

Проблема нарушений вагинальной микрофлоры у женщин имеет особую значимость в акушерско-гинекологической практике, так как нарушения микробиоценоза ведут к снижению неспецифической резистентности и возникновению воспалительных процессов у матери и плода. В последние годы распространенность кандидозного вульвовагинита неуклонно растет, удельный вес этого заболевания в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища составляет 30-45%.

Возбудителем кандидозного вульвовагинита являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В настоящее время описано более 170 биологических видов дрожжеподобных грибов, среди которых в подавляющем большинстве случаев (85-90%) возбудителем является *C. albicans*. Грибы р. *Candida* являются условно-патогенными микроорганизмами и могут находиться в качестве сапрофитов на кожных покровах и слизистых оболочках здоровых людей.

Значительное увеличение случаев кандидозного вульвовагинита обусловлено действием ряда предрасполагающих факторов. При назначении антибиотиков широкого спектра действия необходимо учитывать, что они подавляют не только патогенные бактерии, но и находящиеся во влагалище лактобациллы, являющиеся физиологическими антагонистами дрожжеподобных грибов (лактобациллы подавляют прикрепление *Candida* к клеткам эпителия и их размножение). В результате сдвига pH в щелочную среду процесс самоочистки нарушается. Кроме того, *Candida* обладают способностью использовать антибиотики в качестве источников питания. При этом создаются благоприятные условия для активного размножения *Candida* в половых органах женщины.

Известны факты развития кандидозного вульвовагинита при беременности. Первый эпизод кандидозного вульвовагинита отмечается у многих женщин именно во время беременности. Кандидозные вагиниты при беременности представляют реальную опасность как для матери, так и для плода. В связи с иммунодефицитным состоянием у беременных вагиниты развиваются в 2-4 раза чаще, чем у небеременных, и составляют 40-42%. Кроме того, слизистая оболочка влагалища у беременных недостаточно устойчива к инфекции в связи с ее разрыхлением, уменьшением ороговения поверхностных клеток. Наибольшая степень колонизации отмечается в последнем триместре у первородящих.

Для кандидозного вульвовагинита характерны клинические симптомы: обильные или умеренные творожистые выделения из влагалища, зуд и жжение в области наружных половых органов, усиление зуда во второй половине дня, во время сна, после водных процедур, полового акта, длительной ходьбы, во время менструации.

Диагностика кандидозного вульвовагинита должна быть комплексной. Ведущая роль в диагностике наряду с клиническими симптомами принадлежит микробиологическим методам исследования (микроскопия мазков вагинального отделяемого и культуральный метод исследования), диагностическая ценность которых достигает 97%.

Микроскопическое исследование является одним из наиболее доступных и простых методов диагностики. Исследование проводят в нативных и окрашенных по Граму препаратах.

Культуральный метод позволяет определить количество, родовую и видовую принадлежность, их чувствительность к антифунгальным препаратам, а также выявить характер и степень микробной обсемененности другими условно-патогенными бактериями.

В зависимости от концентрации дрожжеподобных грибов рода *Candida* и характера сопутствующей микрофлоры выделяют три формы *Candida*-инфекции влагалища: бессимптомное носительство, истинный кандидоз (высокая концентрация грибов сочетается с низкой концентрацией лактобацилл), сочетанная форма бактериального вагиноза с кандидозным вульвовагинитом (грибы вегетируют при подавляющем преобладании облигатных анаэробов).

Такая нозологическая дифференциация целесообразна с точки зрения выбора рациональной этиотропной терапии.

Несмотря на бурное развитие фармакологической индустрии и огромный выбор антимикотических препаратов, проблема лечения кандидозного вульвовагинита не теряет своей актуальности. Учитывая высокую частоту заболевания, длительное течение, а также частое рецидивирование процесса, можно предположить, что, вероятно всего, речь идет о необоснованном подходе к диагностике и лечению данного заболевания. Таким образом, необходимость разработки новых схем терапии кандидозного вульвовагинита с привлечением новых высокоэффективных средств является важной задачей для исключения возможных рецидивов.

Традиционное интравагинальное лечение нередко оказывается нерегулярным и сопряжено с такими побочными действиями, как раздражение и чувство жжения во влагалище, учащенное мочеиспускание. Этими факторами обусловлена плохая приверженность лечению. Учитывая, что беременность является основным предрасполагающим фактором развития кандидозного вульвовагинита, особую проблему представляет его лечение при этом состоянии. Главным требованием в этой ситуации является безопасность лечения. По данным различных авторов, при беременности не установлена необходимость в более продолжительных курсах лечения. Предпочтение следует отдавать местному лечению. С этой точки зрения перспективным направлением в лечении кандидозного вульвовагинита является применение препарата «Гине-зол-7», содержащий активное вещество миконазола нитрат. Миконазола нитрат ингибирует биосинтез эргостерола и изменяет липидный состав мембраны, в результате чего вызывает некроз клеток гриба. Обладает выраженным противогрибковым действием в отношении грибов рода *Candida*, кроме антимикотического действия препарат проявляет антибактериальную активность в отношении микроорганизмов.

Целью настоящего исследования явилось оценить эффективность применения препарата «Гинезол-7» в лечении кандидозного вульвовагинита у беременных женщин. Использован клинический метод обследования с проведением тестов «золотого диагностического стандарта», а также цитологический и бактериологический методы.

