

© Ю. Л. Тимошкова,
Д. И. Гайворонских,
О. Л. Молчанов, А. А. Шмидт

Военно-медицинская академия
им. С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО МИКОТИЧЕСКОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, РОЛЬ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ

Резюме. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 132 больных рецидивирующим микотическим вульвовагинитом. Установлено, что использование десенсибилизирующей терапии сокращает количество рецидивов заболевания, а использование средств интимной гигиены улучшает качество жизни женщин и предупреждает повторное инфицирование.

Ключевые слова: рецидивирующий микотический вульвовагинит; десенсибилизирующая терапия; интимная гигиена; качество жизни.

В настоящее время микотический вульвовагинит относится к числу наиболее распространенных заболеваний влагалища и является одной из частых причин обращения женщин к врачу акушеру-гинекологу [1]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике, терапии и профилактике дисбиозов влагалища, заболеваемость микотическим вульвовагинитом остается высокой и не имеет отчетливой тенденции к снижению. Такие социальные процессы, как урбанизация общества, ухудшение экологической обстановки, а также бесконтрольное применение лекарств, оказывают отрицательное влияние на здоровье женщин. В последнее время все чаще встречаются длительно текущие, рецидивирующие формы микотического вульвовагинита. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* могут присутствовать во влагалище здоровых женщин, но в малых количествах. Однако при определенных условиях грибы колонизируются, формируя соответствующий патологический процесс.

Установлено, что одной из причин роста грибковой инфекции является нарушение в гормональном статусе женщины с позиции абсолютной или относительной гиперэстрогении. Вероятно, по этой причине у пациенток с рецидивирующим микотическим вульвовагинитом в той или иной степени выражен предменструальный синдром. В последнее время в литературе появились публикации, посвященные аутосенсibilизации к половым гормонам [3,4,5,6]. В этих исследованиях констатируется роль аутоантител к прогестерону в формировании предменструального синдрома, дисменореи, аутоиммунного дерматита, при невынашивании беременности и при рецидивирующем микотическом вульвовагините.

В зависимости от состояния вагинального биоценоза выделяют три формы *Candida*-инфекции: бессимптомное носительство, острая форма микотического вульвовагинита и хроническая (рецидивирующая) форма заболевания.

Рецидивирующая форма характеризуется длительностью заболевания более 2 месяцев и частыми обострениями (более четырех в год). При данной форме заболевания на слизистой вульвы и влагалища определяются вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации и атрофичности тканей. После завершения курса этиотропной терапии, полной эрадикации грибов не происходит.

Клинические проявления микотического вульвовагинита разнообразны, но наиболее характерными являются: обильные или умеренные творожистые выделения кисловатого запаха из влагалища, зуд и жжение в области наружных половых органов, которые усиливаются во второй половине менструального цикла, после водных процедур, после полового контакта, длительной ходьбы [2].

В связи с распространенностью микотического вульвовагинита значимыми являются методы его коррекции. Врачам хорошо известно, что, несмотря на большой арсенал противогрибковых препаратов, проблема рецидивирования заболевания остается актуальной. У 50% больных симптомы заболевания появляются в интервале от нескольких дней до 3 месяцев после купирования острой формы.

УДК: 618.15/16-002

Очевидно, что терапия микотического вульвовагинита должна быть комплексной, поэтапной, включать не только этиотропное лечение, но и ликвидацию причин заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Формирование обследуемых групп, сбор анамнеза, выяснение жалоб, клинической симптоматики, подбор терапии проводилось в амбулаторном отделении кафедры акушерства и гинекологии им. А. Я. Красовского Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Терапия была проведена 132 больным рецидивирующим микотическим вульвовагинитом. Возраст пациенток был от 18 до 43 лет. Сформированы четыре группы (основная и три контрольные). Критериями включения в исследование было наличие жалоб на творожистые выделения, зуд, жжение, диспареунию. При осмотре слизистая оболочка была гиперемирована, отечна, имелись точечные кровоизлияния.

После заполнения учетной документации брался материал для проведения микроскопии и культуральных исследований. Лабораторные исследования проводились в профильных подразделениях Военно-медицинской академии. Микроскопический учет присутствия грибов производился путем исследования окрашенных 1 % водным раствором метиленового синего фиксированных мазков. Выполнялись посевы на селективные питательные среды Сабуро. Проводилось исследование гормонального статуса женщин и показателей сенсibilизации — реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), реакция Эрне (образование аутоантителообразующих клеток) во второй фазе менструального цикла.

Основная группа (n=51) формировалась из пациенток с сенсibilизацией к прогестерону. Пациенткам этой группы проводили курс местной антимикотической терапии бутаконазола нитратом совместно с двукратным пероральным применением флуконазола (капсулы по 150 мг). В качестве десенсibilизирующей терапии применяли трансдермальную форму прогестерона. Гель наносился пациентками на предплечье через день по 1,25 мг. Эффективность лечения оценивалась через 1, 3, 12 месяцев от начала этиотропной терапии. Пациенткам контрольной группы-1 (n=25) проводили однократный курс местной терапии бутаконазола нитратом. Вторая контрольная группа объединяла 25 больных, которым перорально назначался флуконазол по 150 мг двукратно с интервалом в 72 часа. В третьей контрольной группе (n=31) назначалась комбинированная тера-

пия в виде местного использования бутаконазола нитрата и системного назначения флуконазола согласно приведенным ранее схемам.

