

5. Данкович Н. А. Проблема бесплодия и пути её решения // Семейна медицина. – 2005. - № 1. – С. 10 – 13.
6. Бобырь Г. М. Нарушение сексуального здоровья в бесплодном браке при хроническом аднексите у женщин // Международный медицинский журнал. – 2000. - № 4. – С. 56 – 58.
7. Данкович Н. А. Проблема бесплодия и пути её решения // Семейна медицина. – 2005. - № 1. – С. 10 – 13.
8. Новиков Е. И. Пути совершенствования лечебно – восстановительных мероприятий при острых воспалительных заболеваниях матки, ее придатков и септических осложнениях: Автореф. дис... д – ра мед. наук. – СПб., 1998. - 31с.
9. Фильчаков И. В., Зарицкий А. М. Персистенция бактерий и формирование доминантных популяций возбудителя // Сучасні інфекції.-2005.-№2.-С.20-27.
10. Иванюта Л. І. Характеристика мікробіоцинозу геніталій в процесі лікування шлюбних пар з неплідністю // Перинатологія та педіатрія. – 2001. - № 3. – С. 8-12.
11. Бойчук А. В. Діагностика і лікування запальних процесів матки та її придатків від стану імунної, гормональної та антиоксидантної системи організму: Автореф. дис... д–ра мед. наук. – К., 2001. - 37с.
12. Сімрок В. В., Удовіла Н. О. Вплив протезфлазиду на клініко – імунологічні показники в комплексі реабілітації жінок, які перенесли загострення хронічного сальпінгофориту //Вісник акушерів – гінекологів України. – 2002. - № 5 -6. – С. 51 – 55.
13. Михалевич С. И. Преодоление бесплодия. – Минск: Беларуская наука, 2002. –112 с.

Надійшла до редакції 7 листопада 2006 р.

УДК [618.15/16:616 394]-085

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

М.Л. Кузменская, канд. мед. наук, доцент

Сумский государственный университет, медицинский институт

В статье приведены данные о применении противогрибкового препарата Гинезол у больных с вагинальным кандидозом. Показано, что применение Гинезола позволяет значительно улучшить клиническое течение заболевания и предотвращает рецидивы инфекции.

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия актуальность проблемы вульвовагинального кандидоза обусловлена неуклонным ростом этой инфекции среди болезней, передающихся половым путем, как на Украине, так и за рубежом. Статистически вульвовагинальный кандидоз по уровню регистрируемой заболеваемости занимает третье место после трихомонадной и сифилитической инфекции у женщин репродуктивного возраста. В природе выделено 196 видов грибов рода *Candida*, причем некоторые из них имеют существенное значение в развитии патологии у человека. Общеизвестно, что грибы рода *Candida* могут входить в состав нормальной микрофлоры влагалищного и кишечного биотопов [1,2,3,4]. Однако воздействие разнообразных провоцирующих факторов (нерациональная антибиотикотерапия, применение оральных контрацептивов, кандидозная инфекция полового партнера, снижение местного иммунитета, нарушения углеводного обмена) способствует нарушению микроэкологии организма. Это приводит к массивному размножению условно-патогенных микроорганизмов на фоне уменьшения облигатной микрофлоры [2,5,6]. Из современных антибиотиков цефалоспорины (особенно, цефтриаксон) в большей мере способствуют

развитию роста *Candida*, чем, например, аминогликозиды. Дрожжеподобные грибы попадают в половые пути женщины при непосредственном контакте с источниками инфекции, через инфицированные предметы и при половом контакте. К 25-летнему возрасту более чем у 50% женщин диагностируют вульвовагинальный кандидоз. Нередко констатируют сочетание грибов рода *Candida* с другими видами грибов, бактерий, вирусов, простейших. Вульвовагинальный кандидоз относят к установленным факторам риска развития микст-миксоинфекций, микстмикоценозов. Рецидивирующая форма кандидозного вульвовагинита диагностируется при наличии более 4 случаев в год. Что касается патогенеза, то многие авторы указывают, что заболевание развивается эндогенно и обусловлено не только свойствами возбудителя, но и ослаблением резистентности организма [6,7,8,9,10,11,12]. Рост больных вульвовагинальным кандидозом, отсутствие четких критериев диагностики, влияние *Candida* на репродуктивную функцию, невысокая эффективность терапии связаны с многофакторностью патогенеза заболевания. Частые рецидивы вульвовагинитов, нередко развитие осложнений - далеко неполный перечень проблем, от решения которых в значительной мере зависит результативность терапии заболевания.