Проведено лечение у 137 пациенток во 2-м и 3-м триместрах беременности, наблюдавшихся в родильном доме № 5, женской консультации № 3. В зависимости от метода лечения они были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 65 беременных, которым проводилось комплексное лечение кандидозного вульвовагинита с применением

«Гинезола-7». Применялся «Гинезол-7» в виде вагинальных суппозиторий по 1 на ночь в течение 7 дней. Контрольную группу составили 72 беременные, которые получали традиционное лечение.

По клиническим характеристикам группы были однородными.

Средний возраст беременных составил $24,8 \pm 5,6$ года (17-39 лет), в основном 20-24 года (соответственно в основной и контрольной группах 50,8% и 54,1%) - При обследовании у 35 (53,9%) пациенток основной и у 38 (52,8%) пациенток контрольной групп выявлены экстрагенитальные заболевания, представленные одной клинической формой и более. Экстрагенитальные заболевания у женщин обеих групп встречались практически с одинаковой частотой. Наиболее частыми заболеваниями являлись хронический пиелонефрит (22,2%), анемия (25,8%) и диффузное увеличение щитовидной железы (24,6%). Обострения хронических экстрагенитальных инфекционных процессов во время беременности зарегистрированы у 14 (19,4%) женщин основной группы и у 10 (15,2%) - контрольной группы.

При изучении особенностей течения настоящей беременности установлено, что у 83 (60,6%) пациенток она протекала с различными осложнениями, представленными в таблице. Следует отметить, что у 12 (18,5%) пациенток основной и у 13 (18,1%) пациенток контрольной групп имелось два осложнения беременности и более. Самым частым осложнением являлась угроза прерывания беременности.

Эффект лечения мы оценивали как полный эффект при купировании воспалительного процесса, подтвержденном цитологически (снижение числа нейтрофилов до единичных) и бактериологически; как частичный - при значительном улучшении клинической картины, результатов цитологического исследования и снижении бактериальной обсемененности влагалищного содержимого; отсутствие эффекта констатировали, если воспалительный процесс не купировался и (или) цитограмма мазка и посев вагинального содержимого оставались без изменений.

При лечении кандидозных вагинитов с применением «Гинезола-7» превалируют отличные эффекты над хорошими, эффективность лечения составила 91,9%, а при лечении традиционными методами - 75,6% (рис.).

Полученные данные позволяют заключить, что сроки лечения кандидозного вульвовагинита у беременных с применением интравагинальных свечей «Гинезол-7» сокращаются в 2 раза, снижается частота угрозы прерывания беременности и пролонгируется до срока родов. Это позволяет рекомендовать данный комплексный метод лечения как один из методов, не требующих специального оборудования, простой и доступный в применении, при котором женщина может лечиться в амбулаторных условиях.

Осложнения настоящей беременности

Осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Угроза прерывания беременности	31	47,7	30	41,6
Истмико-цервикальная недостаточность	1	1,5	2	2,8
Нефропатия легкой степени	5	7,7	6	8,3
Нефропатия тяжелой степени	-	-	1	1,4
Многоводие	3	4,6	3	4,2
Маловодие	7	10,8	6	8,3
ФПН	4	6,2	7	10,1
ЗВУР плода	3	4,6	3	4,2

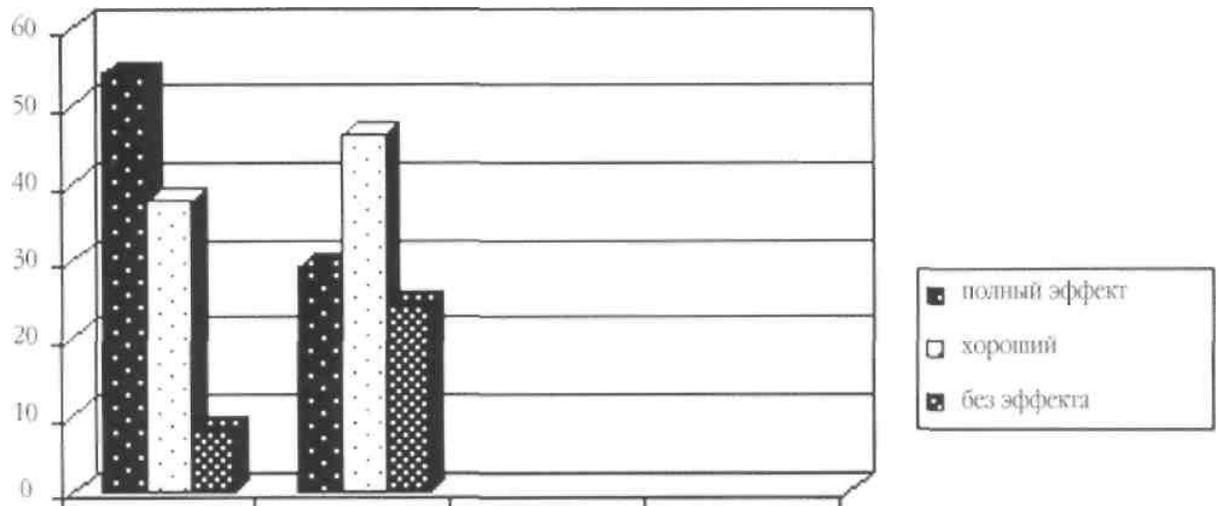


Рис. Эффект лечения кандидозного вульвовагинита.