повреждение АМ эпителия эндо- и/или экзоцервикса способствует возникновению различных патологических изменений в шейке матки: эндо- и цервицитов, грануляций, стриктур цервикального канала, наботных кист, дисплазий, эндометриоза.

Целью настоящего исследования была оценка эффективности комплексной терапии хронических рецидивирующих вульвовагинитов и эндоцервицитов при смешанных инфекциях с использованием наряду с антибиотико- (химио-) терапией сочетания эндоцервикального вибромассажа с вакуумной аспирацией содержимого эндоцервикса и органного вагинальноцервикального электрофореза энзимов посредством аппарата «ВАЦ-01»- приставки к «АМУС – 01-ИНТРАМАГ» (РОССИЯ).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 84 пациентки с рецидивирующим вульвовагинитом и эндоцервицитом в возрасте от 19 до 44 лет, с давностью заболевания от 6 месяцев до 7 лет. Критерием включения являлось наличие кистоподобных микрополостей в шейке матки (то есть эндо- или цервицит носил обструктивный характер).

Клинико-эпидемиологическая характеристика больных приведена в таблице 1.

Лабораторная диагностика основывалась на бактериоскопии, культуральном методе и ПЦР-анализе цервикальных соскобов и аспиратов, вагинальных, уретральных соскобов. Для оценки состояния шейки матки

применяли УЗИ с использованием трансвагинального доступа (ТВУЗИ) на ультразвуковом диагностическом аппарате «.....» и расширенную кольпоскопию (кольпоскоп «.....»).

В процессе лечения на 10 и 20 дни проводили клинико-лабораторный мониторинг. Контроль излеченности осуществляли в течение двух-трех менструальных циклов после окончания терапии. Терапию считали эффективной при полном регрессе всех субъективных и объективных клинических признаков заболевания и улучшении по показателям инструментальных и лабораторных методов. Этиологическая эффективность определялась по эрадикации патогенных инфекционных агентов и снижении концентрации условно-патогенных микробов  $\leq 1 \times 10^3$  м.к./мл на основании данных лабораторных исследований.

Было сформировано 2 группы больных со сходными данными клинико-лабораторных исследований, показателями ТВУЗИ и кольпоскопии. Больные контрольной группы (n=41) получали тиберал (Ф. Хофманн - Ля Рош Лтд. Швейцария) внутрь в суточной дозе 1,0 г – 10 дней. Антибактериальную и/или антигрибковую терапию проводили в соответствии с выявленными сопутствующими инфекционными агентами на основании антибиотикограммы по общепринятым схемам. Для профилактики дисбактериоза применяли линекс (Лек Словения) 2 капсулы 3 раза в день 8 дней.

В качестве местных процедур проводили эндоцервикальную инстилляцию и вагинальную ванночку 3% раствором перекиси водорода один раз в сутки в течение 10-15 дней, вагинально гиналгин (метронидазол, хлорхинальдин «ICN») по 1 таблетке перед сном - 10 дней.

Больным основной группы (n=43) наряду с аналогичной медикаментозной терапией проводили местное и физиолечение: эндоцервикальный вибромассаж и вакуум-аспирацию содержимого цервикального канала посредством «Виброасpirатора цервикального (ВАЦ-01)» (свидетельство на полезную модель № 21345 от 20.01.2002) - приставки к аппарату АМУС-01-«Интрамаг» (ООО «Трима», г. Саратов) в соответствии с

инструкцией к аппарату. Во время процедуры вибро- и вакуум-массаж чередовали с эндоцервикальной инстилляцией 3% раствора перекиси водорода [12]. Затем осуществляли комбинированный органный электрофорез 0,005% раствора химотрипсина с 20% димексидом (блок для электрофореза входит в состав «ВАЦ-01») по брюшно-крестцово-вагинально-цервикальной методике с помощью комбинированного вагинально-цервикального электрода с экспозицией 20 минут (свидетельство на полезную модель № 18350 от 20.06.2001) [11].

