

пограничных психических расстройств и психосоматических нарушений здоровья;

- раннее выявление расстройств зрительного анализатора и их коррекция для предупреждения развития миопии;
- постоянный медико-педагогический контроль за соответствием физических нагрузок функциональным возможностям и двигательным способностям учащихся для предот-

вращения негативного влияния на формирование костно-мышечной системы;

- формирование гигиенических навыков (обучение правилам ухода за полостью рта, проведение контролируемой чистки зубов, индивидуальный подбор средств гигиены) с целью уменьшения заболеваемости учащихся кариесом.

*Сведения об авторах статьи:*

**Баширова Гульнара Имидовна** – зав. отделением МБУЗ ГДП № 6. Адрес: 450003, г. Уфа, ул. Аксакова, 62. Тел./факс 8(347)250-31-36. E-mail: gulnara4est@rambler.ru.

**Малиевский Виктор Артурович** – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000 Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 229-08-00 (доп. 342). E-mail: vmalievsky@mail.ru.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904-1959-2004) /А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: Династия, 2006. – 312 с.
2. Баранов, А.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии на современном этапе /А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина // Рос. педиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 4-7.
3. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 9-14.
4. Гордиец, А.В. Состояние здоровья первоклассников и особенности их адаптации к школьному обучению // Рос. педиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 49-52.
5. Медицинская профилактика в общеобразовательных школах: методические рекомендации /В.Р. Кучма [и др.]– М., 2006.– 70 с.
6. Новикова, И.И. Закономерности формирования популяционного здоровья детей и подростков крупного промышленного центра Сибири // Экология человека. – 2006. – № 1. – С. 17-20.
7. Состояние здоровья и качество жизни детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения / Т.Н. Павленко [и др.] // Рос. педиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 47-50.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях».
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
11. Состояние здоровья воспитанников детских дошкольных учреждений Москвы / И.К. Рапопорт [и др.] // Рос. педиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 49-52.
12. Десять лет наблюдения за здоровьем школьников, обучающихся по разным программам / Е.А. Теппер [и др.] // Педиатрия. – 2006. – № 4. – С. 102-104.
13. Ширяева, Г.П. Эффективность оздоровления детей с нарушениями состояния здоровья в условиях городских дошкольных образовательных учреждений / Г.П. Ширяева, А.Г. Муталов, Р.Я. Нагаев // Медицинская помощь. – 2008. – № 4. – С. 4-8.

УДК 616.831 – 005 – 085.225:615.838

© А.С. Рахимкулов, Н.А. Борисова, В.П. Качемаев, 2014

А.С. Рахимкулов, Н.А. Борисова, В.П. Качемаев  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ  
 У БОЛЬНЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ  
 ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА АМБУЛАТОРНО-  
 ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**  
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье представлена эффективность бальнеологической коррекции гемореологических параметров у больных с факторами риска развития сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ) на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации. Включение бальнеологических преформированных немедикаментозных технологий на основе йодобромных ванн в программы медицинской реабилитации пациентов трудоспособного возраста с факторами риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) является действенным, высокоэффективным и безопасным методом первичной профилактики цереброваскулярных катастроф. Этот метод должен широко внедряться как на санаторно-курортном, так и амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации.

**Ключевые слова:** сосудистые заболевания головного мозга, гемореологические параметры, бальнеологическая коррекция, медицинская реабилитация

A.S. Rakhimkulov, N.A. Borisova, V.P. Kachemaev  
**EFFICIENCY OF HEMOREOLOGIC PARAMETERS CORRECTION  
 IN PATIENTS WITH RISK FACTORS FOR CEREBROVASCULAR DISEASES  
 AT OUTPATIENT MEDICAL REHABILITATION STAGE**

The article presents the efficiency of balneology correction of hemoreologic parameters in patients with risk factors for cerebrovascular diseases at outpatient medical rehabilitation stage. Application of balneological preformed non-drug technologies based on bromine baths during the program of medical rehabilitation of patients of working age with risk factors for stroke is highly effective and safe method for the primary prevention of cerebrovascular accidents. This method should be widely implemented as a sanatorium and outpatient stage of rehabilitation.

**Key words:** brain vascular diseases, hemoreologic parameters, balneotherapy correction, medical rehabilitation

Одной из наиважнейших задач клинической медицины на современном этапе является возможность предупредить развитие острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у лиц трудоспособного возраста на этапах преморбидного развития сердечно-сосудистых заболеваний, что в настоящее время является доминантным фактором национальной безопасности РФ. Многочисленные исследования свидетельствуют, что ведущими этиопатогенетическими факторами ишемических инсультов являются тромбоэмболические, формирование которых напрямую зависит от состояния гемореологии.

