

ОБЗОРЫ

УДК 618.15/16-002.992.282

А.Л. Попова¹, С.А. Дворянский², Н.В. Яговкина²

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹Кировский областной клинический
перинатальный центр

²Кировская государственная медицинская академия

A.L. Popova¹, S.A. Dvoryansky², N.V. Yagovkina²

MODERN ASPECTS OF TREATMENT AND PREVENTION OF VULVOVAGINAL CANDIDOSIS (REVIEW OF LITERATURE)

¹Kirov regional clinical perinatal centre

²Kirov state medical academy

В статье представлены вопросы этиологии, распространенности, истории изучения, клинического течения, факторов риска, диагностики, профилактики и современных аспектов лечения вульвовагинального кандидоза. Вульвовагинальный кандидоз одно из самых распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний в практике акушера-гинеколога, снижающее качество жизни женщин и приводящее к таким тяжелым осложнениям беременности, как невынашивание, преждевременные роды, гнойно-септические послеродовые заболевания и инфицирование плода и новорожденного.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, беременность, грибы рода *Candida*.

The article presents the etiology, incidence, the history of study, the clinical course, risk factors, diagnosis, prevention, and modern aspects of the treatment of vulvovaginal candidosis. Vulvovaginal candidosis is one of the most common infectious-inflammatory diseases in the practice of obstetrician-gynecologist, reducing the quality of life for women and is leading to serious pregnancy complications, as miscarriage, premature birth, septic puerperal diseases and infection of the fetus and newborn.

Key words: vulvovaginal candidosis, pregnancy, *Candida* species.

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) занимает ведущее место среди инфекционно-воспалительных заболеваний в акушерско-гинекологической практике [4, 8, 9, 10, 20, 34, 41, 44]. В этиологии ВВК выступают грибы рода *Candida* [3, 8, 10, 13, 17, 22, 23, 24, 28, 29, 31]. Распространенность этого заболевания в развитых странах неуклонно растет [1, 5, 16, 20, 34, 41]. По данным ряда авторов, заболеваемость грибковым кольпитом выросла в 3–3,5 раза за последние 10 лет [2, 17, 18, 19, 23, 26, 50, 53]. Хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза диагностировался у 2/3 женщин в течение жизни [11, 16, 17, 19, 20, 29, 32, 41, 44, 46]. Часто первый эпизод возникает во время беременности из-за формирования особого гормонального фона, благоприятного для роста и развития грибов рода *Candida* [8, 17, 25, 35, 36, 54, 57, 58].

История изучения кандидоза

Термин «кандидоз» был принят на Всероссийской конференции дерматологов в 1957 году, но это заболевание не является новым, упоминание о нем известно еще со времен Гиппократов. Н.М. Максимович-Амбодик уже в 1784 году высказал мнение, что «молочница» – это болезнь всего организма. Особенности грибов и вульвовагинальный кандидоз как заболевание были описаны в докторских диссертациях Франка (1830), Гиршфельда (1859), Сутугина (1869), Сочава (1870) и Лазаревича (1870), они указали наличие псевдомицелия, размеры гриба и описали кандидоз слизистой полости рта. Морфологию гриба впервые описал Roben (1853). В бывшем СССР И.М. Романенко (1984–1992) благодаря развитию электронной микроскопии исследовал ультраструктуру грибов рода *Candida* и действие на них антимикотиков.

Этиология и распространенность вульвовагинального кандидоза

Распространенность грибов рода *Candida* в природе весьма разнообразна [8, 16]. Их насчитывают более 180 видов [8, 16]. Основным этиологическим фактором в развитии заболевания выступает *Candida albicans*, но в последние десятилетия все чаще встречаются и non-*albicans* виды: *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. guilliermondi*, *C. krusei* и др. [3, 8, 10, 16, 17, 22, 26, 29, 34, 47]. Кандидоз, вызванный non-*albicans* видами, считается осложненным.

