

УДК 618.1-007:616-62-008

*А.П. Григоренко***ВОССТАНОВЛЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН
С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ**

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Резюме. Проведена оценка локальной заместительной гормональной терапии в сочетании с пробиотиками у женщин с урогенитальным пролапсом до и после оперативного лечения. Крем и свечи эстриола или эстрона (овестин, колпотрофин, гинофлор и др.) восстанавливают влагалищный биоценоз, повышают

мышечный тонус уретры, профилаксируют недержание мочи, рецидивы выпадения стенок влагалища и возникновение урогенитальной инфекции после оперативного вмешательства.

Ключевые слова: урогенитальный пролапс, недержание мочи, локальная ГЗТ, пробиотики.

Введение. Пролапс гениталий в 27,0-44,3 % случаев сочетается с недержанием мочи при напряжении [5]. Вопросы профилактики и лечения недержания мочи у женщин приобретают большую актуальность в связи с выраженной социальной, экономической и психологической значимостью данного заболевания [4]. Урогенитальные расстройства стали лидирующей проблемой у женщин в климактерическом периоде. Универсальными симптомами эстрогенного дефицита, которые развиваются в климактерическом периоде, являются атрофические процессы во влагалище и уретре, что способствует развитию неспецифических воспалительных заболеваний. Сочетание выпадения матки с нарушением функции мочевого пузыря, прямой кишки, сухость во влагалище, диспареуния имеет название “синдром тазовой дисциненции” [7].

Известно, что опущение уретры изменяет ее подвижность. Вместе с тем патофизиологической причиной стрессового недержания мочи является не гипермобильность уретры, а недостаточность внутреннего сфинктера, которую связывают с нарушением обменных процессов в коллагеновых структурах связочного аппарата малого таза, вследствие эстрогенного дефицита [1]. Исследуя количественные и качественные показатели β -эстрогенных и прогестероновых рецепторов во всех структурах урогенитального тракта показали, что количество рецепторов в отдельных структурах различны (табл.), что, по-видимому, является результатом тонкой дифференцировки тканей в процессе эмбриогенеза [2].

Чувствительность к эстрогенам области основания мочевого пузыря, уретры и влагалища связаны с их общим эмбриональным происхождением. В нижней части мочевого тракта рецепторы к эстрогенам располагаются в уретре, треугольнике Льюто и заднем отделе шейки пузыря, вне связи с климактерическим периодом. Это обстоятельство указывает на непосредственное влияние эстрогенов на уретру и мочепузырный треугольник. Физиологическое старение ассоциируется со снижением способности тканей к репарации, уменьшением их эластичности, повышенной жировой инфильтрацией, клеточной атрофией, дегенерацией нервных окончаний, снижением

тонуса гладкой мускулатуры, уменьшением количества коллагеновых волокон в соединительной ткани связочного аппарата, истончением влагалищного и уретрального эпителия, ухудшением кровоснабжения уретры [6].

Дефицит эстрогенов прекращает митотическую активность парабазального эпителия, а следовательно, и трансформацию влагалищного эпителия до образования поверхностных клеток, содержащих гликоген. Вследствие отсутствия гликогена или его острого дефицита из влагалищного биотипа элиминируются лактобациллы, что ведет к возникновению воспалительных заболеваний влагалища и развитию восходящей урологической инфекции. Наиболее частыми симптомами являются зуд, жжение во влагалище, диспареуния, рецидивирующее появление воспалительных выделений и различные виды недержания мочи.

Перечисленные изменения являются эстрогенозависимыми [4,8]. Если урологические расстройства при урогенитальном пролапсе частично или полностью могут быть устранены оперативным путем, то атрофические изменения слизистых и связанные с ними воспалительные осложнения, крауроз вульвы и др. беспокоят больных и в послеоперационном периоде, усугубляясь с возрастом.

Цель исследования. Патогистологическое исследование стенки влагалища у прооперированных женщин с урогенитальным пролапсом с использованием локальной заместительной эстрогенной терапии (ЗГТ) в комплексе с пробиотиками.