Для обеспечения адекватного магистрального кровотока и микроциркуляции в сосудах цереброваскулярной системы патогенетически важно обеспечение адекватной деформабильности эритроцитов, т.е. реализации ими гемореологической функции [1]. В патогенезе цереброваскулярных заболеваний и цереброваскулярных катастроф реологические свойства эритроцитов играют наиважнейшую роль, ибо именно феномен сладжа красных клеток крови, т.е. их патологическая способность к гиперагрегабельности, является важным пусковым моментом тромбиногенеза магистральных сосудов цереброваскулярного русла [2]. Участие эритроцитов, а конкретнее проявление их гемореологических свойств в процессах тромбиногенеза, формировании цереброваскулярных заболеваний и сосудистых катастроф обуславливается процессом необратимого тромбиногенеза [4]. Этот фактор играет важную роль в механизме агрегации эритроцитов и участвуют в регуляции уровня фибриногена в плазме крови. Поэтому диагностика параметров агрегабельности красных клеток крови важна при цереброваскулярных патологических состояниях [7]. В литературе, посвященной изучению этиопатогенетических вопросов цереброваскулярных заболеваний, имеются данные о ведущей роли тромбоцитарного звена гемостаза, однако сведения о гемореологических особенностях эритроцитов разрозненны и практически не систематизированы, хотя гемокоагуляционный статус эритроцитов – это важнейшее звено в риске развития ОНМК [6]. Поэтому определение параметров агрегации эритроцитов для контроля качества лечения и медицинской реабилитации больных с СЗГМ име-

ет важное клиническое, экспертное и прогностическое значение.

Известны лечебно-оздоровительные механизмы таких бальнеотерапевтических (природного и преформированного происхождения) технологий реабилитации, как радоновые, йодобромные и сухие углекислые ванны при стенокардии, ишемической болезни сердца (ИБС), метаболическом синдроме, постинфарктной реабилитации больных после церебрального инсульта или инфаркта миокарда. По различным научно-исследовательским воззрениям, при СЗГМ они оказывают антиоксидантное, седативное, гомеостазрегулирующее, антиагрегантное, антигипоксантное, метаболическое, гиполлипидемическое и другие воздействия [8,9]. Однако в доступной литературной периодике отсутствуют конкретные данные о воздействии бальнеотерапевтических факторов на коррекцию гомеостаза пациентов высокого риска ОНМК. Ввиду этого целью нашего исследования явилось изучение на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации влияния бальнеотерапевтических преформированных факторов на возможность коррекции гемореологических нарушений у больных с ранними начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и фактора риска цереброваскулярных катастроф.

#### **Материал и методы**

На амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации в условиях отделения восстановительного лечения муниципальной поликлиники № 1 г. Уфы в динамике проанализированы клинико-неврологические проявления ранних форм недостаточности мозгового кровообращения и гемореологические показатели у 200 мужчин трудоспособного возраста. При обращении в поликлинику преобладающее число пациентов (152 из 200) предъявляли жалобы на повышенную утомляемость при выполнении ими работы по профессии, чувство тяжести в голове, головные боли чаще на фоне нормальных показателей артериального давления, шум в голове, фотопсию, снижение оперативной памяти и внимания, нарушение структуры сна, необоснованную смену фона настроения. Преимущественно у пациентов среднего возраста при наличии выше отмеченных жалоб выявлялись симптомы недостаточности функции череп-

ных нервов, нарушения координации движений, анизорефлексия сухожильных и периостальных рефлексов, отдельные псевдобульбарные рефлексы.

Все это позволило диагностировать у наблюдаемых нами пациентов начальные признаки недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) и первую стадию дисциркуляторной энцефалопатии, что в последующем было подтверждено инструментальными методами диагностики (РЭГ, УЗДГ магистральных сосудов артерии головы).

Рандомизированному исследованию были подвергнуты 3 клинические группы:

**1-я группа** больных (25 чел.) на фоне базовой терапии получала сухие углекислые ванны через день, эндоназальный электрофорез 2 % раствора церулоплазмина, который вводили с анода [2]. Курс – 10 процедур через день.

**2-я группа** больных (25 чел.) на фоне базовой терапии получала радоновые ванны через день, эндоназальный электрофорез 2 % раствора церулоплазмина, который вводили с анода [2]. Курс – 10 процедур через день.