Таблица 1

Частота обнаружения дрожжеподобных грибов рода *Candida*
(Савичева А.М., Кисина В.И., Соколовский Е.В., 2009)

Наиболее часто	Редко	Единичные наблюдения	
<i>C.albicans</i> <i>C.tropicalis</i> <i>C.parapsilosis</i> <i>C.glabrata</i>	<i>C.krusei</i> <i>C.kefyr</i> <i>C.guilliermondii</i> <i>C.lusitanian</i>	<i>C.catanulata</i> <i>C.famata</i> <i>C.inconspicua</i> <i>C.lipolytica</i> <i>C.pelliculosa</i> <i>C.utilis</i> <i>C.reylanoides</i>	<i>C.ciferri</i> <i>C.haemulonii</i> <i>C.lambrica</i> <i>C.norvegensis</i> <i>C.rugosa</i> <i>C.viswanathii</i>

Грибы рода *Candida* относятся к сапрофитам, то есть при благоприятных условиях для их роста и размножения становятся патогенами, запуская инфекционный процесс [13, 22, 23, 26, 29, 34, 55]. *Candida albicans* имеет размеры от 1,5 до 10 мкм, может существовать в двух формах: в виде псевдомицелия (инфекционная форма) и бластоспор [10, 34, 49, 50, 60].

Candida spp. способны расти в аэробных условиях. На селективных средах (Сабуро, Эндо, кровяной агар) с добавлением углеводов (глюкозы, сахарозы, мальтозы) *Candida albicans* вырастает в течение трех дней с образованием молочно-белых колоний [11, 53]. Благоприятные температурные условия для роста – 21–37°C, pH 6,0–6,5 (оптимальная pH 5,1–6,9) [34].

Нормальная микрофлора женских половых путей

Микрофлора женщины постоянно изменяется в течение всей жизни, на нее влияют беременность, менструация, прием эстрогенгестагенных препаратов, использование антибиотиков и хирургические операции [34]. В целом видовой состав здоровой небеременной сексуально активной женщины репродуктивного возраста включает:

верно возрастает, в связи с увеличением концентрации молочной кислоты и гликогена [34]. При этом снижается количество аэробных грамположительных палочек и кокков (коринебактерий, стафилококков, стрептококков, энтерококков) и анаэробных грамположительных палочек и кокков (пропионибактерий, пептострептококков, бактероидов) от первого до третьего триместра [15, 34].

После родов частота выделения аэробных грамотрицательных палочек и анаэробов возрастает, а грибов и аэробных грамположительных палочек снижается [34].

Таким образом, во время беременности изменяется видовой состав микроорганизмов. Частота выделения грибов рода *Candida* увеличивается в 2 раза, доказывая широкую распространенность вульвовагинального кандидоза во время беременности.

Факторы риска

Факторы риска развития вульвовагинального кандидоза весьма разнообразны. Как правило, не удается выявить единственный фактор развития процесса [34]. Грибковый кольпит возникает вследствие снижения общего и местного иммунитета (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет,

Таблица 2

Нормальная микрофлора здоровой небеременной женщины (M. Wilson, 2005)

Микроорганизмы	Частота обнаружения (%)	Микроорганизмы	Частота обнаружения (%)
Факультативные анаэробы		Грибы	13–16
<i>Lactobacillus spp.</i>	50–90	Строгие анаэробы	
<i>Staphylococcus spp.</i>		<i>Peptostreptococcus spp.</i>	14–28
<i>Corynebacterium spp.</i>	0–65	<i>Lactobacillus spp.</i>	29–69
<i>Streptococcus spp.</i>	0–60	<i>Eubacterium spp.</i>	0–36
<i>Enterococcus spp.</i>	10–59	<i>Bacteroides spp.</i>	4–80
<i>G. vaginalis</i>	0–27	<i>Fusobacterium spp.</i>	0–23
Enterobacteriaceae	17–43	<i>Veillonella spp.</i>	9–29
<i>Ureaplasma spp.</i>	6–15	<i>Propionibacterium spp.</i>	0–14
	0–54	<i>Bifidobacterium spp.</i>	5–15
		<i>Clostridium spp.</i>	5–18

Микрофлора влагалища во время беременности

Микробный пейзаж влагалища во время беременности имеет некие особенности [15]. Количество лакто- и бифидобактерий при беременности досто-

интоксикации, онкологические заболевания, операция, лучевая и химиотерапия), изменения гормонального фона женщины (беременность, прием гормональных препаратов), длительный прием антибиотиков, нарушение процессов гигиены (ис-