Параллельно у пациенток контрольных групп проводилось исследование качества жизни на фоне применения средств интимной гигиены («Саугелла дермоликвидо» и «Саугелла актива»). Средства интимной гигиены рекомендовались после окончания этиотропного лечения микотического вульвовагинита. «Саугелла актива» содержит в своем составе экстракт эфирных масел тимьяна и молочную кислоту, pH 3,5, обладает противомикробным действием. «Саугелла дермоликвидо» содержит в своем составе экстракт эфирных масел шалфея и молочную кислоту, pH 3,5, обладает противомикробным и успокаивающим действием. «Саугелла актива» выбирали пациентки, ведущие более активный образ жизни (в том числе и с риском инфицирования половых органов), количество женщин в этой группе составило 20 человек. «Саугелла дермоликвидо» применяли 19 женщин. «Саугелла» отличаются хорошей переносимостью, простотой и удобством применения. Пациентки использовали их 1–2 раза в день в течение 12 недель. Для оценки влияния средств интимной гигиены на качество жизни была выделена группа сравнения (здоровые пациентки, не использующие средства для интимной гигиены). В указанных группах проводились: оценка биоценоза влагалища (ежемесячно № 3), оценка качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После микроскопического и микробиологического подтверждения рецидивирующего микотического вульвовагинита проводилось исследование показателей сенсibilизации к прогестерону. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Из результатов, представленных в таблице следует, что у пациенток основной группы до проводимого лечения отмечают положительные результаты реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ): у 35 женщин (69%) реакция составляет 120–140%, у 16 (21%) — показатели более 140%. Через 3 месяца после проведения десенсibilизирующей терапии прогестероном, у 27 пациенток (53%) РТМЛ в пределах нормы, что свидетельствует о положительном результате лечения. У 8 больных (16%) — реакция остается положительной, в пределах 120–140%, у 2 (4%) пациенток — более 140%.

Эффективность лечения у пациенток обеих групп контролировалась в течение года (табл. 2).

Катамнестически через 12 месяцев у 32 женщин основной группы (67%) отсутствовал реци-

Таблица 1

Результаты иммунологического исследования в основной группе женщин

Рассматриваемые показатели	Результат до лечения	Результаты через 3 месяца после лечения	
		Положительная реакция	Отрицательная реакция
РТМЛ 120–140 %	35	8	27
РТМЛ более 140 %	16	2	14
Реакция Ерне	51	8	43

Таблица 2

Результаты иммунологического исследования в основной группе женщин

Рассматриваемая группа	Результаты лечения					
	через 1 месяц		через 3 месяца		через 12 месяцев	
	«+»	«-»	«+»	«-»	«+»	«-»
Основная группа (n=51)	47	4	43	8	32	15
Контрольная группа 1 (n=25)	15**	10**	3*	22*	1*	16
Контрольная группа 2 (n=25)	20	5	7*	18*	3*	20
Контрольная группа 3 (n=31)	28**	3**	10*	21*	3*	24
Итого	110	22	63	69	39	75

«+» – положительный эффект лечения; «-» – отрицательный эффект лечения; * – достоверные различия по сравнению с основной группой ($p < 0,001$; точный критерий Фишера Fisher exact p); ** – достоверные различия по сравнению с контрольной группой 1 ($p < 0,05$; точный критерий Фишера Fisher exact p)

Таблица 3

Динамика основных симптомов предменструального синдрома

Показатель	До лечения	После лечения
Болезненность молочных желез	47 (92 %)	11 * (21 %)
Вздутие живота	43 (84 %)	18 * (35 %)
Боли в животе	10 (20 %)	3 ≈ (6 %)
Дизурические явления	6 (12 %)	2 (4 %)
Отечность конечностей	47 (92 %)	13 * (25 %)
Бессонница	6 (12 %)	3 (6 %)
Раздражительность	43 (84 %)	20* (39 %)
Изменение настроения	47 (92 %)	19* (37 %)
Кожные проявления	48 (94 %)	10 * (20 %)

* – достоверные отличия по сравнению с показателем «до лечения» ($p < 0,05$; U критерий Манна-Уитни), ≈ – вероятные отличия по сравнению с показателем «до лечения» ($p = 0,07$)

див заболевания, в то время как только у 7 пациенток контрольных групп не выявлено признаков заболевания.