Материал и методы. Прооперирована 241 женщина разработанным способом влагалищной экстирпации матки [3]. Женщины разделены на две группы в зависимости от возраста. Первая группа в возрасте – 46-50 лет – 24 (8,39 %) случая, вторая – 51-88 лет – 217 (75,88 %) случаев. В каждой группе брали для гистологического исследования кусок передней стенки влагалища (по 20 случаев). Парафиновые срезы материалов окрашивались гематоксилином и эозином. Для идентификации коллагеновых волокон и мышечных структур использовали комбинированное окрашивание по методике Ван Гизон. Для выяв-

ления признаков дезорганизации соединительной ткани в виде метахроматического эффекта окрашивание срезов проводилось толуидиновым синим. Концентрация эстрадиола в плазме крови определялась с помощью тест-системы „Immunotech” радиоиммунным методом. Статистическую обработку полученных данных проводили с применением критерия Стьюдента-Фишера. Различия статистически достоверные при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Как показали патогистологические исследования, у женщин с пролапсом матки в преклимактерическом возрасте в оболочке стенки влагалища наблюдалась гидропическая дистрофия эпителия и отек собственной пластинки слизистой оболочки, гидропическая дистрофия эпителия и подэпителиальный отек, относительная атрофия и ороговение (лейкоплакия) слизистой оболочки влагалища, атрофический процесс и десквамация поверхностных клеток в слизистой оболочке, подэпителиальная лимфоидная инфильтрация. Во многих случаях окраска тулоидиновым синим в сосудах стенки влагалища выявляла метахроматический эффект – адвентиция с признаками дезорганизации волокон и мышечных элементов.

У женщин в постменопаузальном возрасте наблюдался выраженный процесс баллонной дистрофии утолщенного эпителия слизистой оболочки влагалища, десквамация эпителия с оголением базальной мембраны, истончение эпителиального пласта слизистой вследствие десквамации. Наблюдалась гипертрофия и атрофия, а также трансформация с неороговевающего в ороговевающий. Соединительные и мышечные компоненты стенки влагалища значительно деградируют, поддаются гидратации и теряют плотность.

Концентрация эстрадиола в крови женщин первой группы снижалась на 12,5 % (до $382,59 \pm 15,05$ пмоль/л) ($p < 0,05$). У женщин второй группы концентрация эстрадиола снижалась до $146,28 \pm 5,69$ пмоль/л – на 66,5 % ($p < 0,05$). Кроме возрастной гипострогении у женщин с урогенитальным пролапсом присутствует ишемично-травматический фактор, который усиливает дистрофию и дегенерацию стенок влагалища. Эти патологические изменения угнетают репаратив-

ные процессы в послеоперационной ране, способствуют развитию урогенитальной инфекции (кандидомикоз, бактериальный вагиноз и др.)

Для восстановления слизистой влагалища перед операцией применялся раствор рекутана (экстракт цветов ромашки аптечной). В результате санации наблюдался выраженный противовоспалительный, асептический и репаративный эффект. После спринцевания во влагалище вводился крем (1 мг эстриола) или свечи (500 мкг эстриола) овестин на протяжении 5-7 дней. Интраоперационная антибиотикопрофилактика не проводилась. В позднем послеоперационном периоде, через 1-2 месяца и более, при появлении жалоб на сухость во влагалище, дизурические расстройства повторно применяли крем или свечи овестин на протяжении 1-2 месяцев. Такие курсы повторяются 2-3 раза в год. Локальное введение эстриола или эстрогена не имеет противопоказаний и может применяться пожизненно. С успехом применяются такие препараты, как колпотрофин – вагинальные капсулы, содержащие по 10 мг производного эстрогена. Препарат назначается по 1 капсуле 1 раз в день или через день в течение 15-20 дней по 3-4 курса в год. Хорошим клиническим эффектом обладает эстрокад в виде вагинальных суппозиториев по 0,5 мг эстриола в каждой. Эстрокад назначается по 1 свече 1 раз в сутки ежедневно или через день на протяжении 2-3-х недель, а затем по 1 свече 2 раза в неделю 2-3 недели и далее по 1 свече 1 раз в неделю 3-4 недели. Таких курсов можно провести, при необходимости, 2-3 раза в год. Более эффективным методом лечения и профилактики, как атрофических изменений влагалища, так и для восстановления биоциноза вагины является сочетание заместительной гормональной терапии и препаратов, содержащих различные лактобациллы (пробиотики). Таким препаратом является гинофлор – вагинальные таблетки, каждая содержит 0,03 мг эстриола и лактобациллы. Назначается по 1 табл. 1 раз в день с переходом на поддерживающую схему – 1 табл. 1-2 раза в неделю 2-4 недели. Курсы лечения также можно повторить 2-3 раза в год. Если же в качестве ЗГТ применяются только эстрогенсодержащие препараты, для большей эффективности их следует сочетать с про-

Таблица

Количество эстрогеновых и прогестероновых рецепторов (ER и PgR) в урогенитальном тракте

Анатомические структуры урогенитального тракта	Количество ER и PgR, %
Матка	100,0
Влагалище	60,0
Уретра	40,0
Треугольник Льюто	40,0
Мышцы тазового дна	25,0
Связочный аппарат малого таза	25,0

биотиками – лабиллакт, гинолакт, лактоваг, лакто-норм, лактожиналь, фермалак и др. Пробиотики можно назначать синхронно с ЗГТ и независимо от нее. В случаях присоединения урогенитального кандидоза, вызываемого дрожжеподобными грибами в комплекс лечения включают препараты имидазола – клотримазол, миконазол, эконазол, бифоназол, гинезол, изоконазол, метронидазол и др. Препаратами выбора являются Клион Д, Нео-пенотран, в состав которых входит метронидазол и миконазол.