Таблица 3

Микробиота влагалища здоровых беременных женщин (M. Wilson, 2005)

Микроорганизмы	Частота выделения (%)	Микроорганизмы	Частота выделения (%)
<i>Lactobacilli</i>	96	<i>B. urealiticus</i>	36
Coagulase-negative staphylococci		<i>Anaerococcus prevotii</i>	32
<i>Schleiferella asaccharolytica</i>	89	<i>Candida albicans</i>	31
<i>U. urealiticum</i>	88	<i>Por. asaccharolytica</i>	31
Coryneforms	78	<i>P. acnes</i>	22
Anaerobic Gram-negative rods	72	<i>Anaerococcus tetradius</i>	21
<i>Prev. bivia/disiens</i>	91	<i>Peptococcus niger</i>	20
Viridans streptococci	61	<i>E. coli</i>	17
<i>Finegoldia magna</i>	55	<i>Strep. agalactiae</i>	15
<i>G. vaginalis</i>	53	<i>Veillonella spp.</i>	14
<i>Enterococcus spp.</i>	46		
	39		

пользование ежедневных гигиенических средств, частые спринцевания) [8, 16, 17, 18, 34, 37, 42, 49, 54, 55].

Беременность является одной из самых частых причин возникновения вульвовагинального кандидоза [17, 26, 54]. Чаще инфекционный процесс возникает у первобеременных во второй половине гестации, что увеличивает риск восходящей инфекции [21].

Клинические проявления ВВК

По данным ряда авторов, выделяют кандидоносительство, острый и хронический вульвовагинальный кандидоз. При носительстве инфекционный процесс не формируется, соответственно клинические проявления заболевания, как правило, отсутствуют [37]. Кандидоносительство выявляется совершенно случайно. При микроскопии абсолютно преобладают лактобактерии и споры гриба рода *Candida* в диагностически незначимом титре ($\leq 10^3$ КОЕ/мл) и выступающие в роли сапрофитов [23, 37, 54]. Рядом авторов дискутируется вопрос о целесообразности лечения кандидоносительства [29, 37, 47].

Острый вульвовагинальный кандидоз протекает с выраженными типичными симптомами: зуд, жжение в области наружных половых органов, творожистые выделения из половых путей, дизурия, диспареуния [10, 16, 25, 26, 28, 35, 41, 44, 45, 50, 54]. При осмотре можно увидеть классическое воспаление слизистой с отеком, трещинами и мацерацией [25, 27, 34]. При микроскопии мазков обнаруживаются споры и псевдомицелий гриба в диагностически значимом титре ($\geq 10^4$ КОЕ/мл) наряду с высоким содержанием лактобактерий ($\geq 10^6$ КОЕ/мл) [23, 37].

Хронический ВВК характеризуется стертой симптоматикой с рецидивированием процессов, возникающих более 4 раз в год [29, 37].

Диагностика вульвовагинального кандидоза

Критерии диагностики вульвовагинального кандидоза представляют собой обновленную версию рекомендаций, изданных IUSTI в 2001 г. (уровень доказательности – III, степень B) [60]. К ним относят pH влагалища 4,0–4,5, отсутствие запаха (в тесте с КОН) является косвенным признаком, наличие мицелия и спор грибов в анализе нативного мазка, наличие мицелия и спор грибов при окрашивании мазка по Граму, положительный результат культурального исследования [17, 60].

Существуют различные методы диагностики вульвовагинального кандидоза:

- микроскопия мазка окрашенного по Граму;
- микроскопия нативного мазка после обработки 10% раствором КОН;
- культуральный метод – посев содержимого влагалища на питательные среды;
- ПЦР-диагностика (молекулярно-генетический метод);
- идентификация грибов рода *Candida* с помощью экспресс тест-систем, таких как Fongiscreen, Auhacolor, API 20 C AUX, API Canada и пр.;
- серологическая диагностика с определением титра специфических противокандидозных антител;
- метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ);
- газожидкостная хроматография.

Самый доступный и простой метод, применяемый в практике врача акушера-гинеколога, – микроскопия мазка, окрашенного по Граму.