Процедура вибромассажа с вакуум-аспирацией проводилась на гинекологическом кресле после обработки наружных половых органов и шейки матки стерильным тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором. В цервикальный канал вводили стерильный наконечник, диаметр которого подбирали в зависимости от размеров наружного зева. Для усиления эффекта через день чередовали режимы: переменный, пульсирующий и стохастический. Длительность сеанса 10 минут.

Количество процедур определялось клинико-лабораторными показателями – 10-15 ежедневно или 2 дня подряд – один день перерыв.

После курса терапии эктопические очаги и наботовы кисты были удалены с помощью радиножа (аппарат «Сургитрон», ELLMAN INTERNATIONAL, Inc, США)

Полученные данные статистически обработаны [7]. При расчёте достоверности различий использовали стандартные значения  $t$  для малых выборок при нормальном распределении и доверительной вероятности  $P=0,95$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При первичном лабораторном анализе влагалищных и эндоцервикальных проб *Trichomonas vaginalis* выделены у 35 (41,7%) обследованных, *Chlamydia trachomatis* – у 33 (39,3%). Из условно-патогенных микроорганизмов *Ureaplasma urealyticum* обнаружены у 24 (28,6%), *Mycoplasma hominis* – у 15 (17,9%), *Gardnerella vaginalis* – у 38 (45,2%), *Staphylococcus spp.* – у 18 (21,4%), в том

числе *Staphylococcus epidermidis* – у 13 (15,5%), *Streptococcus spp.* – у 17 (20,2%), *Candida spp.* – у 19 (22,6%), *Enterococcus spp.* – у 18 (21,4%), *Escherichia coli* – у 19 (22,6%), другие *Enterobacteriaceae spp.* – у 13 (15%). При повторном исследовании цервикальных аспиратов (после двух-трех дренирующих процедур) трихомонады были выявлены дополнительно еще у 8 (18,6%) пациенток с торпидным течением заболевания до назначения антибиотиков, хламидии - у 1 (2,3%), *U.urealiticum* у 2 (4,6%), *M.hominis* – у 1 (2,3%), эпидермальный стафилококк у 5 (11,6%), энтерококки – у 4 (9,3%).

Это свидетельствует об эффективности дренирования микрополостей эндоцервикса при использовании «ВАЦ-01». Данная процедура позволяет увеличить выявляемость инфекционных агентов и таким образом повысить эффективность лабораторной диагностики.

Частота одновременного обнаружения *C.trachomatis* и *T.vaginalis* в наблюдаемых группах больных составила 36,3%. Во всех случаях (100%) наряду с этими возбудителями ИППП была выявлена условно-патогенная микрофлора.

Лейкоцитов 60-80 и более в содержимом эндоцервикса отмечено у 68 (81,0%) больных. Эктопия шейки матки по данным кольпоскопии констатирована у 48 (57,1%) наблюдаемых, воспалительные изменения (гиперемия, отек, выраженный сосудистый рисунок) – у 77 (91,7%), кистозные образования на шейке матки с белым и желтым содержимым определялись у 30 (35,7%), буро-синюшного цвета – у 23 (27,4%). После проведения пробы Шиллера, определялась йодпестрая картина диффузного кольпита с изменением цвета шейки и влагалища с бледно-розового на ярко-красный.

По данным ТВУЗИ кистообразные микрополости (КМ) размером от 0,2 до 1,6 см, определяемые как анэхогенные образования округлой, овальной или вытянутой формы с ровными контурами. У 39 (46,4%) пациенток выявлены поверхностные КМ (расположенные в непосредственной близости от цервикального канала), у 14 (16,7%) - глубокие (в толще шейки матки), у 31 (36,9%) - и поверхностные и глубокие.