Под влиянием локальной ЗГТ в сочетании с пробиотиками наблюдалась пролиферация влагалищного эпителия, восстанавливалась популяция лактобацилл, восстанавливалась кислая среда (рН 3,8-4,5) влагалищного содержимого. Повышался мышечный тонус уретры, уменьшались симптомы истинного недержания мочи при напряжении. Всё это препятствовало развитию восходящей урологической инфекции.

Выводы

1. Локальная заместительная гормональная терапия эстриолом или эстроном в комплексе с пробиотиками до и в отдаленном послеоперационном периоде у женщин с урогенитальным пролапсом даёт возможность существенно снизить ранние и поздние послеоперационные осложнения и улучшить качество жизни на многие годы.

2. Циклическое применение вагинального крема или свечей овестин, колпотрофин или гинофлор профилактуют недержание мочи и рецидивы выпадения стенок влагалища после вагинальной экстирпации матки. Включая пробиоти-

ки в комплексную терапию значительно снижается риск возникновения атрофических заболеваний влагалища и урогенитальной инфекции.

Литература

1. Аполихина И.А. Заместительная гормонотерапия в лечении недержания мочи у женщин / И.А. Аполихина, В.Е. Балан // Акуш. и гинекол. – 2004. – № 4. – С. 12-15.
2. Балан В.Е. Подготовка к оперативному лечению стрессового недержания мочи / В.Е. Балан, Е.В. Тихомирова // Акуш. и гинекол. – 2004. – № 3. – С. 52-53.
3. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна реабілітація / Ю.П. Вдовиченко, А.П. Григоренко, В.М. Бойчук [та ін.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (26). – С. 198-199.
4. Кулаков В.И. Акушерско-гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин / В.И. Кулаков, И.А. Аполихина, А.Д. Деев // Акуш. и гинекол. – 2005. – № 3. – С. 32-36
5. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Л. Гришин [и др.] // Акуш. и гинекол. – 2001. – № 3. – С. 39-43.
6. Пат. на винахід 55935 Україна МПК 7 А61В17/42. Спосіб черезпіхвової екстерпації матки при повному та неповному випадінні / Григоренко А.П., Григоренко П.П. – № 2002076208; заявл. 25.07.2002; опубл. 15.12.2005. – Бюл. № 12. – 3 с.
7. Попов А.А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д. мед. наук: 14.00.01 / Московский институт акушерства и гинекологии. – М., 2001. – 38 с.
8. Татарчук Т.Ф. Менопауза: новый взгляд на старую проблему/ Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, А.О. Исламова // Альманах репродуктивного здоровья. – 2013. – С. 106-114.

ВІДНОВЛЕННЯ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК З УРОГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ

А.П. Григоренко

Резюме. Проведено оцінку локальної замісної гормональної терапії в поєднанні з пробіотиками у жінок з урогенітальним пролапсом до та після оперативного лікування. Крім та свічки естріолу чи естроноу (овестин, колпотрофін, гінофлор та ін.) відновлюють піхвовий біоценоз, підвищують м'язовий тонус уретри, профілактують нетримання сечі, рецидиви випадіння стінок піхви та виникнення урогенітальної інфекції після оперативного втручання.

Ключові слова: урогенітальний пролапс, нетримання сечі, локальна ЗГТ, пробіотики.

THE REPARATION OF VAGINAL BIOCENOSIS IN WOMEN WITH UROGENITAL PROLAPSE

А.П. Hryhorenko

Abstract. An evaluation of local substitutive hormonal treatment in combination with probiotics in women with urogenital prolapse before and after surgical treatment has been conducted. Estriol or estrone (ovestine kolpotrophin gynophlor) cream and suppositories restore vaginal biocenosis, raise urethra muscular tonus, which prevents urinary incontinence recurrence of vaginal walls prolapse and appiarence of urogenital infection after surgical tratment.

Key words: urogenital prolapse, urinary incontinence, local SHT, probiotics

M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 55-57

Надійшла до редакції 09.04.2015 року