Современные методы лечения и профилактики ВВК

К мерам профилактики вульвовагинального кандидоза относят отмену антибиотиков, гормональ-

Таблица 4

Классификация вульвовагинального кандидоза (CDC 2006)

Осложненный ВВК	Неосложненный ВВК
Рецидивирующий ВВК	Спорадический ВВК
ВВК, вызванный <i>Candida non-albicans</i> видами	ВВК, вызванный <i>C. albicans</i>
ВВК тяжелой степени и на фоне тяжелых иммуносупрессивных состояний	ВВК у пациенток с нормальным иммунным ответом

Важно различать два вида воспаления: с инвазией и без нее. Инвазивный вульвовагинальный кандидоз характеризуется фибринозным воспалением с яркой клинической картиной, описанной выше [45]. При микроскопическом исследовании мазков будут получены споры и псевдомицелий грибов *Candida* [45]. При неинвазивном кандидозе клиника существенно может различаться [45]. Также различают вторичный вульвовагинальный кандидоз [45]. К нему относят проявления заболевания на фоне существующего ранее инфекционного поражения половых органов [45]. Согласно рекомендациям по ведению больных с патологическими выделениями из влагалища Международного союза по борьбе с инфекциями, передающимися половым путем (International Union against Sexually Transmitted Infections – IUSTI) [45], ВВК делится на осложненный и неосложненный [32, 57, 60].

лекарственных средств, ограничение употребления сахара и других рафинированных углеводов, отказ от вредных привычек, использование нижнего белья из хлопчатобумажных тканей, своевременное выявление дисбиоза влагалища и принятие мер к нормализации микробного пейзажа [34]. Успешность лечения во многом зависит от комплаентности, то есть приверженности лечению, так как лечение пациенток происходит в амбулаторных условиях.

Существует классификация антимикотических средств. В последние годы для лечения вульвовагинального кандидоза используют 4 группы препаратов [16, 53, 60].

Лечение вульвовагинального кандидоза представляется весьма непростым. На современном фармакологическом рынке существует масса противогрибковых препаратов системного и местного действия [16, 25, 29, 39]. По данным исследования ряда

Препараты для лечения ВВК

Препараты полиенового ряда	Препараты имидазолового ряда	Препараты триазолового ряда	Прочие препараты
Леворин	Кетоконазол	Флуконазол	Гризеофульвин
Нистатин	Клотримазол	Итраконазол	Флуцитозин
Натамицин	Миконазол		Декамин
	Сертаконазол		Нитрофугин
	Бутоконазол		Калия йодид

авторов, при остром ВВК терапия антифунгальными средствами местного или системного действия достоверного различия не было получено [16, 25, 29, 39]. Интравагинальный путь введения препарата наиболее предпочтителен, так как действующее вещество работает непосредственно в месте колонизации грибов, что позволяет достигнуть высокой эффективности малых доз препарата [15, 29, 55, 59].

Лекарственные препараты, применяемые для лечения вульвовагинального кандидоза, должны обладать следующими требованиями: обладать широким спектром действия, обладать избирательным противогрибковым действием, длительно действовать, быть экономически доступными и выгодными, хорошо всасываться из желудочно-кишечного тракта, быть хорошо совместимыми с препаратами других фармакологических групп, быть нетоксичными [17, 20, 60]. Несмотря на огромный ассортимент антифунгальных препаратов, проблема разработки новых схем лечения и внедрения новых антимикотических препаратов наиболее актуальна в связи с растущим числом рецидивов вульвовагинального кандидоза [1, 60]. При развитии частых рецидивов стоит проводить культуральное исследование с определением чувствительности к антимикотикам для предотвращения возникновения впоследствии хронического вульвовагинального кандидоза с развитием резистентности [6].

Таким образом, не вызывает сомнения, что ВВК чреват серьезными осложнениями – от снижения качества жизни женщины вследствие упорного характера процесса и склонности к рецидивам и неблагоприятных исходов беременности до развития диссеминированных инфекционных процессов с поражением внутренних органов как у плода, так и новорожденного [55].