Локальная противогрибковая терапия остается ключевым звеном любой схемы лечения вагинальных кандидозов. Главное преимущество данной терапии перед системной - прямое воздействие на орган-мишень и отсутствие системных эффектов. Среди таковых наиболее часто выделяют: раздражающее действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, нарушения менструального цикла, расстройства углеводного и липидного обменов, подавления секреции гонадотропных гормонов. Терапевтическая ценность многих препаратов, применяемых для лечения вагинального кандидоза у женщин, живущих половой жизнью, ниже, чем у женщин, не живущих половой жизнью. В связи с этим не вызывает сомнений целесообразность одновременного лечения и полового партнера, что снижает риск реинфекции. Вследствие этого является актуальной проблема выбора лекарственного средства для одновременного лечения партнеров.

Целью нашего исследования являлась оценка клинической, микологической эффективности и безопасности сочетанного приема препарата Гинезол-7 (вагинальные суппозитории) и Гинезол (крем) производства Sagemel, Inc, США, у пациенток с острым и рецидивирующим вагинальным кандидозом в комплексном лечении женщины и полового партнера.

Действующее вещество - миконазола нитрат, из группы имидазола. Механизм действия заключается в угнетении синтеза эргостерола - специфического компонента липидного слоя мембран клеток грибов - с последующим разрушением клеточной мембраны. В результате мембрана разрушается и клетка гибнет. Препарат не оказывает значимого влияния на функцию печени, адекватен по отношению качество - стоимость.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 47 пациенток в возрасте 22 - 40 лет с признаками вульвовагинального кандидоза, получавшие интравагинально Гинезол-7 №7 по 1 суппозиторию на ночь, половой партнер использовал крем Гинезол. В группу сравнения вошли 47 женщин, получавших общепринятые препараты в соответствии со схемами лечения острого и рецидивирующего вульвовагинита. У всех больных проводилось микологическое исследование вагинальных выделений на питательную среду Сабуро. При бактериологическом исследовании выделений из влагалища у всех больных выделены грибы рода *Candida*. Все пациентки

имели вульвовагинальный кандидоз без сопутствующей урогенитальной инфекции, гинекологической патологии, исключали эндокринологические заболевания (сахарный диабет), злокачественные опухоли, туберкулез, наркоманию, алкоголизм. Из обследуемой группы были исключены беременные женщины, принимающие антибиотики, кортикостероиды и цитостатики. К началу лечения все больные имели клинические симптомы вагинального кандидоза: творожистые выделения из половых путей, зуд, раздражение в области половых органов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ комплексного микробиологического обследования показал, что у 18 (38,3%) пациенток обнаружено в различных сочетаниях два или три вида грибов рода *Candida* с условнопатогенными организмами (вирусная инфекция, условно-патогенная флора, неспецифическая кокковая флора). При сопоставлении видового состава грибов род *Candida* в основной группе являлся возбудителем вульвовагинального кандидоза. При сопоставлении субъективных и объективных проявлений вульвовагинального кандидоза с видовым составом грибов *Candida*, у пациенток с кандидозной инфекцией было выявлено, что основная масса женщин с *C.albicans* предъявляли жалобы на зуд, с *C.glabrata* - на жжение и боли, обильные творожистые выделения из влагалища, с *C.parapsilosis* - на незначительный дискомфорт в области наружных гениталий. При кольпоскопии обнаруживалась картина диффузного кольпита.

Эффективность лечения оценивали на основании результатов клинико-лабораторных тестов на 7-10-й день после лечения. Следует отметить, что симптомы заболевания уменьшались в обеих группах уже на 2-3-й день после лечения, а также происходило уменьшение сопутствующей микрофлоры.