Показано, что у больных основной группы при использовании вакуум-вибромассажа с аспирацией и электрофореза клиническое выздоровление, эрадикация возбудителей ИППП и уменьшение условно-патогенной микрофлоры до  $1 \times 10^3$  и менее после проведенной терапии имело место с более высокой частотой, чем в контрольной группе: регресс урогенитальных симптомов и снижение количества лейкоцитов до 10-20 в поле зрения в вагинальных и цервикальных соскобах наблюдали после окончания курса лечения (на 20 день) у 36 (83,7%) пациенток основной группы, а в контрольной группе только у 19 (46,3%) больных ( $p < 0,05$ ).

Результаты ультразвукового исследования свидетельствовали о полной инволюции поверхностных анэхогенных образований в эндоцервиксе у наблюдаемых в основной группе: у 37 (86%) женщин - после 10 сеансов, у 100% – после 15, при этом в контрольной группе положительная динамика имела место только у 17 (41,5%) ( $p < 0,05$ ). Глубокие КМ оставались без изменений у больных в обеих группах. Статистически значимыми были различия у пациенток основной и контрольной групп по показателю уменьшения объема шейки матки по данным ТВУЗИ ( $p < 0,05$ ).

На основании кольпоскопии также отмечена более выраженная положительная динамика в изменении площади патологического очага экзоцервикса в основной группе по сравнению с контрольной. Так, регресс гиперемии наружного зева, отека стромы, нормализацию сосудистого рисунка шейки матки в основной группе наблюдали у всех больных, а в контрольной у 16 (39%), уменьшение йоднегативной зоны у 37 (90,2%) и 15 (36,6%) соответственно ( $p < 0,05$ ).

Предложенный курс лечения закончили все женщины основной и контрольной групп, при этом осложнения и явления непереносимости не наблюдались.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Этиологическим фактором заболеваний мочеполовой системы наряду с возбудителями ИППП могут быть условно-патогенные микроорганизмы, обычно

присутствующие в нижних отделах половых путей либо попадающие в них извне (при половых сношениях, иных обстоятельствах), которые изменяют состав влагалищной микрофлоры в пользу более вирулентных видов. К ним относятся мико- и уреоплазмы, бактерии анаэробы и факультативные анаэробы, некоторые аэробы, например,  $\beta$ -стрептококки, гарднереллы, листерии, стафилококки, колиформные бактерии, протей, синегнойная палочка, бактероиды, нейссерии и другие. Все перечисленные микроорганизмы могут «сообща» участвовать в патологических процессах, лежащих в основе воспалительных поражений половой сферы [5].

Продукты метаболизма патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, а также воспалительный инфильтрат в устье крипт блокируют отток слизистого секрета из них [10]. Это может способствовать полной обструкции крипт и формированию кистоподобных микрополостей, которые при отсутствии адекватного лечения со временем погружаются в миометрий и определяются в толще мышечной стенки [8].

Инфекционная патология половой сферы у женщин может способствовать развитию фоновых заболеваний и дисплазии шейки матки. Воспаление приводит к повышению проницаемости эпителиального пласта и облегчает проникновение микроорганизмов в базальные слои, при инфицировании которых происходит стимуляция синтеза клеточной ДНК. Инициированные таким образом покоящиеся клетки приобретают способность к делению, но синтез собственных белков в них подавлен и, следовательно, дифференцировка и созревание не наступают. Такие клетки достигнув границы 2-3-го ряда промежуточного слоя, подвергаются альтерации, нарушая этим динамику клеточного обновления эпителиального пласта [1]. Предполагается, что персистенция инфекционного агента может усугублять нарушения регенерации с развитием дисплазии и, возможно, рака шейки матки.

Правильно подобранные схемы местного воздействия во многом определяют частоту и динамику выздоровления.

Очевидно, основной составляющей положительного действия вышеописанной технологии лечения с применением ВАЦ-01 даёт возможность санировать и дренировать крипты, КМ эндоцервикса, являющиеся труднодоступными для лекарственных средств очагами инфекции. То есть она оказывает опосредованный антибактериальный (антипротозойный) эффект за счет элиминации инфекционных агентов из очага воспаления.