Список литературы

1. Абакарова П.Р. Опыт применения препарата «Полижинакс» при лечении неспецифических и смешанных вульвовагинитов//Гинекология. 2007. №3. С. 8–9.
2. Анкирская А.С., Муравьева В.В., Миронова Т.Г. Генитальный кандидоз в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Принципы лабораторной диагностики и значение мониторинга чувствительности грибов к антимикотикам//Акушерство и гинекология. 2009. №5. С. 31–37.
3. Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и возможности терапии //Акушерство и гинекология. 2008. №6. С. 64–66.
4. Байрамова Г.Р., Костава М.Н. Оценка эффективности и приемлемости комбинированной терапии

неспецифического вагинита и цервицита//Гинекология. 2011. №1. С. 4–7.

5. Байрамова Г.Р., Муравьева В.В., Донников А.Е. Оценка эффективности комплексной терапии больных с хроническим рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом//Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. №3. С. 86–89.

6. Баранов И.И. Экология влагалища и воспалительные заболевания половых органов//Гинекология. 2010. №3. С. 4–6.

7. Боровиков И.О. Предгравидарная подготовка женщин с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом с использованием топической иммуномодулирующей терапии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №6. С. 59–64.

8. Брага П.К. Тимол: антибактериальная, противогрибковая и антиоксидантная активность//Гинекология. 2009. №4. С. 61–66.

9. Буданов П.В. Современные подходы к лечению и профилактике генитального кандидоза//Гинекология. 2007. №2. С. 47–51.

10. Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С. Состояние локального иммунитета при хроническом рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе//Акушерство и гинекология. 2011. №1. С. 52–56.

11. Герасимова Н.М., Воронова О.А., Жулимова Н.Л. Эффективность препарата Гинофорт в терапии вульвовагинитов кандидозной этиологии//Акушерство и гинекология. 2007. №3. С. 71–72.

12. Егорова А.Т., Базина М.И., Савицкая Е.А. Опыт лечения кандидозного вульвовагинита у беременных Залаином//Российский вестник акушера-гинеколога. 2010. №4. С. 35–38.

13. Кантин О.М., Корсунская И.М., Сюч Н.И. Принципы лечения вульвовагинального кандидоза во время беременности и профилактики инфицирования кандидами новорожденных//Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 93–95.

14. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Савичева А.М. Эффективность и безопасность сертаконазола (Залаин) и натамицина (Пимафуцин) в лечении острого урогенитального кандидоза у женщин//Акушерство и гинекология. 2007. №6. С. 50–53.

15. Кира Е.Ф., Муслимова С.З. Современный взгляд на нетрансмиссионные инфекции влагалища и вульвы у женщин репродуктивного возраста//Акушерство и гинекология. 2008. №1. С. 3–6.

16. Кузьмин А.А., Болтоносова Ю.В. Алгоритм лечения вульвовагинального кандидоза у беременных//Гинекология. 2008. №3. С. 26–28.

17. Кузьмин В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: от традиционных представлений к современным тенденциям//Гинекология. 2011. №3. С. 50–54.