**3-я группа** больных (25 чел.) на фоне базовой терапии получала общие йодобромные ванны через день, эндоназальный электрофорез 2 % раствора церулоплазмина, который вводили с анода [2]. Курс – 10 процедур через день.

Контрольную группу (20 чел.) составили практически здоровые лица, у которых были жалобы на головные боли, повышенную утомляемость, снижение фона настроения.

Параметры агрегации эритроцитов определяли методом, разработанным проф. В. Люсовым (ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России), на агрегометре

Московского экспериментального завода медицинской техники [6].

Гемореологические показатели исследовались нами до лечения, после лечения, и их динамика прослеживалась через 6 месяцев после курса лечения.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием стандартных пакетов программ Statistica, Excel. Сравнение двух независимых выборок осуществляли с применением критерия Манна-Уитни. Полученные результаты считали достоверными при  $p \leq 0,05$ .

### Результаты

Проведенный нами биохимический скрининг динамики гемореологических параметров у обследованных больных выявил наилучшую динамику гемореологических параметров в 3-й группе больных при включении в комплекс базовой терапии йодобромных ванн (табл. 1,2,3).

Как видно из полученных нами данных, включение в комплексное лечение обследованных больных курса общих сухих углекислых ванн лишь в некоторой степени улучшает показатели гемореологии, которые, однако, далеки от нормальных контрольных величин ( $P \leq 0,05$ ) (табл. 1).

Полученные нами результаты исследования свидетельствуют, что включение в комплексное лечение обследованных больных курса радоновых ванн также в некоторой степени улучшает гемореологические параметры как и в 1-й группе, но их результаты достигают лишь субконтрольных величин, что в незначительной степени улучшает антиагрегационные показатели клеток красной крови ( $P \leq 0,05$ ) (табл. 2).

Таблица 1

Гемореологические показатели, %	Контроль (n=20)	1-я группа (n = 25)		
		до лечения	после лечения	через 6 мес.
мин. А	6,75±0,1	14,2±0,4*	13,3±0,2**	8,1±0,12***
мах. А	35,18±0,07	42,24±0,11*	40,2±0,3**	37,2±0,05***
2-я волна А	38,4±0,2	43,22±0,11*	40,4±0,11**	39,2±0,12***
Д (деагрегация)	80,9±0,4	36,67±0,1*	48,2±0,1**	53,2±0,08***

\* Достоверность различий по сравнению с контролем ( $P \leq 0,05$ ).

\*\* Достоверность различий по сравнению с параметрами до лечения ( $P \leq 0,05$ ).

\*\*\* Достоверность различий по сравнению с параметрами после лечения ( $P \leq 0,05$ ).

Таблица 2

Гемореологические показатели, %	Контроль (n=20)	2-я группа (n=25)		
		до лечения	после лечения	через 6 мес.
мин. А	6,75±0,1	14,2±0,4*	11,2±0,11**	10,2±0,03***
мах. А	35,18±0,07	42,22±0,11*	39,0±0,2**	38,0±0,11
2-я волна А	38,4±0,2	43,2±0,11*	42,8±0,15**	41,1±0,1***
Д (деагрегация)	80,9±0,4	36,71±0,1*	65,3±0,13**	69,0±0,13***

\* Достоверность различий по сравнению с контролем ( $P \leq 0,05$ ).

\*\* Достоверность различий по сравнению с параметрами до лечения ( $P \leq 0,05$ ).

\*\*\* Достоверность различий по сравнению с параметрами после лечения ( $P \leq 0,05$ ).

Динамика гемореологических параметров у пациентов 3-й группы до и после лечения

Гемореологические показатели, %	Контроль (n-20)	3-я группа (n -25)		
		до лечения	после лечения	через 6 мес.
мин. А	6,75±0,1	14,2±0,4*	8,13±0,15**	7,4±0,3***
мах. А	35,18±0,07	42,24±0,11*	37,3±0,11**	36,2±0,12***
2-я волна А	38,4±0,2	43,4±0,11*	39,9±0,3**	39,0±0,5
Д (дезагрегация)	80,9±0,4	36,73±0,1*	75,3±0,11**	79,2±0,13***

\* Достоверность различий по сравнению с контролем ( $P \leq 0,05$ ).

\*\* Достоверность различий по сравнению с параметрами до лечения ( $P \leq 0,05$ ).

\*\*\* Достоверность различий по сравнению с параметрами после лечения ( $P \leq 0,05$ ).