Известно, что важным звеном в патогенезе хронических воспалительных заболеваний женских половых органов являются нарушения микроциркуляции [8]. Тактика проведения лечебной процедуры создает благоприятные условия для улучшения микроциркуляции, лимфодренажа, а это в свою очередь ведет к рассасыванию параэндоцервикальных инфильтратов, к восстановлению трофики слизистого и подслизистого слоев экзо- и эндоцервикса, активации в них обменных и регенеративных процессов.

Дополнительно проводимый электрофорез с помощью комбинированного вагинально-цервикального электрода оказывает одновременное электрофоретическое воздействие на слизистую оболочку влагалища и эндоцервикса, тем самым обеспечивая «депо» лекарственных препаратов в слизистой оболочке влагалища и шейки матки.

Входящий в состав электрофоретической смеси протеолитический фермент химотрипсин снижает устойчивость патогенной бактериальной флоры к химиопрепаратам, а также способствует ускорению пролиферативных процессов в тканях и усиливает фагоцитарную активность лейкоцитов [6].

Результаты работы свидетельствуют о положительном эффекте местной энзимотерапии методом комбинированного вагинально-эндоцервикального электрофореза. При комбинации эндоцервикального вибро-вакуум массажа и гальванизации весьма важным моментом является развитие под их влиянием «резонансного терапевтического эффекта».

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комбинированного метода лечения хронических рецидивирующих эндоцервицитов, вульвовагинитов при смешанных инфекциях



с использованием “ВАЦ-01” – приставки к аппарату АМУС-01-“ИНТРАМАГ”.  
Результаты исследований и отсутствие аналогов позволяют рекомендовать внедрение данной аппаратуры в медицинскую практику.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кисина В.И., Михалко О.Е., Мерзабекова М.А., Полищук Н.А. Роль бактерий и вирусов в патогенезе фоновых и диспластических процессов слизистой оболочки шейки матки и влагалища.// Вестн дерматол венерол.- 2001. № 2. - С.40-45.
2. Клименко Б.В., Авазов Э.Р., Барановская В.Б., Степанова М.С. Трихомониаз мужчин, женщин и детей. // СПб.: «Русская графика».- 2001. - 192 с.
3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий // С-Петербург, 2000. – С.
4. Коршунов В. М., Володин Н. Н., Ефимов Б. А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. // М.,1999. – 80с
5. Мавров И.И. Половые болезни// М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА. - 2002. – 752 с.: ил. – (Медицинская энциклопедия).
6. Межевитинова Е.А., Михайлова О.К. Трихомонадная инфекция: клиническое течение, диагностика и лечение // Рус. Мед. Журн. – 1998. – № 5. – С. 288 - 295.
7. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. М 1968.
8. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки. СПб., 2000.
9. Чураков А.А., Скатын А.В., Борисова Л.В. и др. Использование эндоцервикального вибромассажа с вакуумной аспирацией при

диагностике и комплексном лечении хронического эндоцервицита.

Вестник дерматол. и венерол. М., 2003; 2: 39-42.

10. Патология влагалища и шейки матки. Под редакцией Краснопольского В.И. М., 1997.
11. Применение комбинированного электрода для лекарственного электрофореза при лечении хронических эндо-, экзоцервицита и кольпита. Методические рекомендации. г. Саратов, 2003
12. Применение эндоцервикального вибромассажа с вакуумной аспирацией при комплексном лечении хронического эндоцервицита. Методические рекомендации. г. Саратов, 2003.

*Таблица 1.* Клинические показатели у больных хроническим вульвовагинитом и эндоцервицитом (n = 84)

| Изученные показатели   | Общее количество больных |      |
|--|--------------------------|------|
|  | Абс.                     | %    |
| Боли внизу живота  | 33                       | 39,0 |
| Зуд, жжение, дискомфорт во влагалище                           | 25                       | 30,0 |
| Дизурия  | 19                       | 22,6 |
| Диспареуния  | 11                       | 13,1 |
| Гиперемия, петехии слизистой наружного зева и отек шейки матки | 77                       | 92,0 |
| Патологические выделения из эндоцервикса и влагалища           | 76                       | 90,0 |