18. Кузьмин В.Н. Новые подходы к лечению кандидозного вульвовагинита//Гинекология. 2008. №1. С. 8–14.
19. Кузьмин В.Н. Практические аспекты лечения неспецифических и кандидозных вульвовагинитов у женщин во время беременности//Гинекология. 2009. №2. С. 12–15.
20. Кузьмин В.Н. Современные подходы к лечению вульвовагинита кандидозной и смешанной этиологии у женщин во время беременности//Гинекология. 2008. №4. С. 13–20.
21. Липова Е.В. Урогенитальный кандидоз женщин: проблемы и пути решения//Гинекология. 2008. №5. С. 8.
22. Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Горенкова О.С. Противорецидивный эффект различных антимикотических препаратов местного действия//Акушерство и гинекология. 2008. №3. С. 53–56.
23. Луцевич К.А., Решетько О.В., Рогожина И.Е. Клиническая эффективность сертаконазола (Залаина) при местном лечении вульвовагинального кандидоза во время беременности// Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №3. С. 77–80.
24. Мазуркевич М.В., Фирсова Т.А. Практические аспекты лечения вульвовагинального кандидоза//Гинекология. 2007. №6. С. 4.
25. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М. Вульвовагинальный кандидоз: видовое разнообразие и чувствительность к противогрибковым препаратам//Акушерство и гинекология. 2009. №4. С. 44–46.
26. Немченко О.И., Терехова Ю.Б. Применение препарата Нео-Пенотран форте для лечения урогенитальных инфекций во время беременности//Гинекология. 2010. №3. С. 12–15.
27. Новиков Б.Н. Беременность. Вульвовагинальный кандидоз//Гинекология. 2008. №4. С. 17–20.
28. Новиков Б.Н. Клиническая эффективность препарата Гинофорт при вульвовагинальном кандидозе// Гинекология. 2009. №4. С. 4–6.
29. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В. Локальная терапия кандидозного вульвовагинита, возникшего на фоне приема антимикробных препаратов//Гинекология. 2008. №2. С. 50–52.
30. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: возможности терапии//Гинекология. 2007. №3. С. 4–7.
31. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Эффективность и приемлемость комбинированной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза//Акушерство и гинекология. 2007. №6. С. 53–55.
32. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические аспекты//Гинекология. 2011. №4. С. 47–49.
33. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Грибковые инфекции в гинекологии. Принципы лечения//Гинекология. 2007. №6. С. 9.
34. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: Гэотар-Медиа, 2009. 200 с.
35. Савичева А.М., Мартикайнен З.М., Абашова Е.И. Рецидивирующий урогенитальный кандидоз: лечение с использованием флюконазола// Журнал акушерства и женских болезней. 2008. №1. С. 41–46.
36. Савченко Т.Н., Точиева М.Х., Протопопова Л.О. Цитокиновый статус и активность нейтрофильной эластазы у женщин с невынашиванием беременности и генитальным кандидозом в ранние сроки гестации// Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №4. С. 4–6.
37. Семенов Н.С., Ищенко А.И., Чилова Р.А. Фармакотерапия кандидозного вульвовагинита//Акушерство и гинекология. 2008. №6. С. 11–13.
38. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова И.С. Возможности лечения хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита//Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №6. С. 68–71.
39. Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева Н.В. Острый вульвовагинальный кандидоз. Современный взгляд на проблему, инновации в лечении// Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №1. С. 60–62.
40. Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Воспалительные заболевания нижних отделов половой системы женщины вне и во время беременности// Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №4. С. 54–56.
41. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Буров А.В. Профилактика вагинального кандидоза при лечении острого воспаления придатков матки//Гинекология. 2009. №1. С. 18–20.
42. Терехова Ю.Б., Миронов А.Ю. Специфика течения вульвовагинального кандидоза в весенне-летний период: возможности терапии//Гинекология. 2009. №2. С. 10–12.
43. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Флуконазол – адекватный подход к лечению кандидозного вульвовагинита//Гинекология. 2007. №6. С. 6–9.
44. Торчинов А.М., Мазуркевич М.В. Современные аспекты лечения вульвовагинального кандидоза//Гинекология. 2007. №2. С. 54–57.
45. Торчинов А.М., Мазуркевич М.В., Мурачева Л.Х. Особенности терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза//Акушерство и гинекология. 2010. №1. С. 60–62.
46. Хамадьянов У.Р., Низаева А.Р. Опыт применения иммунокорригирующей и сорбционной терапии в лечении больных с хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом//Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. №3. С. 34–37.
47. Цветкова Т.П. Рациональная терапия кандидозного вульвовагинита у беременных//Акушерство и гинекология. 2011. №4. С. 130–133.
48. Чижова Г.В., Чурина А.В., Горшкова О.В. Оптимизация местного лечения острого кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста с учетом микрофлоры влагалища// Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №4. С. 94–97.
49. Achkar J.M., Fries B.C. Candida infections of the genitourinary tract//Clin Microbiol Rev. 2010. Vol. 2, №23. P. 253–272.
50. Bodey G. Candidiasis: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. New York//Raven Press. 2003. P. 420.
51. Cases of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women//Obstet Gynecol. 2006. Vol.108, №5. P. 1185–1191.
52. Cassone A., Bernardis F., Santoni G. Anticandidal immunity and vaginitis: novel opportunities for immune intervention// Infect. And Immun. 2007. Vol. 75, №10. P. 4675–4686.

53. Fan S.R., Liu X.P., Li J.W. et al. Study on classification and treatment of vulvovaginal candidiasis// Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2005. Vol. 40, № 8. P. 532–535.