Наилучшая динамика реологических параметров крови были выявлены нами в 3-й группе больных при включении в лечение курса йодобромных ванн. При этом выраженная положительная динамика коррекции антиагрегационных свойств эритроцитов выявляется сразу после лечения и пролонгируется через полгода после курса лечения ( $P \leq 0,05$ ) (табл. 3).

Таким образом, включение в комплекс реабилитационных мероприятий таких высокоэффективных технологий медицинской реабилитации, как йодобромные ванны и эндоназальный электрофорез с церулоплазмином на фоне общепринятой терапии пациентов с доказанными факторами риска формирования цереброваскулярных катастроф, существенно улучшает гемореологический потенциал эритроцитов, что проявляется снижением уровней максимальной и минимальной агрегаций клеток красной крови, показателя второй волны агрегации эритроцитов, нормализацией показателя – «коэффициент дезагрегации». Вышеперечисленные показатели достигли контрольных значений именно у пациентов 3-й группы при включении в курс лечения йодобромных ванн ( $P \leq 0,05$ ).

Значительное снижение уровня количества агрегированных эритроцитов, проявляющееся снижением минимальной и максимальной агрегации у обследованных нами больных, позволит в лучшей степени обеспечивать кровоток, особенно в сосудах микроциркуляторного русла, а большой процент дезагрегированных клеток красной крови приведет к существенному увеличению их деформабильности и повышению их кислородтранспортной функции. Это в конечном итоге способствует профилактике ишемических расстройств в сосудах микроциркуляторного русла, обеспечивает выраженные ан-

тиагрегантный и антитромботический эффекты и в конечном итоге будет являться гарантией отсутствия угрозы развития жизнеопасных цереброваскулярных катастроф. Важным фактом явилось выявление пролонгации антиагрегатного эффекта через 6 месяцев после курса лечения, что свидетельствует о целесообразности кратности и повторных процедур немедикаментозной терапии, что безопасно в плане отсутствия фармакологической агрессии, поливалентной лекарственной аллергии и экономически малозатратно. Нами выявлена прямая корреляционная связь ( $r=0,11$ ) с функциональными показателями динамики церебрального кровотока у больных 3-й группы при УДС-МАГ (линейная скорость кровотока, темп прироста  $V_m$  в бассейне средней мозговой артерии и другие показатели).

У пациентов всех трех групп, а клинически преимущественно у 1-й группы, после лечения наблюдали уменьшение выраженности шума в голове, утомляемости, головной боли, нарушений памяти, головокружения, нарушений сна, нормализацию показателей артериального давления, улучшение фона настроения.

Таким образом, у пациентов трудоспособного возраста с наличием факторов риска прогрессирования ранних форм недостаточности мозгового кровообращения включение в комплексные реабилитационные программы эндоназального электрофореза с раствором церулоплазмينا в сочетании с йодобромными ваннами является действенным высокоэффективным безопасным методом профилактики цереброваскулярных катастроф. Данный метод может найти более широкое применение как на санаторно-курортном, так и амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации.

#### Сведения об авторах статьи:

**Рахимкулов Азамат Салаватович** – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел./факс: 8 (347) 272-22-19. E-mail: medik.rb@mail.ru.

**Борисова Нинель Андреевна** – д.м.н., профессор кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел./факс: 8 (347) 279-20-02.

**Качамаев Валерий Павлович** – к.м.н., врач-невролог поликлиники № 1 МБУЗ ГКБ № 18 ГО г. Уфа. Адрес: 450044, г. Уфа, ул. М. Пинского, 5.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкинази, И.Я. Эритроцит и внутреннее тромбопластинообразование. – Л.: Наука, 1997. – 156 с.
2. Организационные аспекты и результаты лечения начальных форм цереброваскулярных заболеваний церулоплазмином / А.С. Рахимкулов [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 2. – С. 72-74.
3. Белкина, М.В. Структурно-метаболические особенности эритроцитов при различных формах ИБС: автореф. дисс.... канд. мед. наук. – Уфа, 1997. – 20 с.
4. Вакулин, А.А. Роль эритроцитов и лейкоцитов в поддержании активности тромбоцитов в зависимости от состояния перекисного окисления липидов: автореф. дисс.... д-ра мед. наук. – Челябинск, 1998. – 14с.
5. Калнина, И.Э. Изучение свойств мембран эритроцитов при некоторых заболеваниях / И.Э. Калнина //Известия Латв. АН. – 2007. – № 1. – С.121-124.
6. Люсов, В.А. Модифицированный метод определения агрегационной способности эритроцитов / В.А. Люсов, О.Р. Богоявленский // Клини. лабораторная диагностика. – 1993. – №6. – С.37-38.
7. Ральченко И.В. Роль тромбоцитов, эритроцитов и лейкоцитов в реализации связи между ПОЛ и гемостазом: автореф. дисс.... д-ра биол. наук. – Тюмень, 1998. – 24 с.
8. Шайгарданова, Е.М. Применение сухих углекислых ванн при метаболическом синдроме и постинфарктной реабилитации больных в санаторных условиях: методические рекомендации. – Уфа, 2007. – 24 с.
9. Световакуумная импульсная терапия в комплексе с радонотерапией в лечении больных с цервикальной дорсопатией / Ф.Е. Горбунов [и др.]// Физиотерапевт. – 2013. – № 6 – С. 10-15.