Эффективность комплексной терапии в основной группе женщин (n=51) сочетается с уменьшением выраженности предменструального синдрома (табл. 3)

Из представленных в таблице результатов следует, что до лечения 47 пациенток (92 %) предъявляли жалобы на болезненность молочных желез во второй фазе менструального цикла, после лечения у 11 (21 %) сохранялись данные жалобы. У 43 (84 %) женщин репродуктивного возраста отмечалось вздутие живота, после лечения у 18 (35 %), отеки конечностей у 47 (92 %) до лечения и в 13 случаях после терапии. Кож-

ные проявления беспокоили 48 (94 %) пациенток основной группы, которые после лечения проявлялись только у 10 женщин. Такие симптомы, как раздражительность, бессонница, изменение настроения до комплексной терапии определялись в пределах от 12 до 92 % случаев, после лечения отмечается положительная динамика, что подтверждается данными, приведенными в таблице 3.

Уровень качества жизни пациенток исследовался до и после применения средств интимной гигиены. Необходимо отметить, что качество жизни пациенток, использующих средства «Саугелла», в обеих группах улучшалось (табл. 4).

На фоне применения средств интимной гигиены не было отмечено эпизодов микотического

Таблица 4

Показатели качества жизни (шкала САН) до и после использования средств интимной гигиены

Группы	Оценка					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	до	после	до	после	до	после
1-я (n=20)	5,1	5,0	5,41	5,31	5,1	5,1
2-я (n=19)	5,4	6,58*	5,52	6,71*	5,0	6,22*
Сравнения	5,28	4,8*	5,5	5,2	5,2	5,0*

* – достоверные отличия по сравнению с показателем «до лечения» $p < 0,05$

вульвовагинита, а в группе сравнения были выявлены симптомы вульвовагинального кандидоза.

ВЫВОДЫ

1. Эффективность от применения десенсибилизирующей терапии в сочетании с системными и местными антимикотическими средствами характеризовалась стойким безрецидивным течением.
2. Использование средств интимной гигиены в комплексном лечении гинекологических больных повышает уровень качества жизни женщин и снижает риск возникновения инфекционных и дисбиотических состояний нижнего отдела половых органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А. С., Муравьева В. В., Фурсова С. А., Миронова Т. Г. Некоторые аспекты лечения урогенитального кандидоза // Вест. Росс. ассоц. акуш.-гинекол. – 2000. – № 1. – С. 106–109.
2. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз в практике акушера-гинеколога // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 59–60.
3. Сидельникова В. М., Гладкова К. А. Привычное невынашивание беременности. Антитела к прогестерону // Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – 2007. – 362 с.

◆ Информация об авторах

Тимошкова Юлия Леонидовна – к. м. н., ассистент.
E-mail: Yla-16mail@.ru.

Молчанов Олег Леонидович – д. м. н., начальник НИЛ (репродуктологии) НИО (трансплантологии и клеточных технологий) НИЦ. E-mail: moleg700@rambler.ru

Гайворонских Дмитрий Иванович – к. м. н., доцент.
E-mail: Yla-16mail@.ru.

Шмидт Андрей Александрович – к. м. н., главный гинеколог МО РФ, начальник кафедры. E-mail: andrey_shidt@inbox.ru.

Кафедра акушерства и гинекологии ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

4. Менжинская И. В., Гладкова К. А., Сидельникова В. М., Сухих Г. Т. Антитела к прогестерону у женщин с привычным невынашиванием беременности // Аллергология и иммунология. – 2008. – Т. 9, № 1. – С. 89.
5. Hersberg A. J. et al. Autoimmune progesterone dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol. – 1995. – Vol. 32, N 2. – P. 333–338.
6. Halevy S. et al. Autoimmune progesterone dermatitis manifested as eritema annul centrifugum: Confirmation of progesterone sensitivity by in vitro interferon- γ release // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol. 47. – P. 311–313.

A NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF RECURRENT VULVOVAGINAL MYCOTIC IN NONPREGNANT WOMEN, THE ROLE OF INTIMATE HYGIENE

Timoshkova Y. L., Gayvoronskiy D. I.,
Molchanov O. L., Shmidt A. A.

◆ **Resume.** A comparative analysis of the results of treatment of 132 patients with recurrent mycotic vulvovaginitis. Found that use of desensitizing therapy reduces the number of relapses and the use of feminine hygiene improves quality of life of women and prevents re-infection.

◆ **Key words:** recurrent vulvovaginal mycotic; desensitization therapy; intimate hygiene; quality of life.

Timoshkova Yuliya Leonidovna – the candidate of medical sciences, the assistant professor. E-mail: Yla-16mail@.ru.

Molchanov Oleg Leonidovich – The doctor of medical sciences, the chief of scientifically research laboratory (reproduction). E-mail: moleg700@rambler.ru.

Gayvoronskiy Dmitriy Ivanovich – the candidate of medical sciences, the senior lecturer. E-mail: Yla-16mail@.ru.

Shmidt Andrey Alexandrovich – the candidate of medical sciences, head of the Department. E-mail: andrey_shidt@inbox.ru.

Department of Obstetrics and Gynecology. Federal state educational institution of the higher vocational training «Army medical college of name S. M. Kirov» MO the Russian Federation. 194044 St.-Petersburg, street of Academician Lebedev, 6.