54. Fidel P.L.Jr. History and update on host defense against vaginal candidiasis// Am. J. Reprod. Immunol. 2007. Vol. 57, №1. P. 2–12.

55. LeBlanc D.M., Barousse M.M., Fidel P.L.Jr. Role for dendritic cells in immunoregulation during experimental vaginal candidiasis// Infect. and Immun. 2006. Vol. 74, №6. P. 3213–3221.

56. Mendling W. Vaginoze, vaginitis, zervizitis and salpingitis// Springer. 2006; 252 p.

57. Monif G.R.G. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology/ Monif G.R.G., Baker D.A. 5th ed. London: Parthenon Publishing Group, 2004. 723 p.

58. Nneka C., Nwokolo M. et al.// Drugs and Ageing. – 2000. – Vol. 16, №5. – P. 335–339.

59. Nyirjesy P. Chronic Vulvovaginal Candidiasis// Am Family Physician. 2001. Vol. 4, №63.

Сведения об авторах

Попова Алена Леонидовна – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии Кировской ГМА, врач акушер-гинеколог КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр». E-mail: asperin-86@mail.ru.

Дворянский Сергей Афанасьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Кировской ГМА. E-mail: dvorsa@mail.ru.

Яговкина Надежда Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Кировской ГМА. E-mail: nad0511ya@rambler.ru.

УДК 101.14+159.9+17

Л.Г. Сахарова, В.Е. Слотин

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кировская государственная медицинская академия

L.G. Sakharova, V. E. Slotin

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SOCIAL AND PHILOSOPHICAL PROBLEMS OF BIOETHICS (LITERATURE REVIEW)

Kirov state medical academy

Биоэтика – наука интегративного плана, объединяющая в своем содержании знания о человеческом существовании, представленные целым комплексом наук, таких как медицинские науки, биология, психология, социология, антропология, этика и философия, религиоведение. Среди главных задач биоэтики можно выделить разработку двух важнейших

социально-философских проблем развития общества и медицины, а именно: формирование здорового образа жизни у населения и развитие идеи социальной справедливости в медицине.

Ключевые слова: биоэтика, здоровый образ жизни, социальная справедливость, общество, медицина, философия, социология, ретроспективный анализ.

Bioethics is the integrative science uniting in its content positive knowledge of the human existence which is developed by the complex of sciences such as biology, medical science, sociology, psychology, anthropology, ethics and philosophy. Among the main tasks of bioethics it is possible to allocate the development of two major social-philosophical problems of the development of society and medicine. These are formation of a healthy lifestyle among the population and development of the idea of social justice in medicine.

Key words: bioethics, healthy way of life, social justice, society, medicine, philosophy, sociology, retrospective analysis.

Введение

Одним из новых научных направлений конца XX–начала XXI вв. является биоэтика. Главная задача биоэтики как науки о нравственном отношении к живому состоит в изучении человека в единстве морально-этических и медико-биологических аспектов.

Биоэтика ориентируется не только на комплексное изучение человека и перспектив развития наук о человеке на основе сочетания различных подходов, но и пытается применить нравственные оценки к анализу жизненных проблем с позиций гуманизма. Биоэтика призвана решать сложные ситуации, возникающие в современной науке [1]. Новое научное направление ориентирует на философское осмысление деятельности людей в направлении развития здорового образа жизни и социальной справедливости.

Решению данной задачи будет способствовать ретроспективный анализ двух важнейших социально-философских проблем биоэтики – формирование здорового образа жизни у населения и развитие идеи социальной справедливости в медицине на основе преемственности подходов в решении этих сложных биоэтических проблем.

Методы исследования

Раскрытие сущности социально-философских проблем биоэтики позволяет использование комплекса методов. В качестве основного выступает метод ретроспективного анализа, позволяющий проследить историю развития социально-философских трактовок формирования здорового образа жизни и идеи социальной справедливости в медицине, а также их изменение в ходе поступательного развития общества и науки.

К вопросу истории развития биоэтики

Биоэтика возникла в 1960-е гг. XX в. в США как форма морализации науки, и особенно биомедицины. Данный период развития постиндустриального общества связан с необходимостью духовно-нравственной оценки многих научных и социальных явлений.