УДК 618.17:303.621.3

© Н.Х. Шарафутдинова, Г.Т. Мустафина, Д.Ф. Кандарова, 2014

Н.Х. Шарафутдинова<sup>1</sup>, Г.Т. Мустафина<sup>2</sup>, Д.Ф. Кандарова<sup>1</sup>  
**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН  
 ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

В статье приведены результаты анкетирования 750 женщин, обратившихся в женскую консультацию для прохождения профилактических медицинских осмотров. Среди обследованных женщин большинство были в возрасте от 20 до 40 лет, 16,3% не состояли в браке, 16,1% разведены. Из числа опрошенных 185 (36,9%) женщин отметили факт прерывания беременности и 275 (54,8%) наличие родов. На 750 обследованных женщин пришлось 603 прерывания беременности и 562 родов. Соотношение родов к абортам составило 0,9:1,0. С возрастом доля женщин, прервавших беременность, увеличивалась и возрастала доля женщин, прервавших беременность несколько раз. Число прерываний беременностей было меньше среди женщин, имеющих высшее образование. Анкетирование позволило установить, что 33,1 из 100 опрошенных переболели заболеваниями, передаваемыми половым путем. Распространенность воспалительных заболеваний женских половых органов составила 80,2 на 100 опрошенных, в том числе у 9,2 был сальпингит, у 4,9 – оофорит, у 10,5 – сальпингооофорит, у 5,5 – острый эндометриоз, у 39,2 – эрозия шейки матки.

**Ключевые слова:** женщины, репродуктивное поведение, заболевания женских половых органов, образ жизни.

N.Kh. Sharafutdinova, G.T. Mustafina, D.F. Kandarova  
**REPRODUCTIVE HEALTH AND BEHAVIOR OF WOMEN ACCORDING TO  
 SURVEY AND MEDICAL EXAMINATION**

The article presents the results of the survey of 750 women attending antenatal clinics to undergo preventive medical examinations. Most of them were aged 20 - 40, 16,3% were single, and 16,1% were divorced. Among the respondents, 185 women (36,9 %) reported the fact of miscarriage and 275 (54,8 %) the availability of labor. There were 603 miscarriages and 562 deliveries per 750 surveyed women. Birth-abortion ratio was 0,9:1,0. With age, the proportion of women who has terminated their pregnancy increases, and the proportion of women who has terminated their pregnancy more than once also increases. The number of abortions was lower among women with higher education. Questioning revealed that 33,1 out of 100 respondents had sexually transmitted diseases. The prevalence of inflammatory diseases of the female genital organs was 80,2 per 100 respondents, including salpingitis in 9,2 cases, oophoritis in 4,9, salpingo-oophoritis in 10,5, 5,5 had acute endometriosis and 39,2 – cervical erosion.

**Key words:** women, reproductive behavior, diseases of the female genital organs, lifestyle.

Охрана репродуктивного здоровья женщин является одной из важных задач системы здравоохранения. Она заключается в проведении комплекса профилактических и лечебно-оздоровительных мер [7].

Среди показателей здоровья женщин особое место занимает гинекологическая заболеваемость, оказывающая влияние на репродуктивную функцию, материнскую смертность, генеративную функцию, работоспособность, детскую и перинатальную смертность

[4,6,8]. Одним из распространенных гинекологических заболеваний является кандидозный вульвовагинит, вызываемый грибами рода *Candida*. Воспалительные заболевания женских половых органов занимают лидирующее место среди всех гинекологических заболеваний, более половины пациенток сталкиваются с таким диагнозом [6]. В настоящее время актуальность этой проблемы очевидна и связана с высоким уровнем заболеваний, передающихся половым путем, спектр кото-