Динамика анализируемых признаков после лечения показала, что в I группе количество выделений из 47 пациенток отмечали у 7 (13,8%), зуд - у 3 (6,3%), эритему - у 4 (8,6%). Результаты лечения II группы: из 47 женщин влагалищные выделения отмечались у 12 (25,5%), зуд сохранялся у 5 женщин (10,6%), эритема - у 4 (8,6%). Оценка бактериологических результатов свидетельствовала о более быстрых темпах выявления нормальной микрофлоры влагалища у женщин I группы, уже после первого курса лечения отмечалась санация мазков. Этот факт связан с активизацией типовой микрофлоры. Во II группе отмечено 4 (8,6%) случая рецидивирования заболевания через 4-6 недель, но количество условно-патогенной микрофлоры было значительно меньше. Обострение вульвовагинального кандидоза больные в основном связывали с coitus после длительной сексуальной паузы, с установлением внутриматочной спирали, с ношением белья из синтетической ткани, пребыванием в теплом влажном климате. При наличии рецидивов приходилось проводить повторный курс противогрибковой терапии. Как следует из приведенных данных, более оптимистичная динамика клинического профиля отмечена у пациенток I группы, где осуществлялось лечение обоих партнеров, что позволило предотвратить возможность рецидива заболевания в более отдаленных сроках наблюдения.

ВЫВОДЫ

1 Препарат Гинезол-7 (вагинальные суппозитории) и Гинезол (крем) - эффективная комбинация антимикотических препаратов для лечения вульвовагинального кандидоза.

2 Одновременное лечение обоих партнеров способствует длительному сохранению положительной динамики исследуемых показателей и снижает риск рецидивирования заболевания.

3 Хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов.

Таким образом, представленные нами данные являются доказательством высокой эффективности применения препарата Гинезол-7 при острых и рецидивирующих формах вульвовагинального кандидоза. Хороший профиль безопасности, коррекция патогенетических нарушений делают его весьма перспективным препаратом для лечения и профилактики эпизодов вульвовагинального кандидоза.

SUMMARY

In this study, complex investigation women with vaginal candidiasis. A scheme of application of Ginezol-7 in complex treatment of women, efficiency of treatment was evaluated.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вдовиченко Ю.П., Щербинская Е.С., Максимова В.В. // Здоровье женщины. - 2001. - №7(8). - С.4-8.
2. Адашкевич В.П. Инфекции, передающиеся половым путем. Руководство для врачей.-М.: Мед. книга, 2001. - 244с.
3. Мирзабалаева А.К. Основные принципы лечения хронического кандидоза гениталий у женщины // Вестник дерматологии и венерологии. - 1994. - №2. - С. 20-22.
4. Прилепская В.Н. // Акушерство и гинекология. - 1996. - №6. - С.29-38.
5. Сидельникова В.К. Привычная потеря беременности.-М.: Триада-Х, 2000.-304 с.
6. Brawn-Janes L., Orr D.P. // Compr. Ther.- 1993.- Vol. 19, №6.- P.291-299.
7. Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности; проблема и тактика лечения.- Севастополь: Верба, 2003.- 261 с.
8. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Микробиологическая характеристика инфекции влагалища, вызванной грибами рода Candida. - ЗППП. - 1998. - №2. - С.12-14.
9. Баркалова Е.Л. Ефективність лікування хворих на хронічний рецидивний кандидозний вульвовагініт // Дерматовенерологія, косметологія, сексопатологія. - 2001. - №2-3(4). - С.46-50.
10. Земсков В.М. Иммуномодулирующие свойства препаратов инозина и их аналогов // Успехи современной биологии. - 1989. - №107(1). - С.69-78.
11. Кашкин П.Н., Лисин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии. - Л: 1983.
12. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммуномодуляторы и некоторые аспекты их клинического применения // Клиническая медицина. - 1996. - № 8. - С.7-13.

Поступила в редакцию 6 ноября 2006 г.