

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 618.16-022.7, 618.2-06

Н.В. Акудович, А.Ф. Куперт, А.В. Ветохина

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Изучены особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных от женщин с кандидозным вагинитом в зависимости от метода лечения. Проведено лечение 166 беременных женщин с кандидозным вагинитом. Из них 88 женщин получали монотерапию тержинамом и 78 – комплексное лечение, с применением отечественного иммобилизованного пролонгированного фермента – имозимаза.

Выявлено, что осложнения (желтуха, токсическая эритема, пиодермия) у новорожденных от матерей с кандидозным вульвовагинитом после лечения тержинамом встречаются в 66,24 % случаев, что в 3 раза больше, чем у новорожденных от женщин, получавших комплексную терапию (22,03 %). Также при комплексной терапии установлено снижение обсемененности ротовой полости новорожденных грибами рода Candida в 3,5 раза по сравнению с традиционной терапией (41,7 % и 13,1 % соответственно).

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, фермент, беременность

PERINATAL OF OUTCOMES AT CANDIDIASIS VAGINITISES

N.V. Akudovich, A.F. Kupert, A.V. Vetohina

Irkutsk state medical university (Irkutsk)

The features of current early neonatal of the period at newborn from the women with candidiasis vaginitises are investigated depending on a method of treatment. The treatment 166 pregnant women with candidiasis vaginitises is carried out. From them 88 women received monotherapy and 78 - complex treatment, with application domestic immobilized prolonged enzyme - Imosimasum.

Is revealed, that the complications at newborn from the mothers with candidiasis vaginitises after traditional treatment meet in 66,24 % of cases, that in 3 times it is more, than at newborn from the women receiving complex therapy (22,03 %).

Also at complex therapy the decrease infection a mouth by newborn mushrooms of a sort Candida in 3,5 times is established in comparison with traditional therapy (41,7 % and 13,1 % accordingly).

Key words: candida a vulvovaginitis, enzyme, pregnancy

Вульвовагинальный кандидоз по праву называют болезнью цивилизации. Частота его за последние 10 лет удвоилась и составляет 30 - 50 % в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. Возбудителем кандидозного вульвовагинита являются дрожжеподобные грибы рода Candida. Род Candida насчитывает более 200 видов, из них хорошо изучены и описаны 156, однако только 10 штаммов имеют клиническое значение. За последние несколько лет отмечается тенденция к уменьшению роли Candida albicans и возрастанию роли не- albicans (C.parapsilosis, C. glabrata, с. tropicalis, с. kefyr и др.) в возникновении кандидозных вульвовагинитов [4]. По данным Иркутского Областного перинатального

центра вульвовагинальный кандидоз у беременных составляет 33,7 %. При беременности происходит накопление большого количества гликогена в клетках, уменьшение ороговения их, разрыхление слизистой оболочки влагалища, и это, в свою очередь, приводит к проникновению грибов в более глубокие слои слизистой и длительной персистенции патологического процесса, обуславливающее повышение риска возникновения инфекционной патологии у детей в периоде новорожденности [5].

Так, по данным различных авторов, за последние двадцать лет частота кандидоза среди доношенных новорожденных возросла с 1,9 % до 15,6 % [6].

Так, при анализе этиологической структуры сепсиса новорожденных в 25,7 % была доказана генерализация грибковой инфекции, а у 43,5 % детей была выявлена микст-инфекция, где наиболее частым ассоциантом являются грибы рода *Candida*. Более чем у 10 % новорожденных, родившихся от матерей с вульвовагинальным кандидозом на 5-7 сутки жизни в посевах с кожи и слизистых оболочек выявляются грибы рода *Candida*. К концу 2-й недели у этих новорожденных развивается кандидозный стоматит. Клинические проявления врожденного микотического поражения кожи у новорожденного имеют характер везикуло-пустулеза.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей течения раннего неонатального периода в зависимости от метода лечения вульвовагинального кандидоза у беременных.

Учитывая затрудненный доступ применяемых лечебных препаратов к очагу воспаления во влагалище у беременных, нами предложено комплексное лечение с использованием отечественного протеолитического пролонгированного фермента – имозимаза.

Имозимаза – иммобилизованный на растворимом носителе фермент, который обладает широким спектром действия: противовоспалительным, противоотечным, опосредованным и некоторым прямым антибактериальным действием. Действует в очаге воспаления до 5 суток и не обладает раздражающим и аллергическим действием [2,3].

Пролено 166 беременных женщин с вульвовагинальным кандидозом в сроке беременности от 16 до 38 недель. Из них 88 пациенток (группа сравнения) получали лечение интравагинально тержианом; а 78 (основная группа) – лечение тержианом с имозимазой.

Эффективность лечения оценивалась по принятым в нашей клинике критериям: Отличный – купирование воспалительного процесса, подтвержденное цитологически (снижение нейтрофилов до единичных) и бактериологически; хороший – значительное улучшение клинической картины, результатов цитологического исследования и снижение бактериальной обсемененности влагалищного содержимого; отсутствие эффекта – воспалительный процесс не купировался и (или) цитограмма мазка и посев вагинального содержимого оставались без изменений.

Эффективность лечения вагинита у беременных, получавших тержиан (1 группа), составила 74,6 % (по сумме отличных и хороших результатов). При этом хорошие результаты преобладали над отличными в 1,7 раза.

Во 2-й группе беременных, получавших комплексное лечение (тержиан с имозимазой) эффективность лечения составила 93,4 %, с преобладанием отличных результатов над хорошими в 4,9 раза.

Самым частым осложнением течения беременности в обеих группах явилась угроза прерывания беременности. Из них во 2 триместре угроза невынашивания беременности встречается чаще (34,09 %). Увеличение частоты угрозы прерывания беременности во втором триместре обусловлено более частым развитием вульвовагинального кандидоза в этом же сроке беременности (42,3 %).

Анализируя исходы беременности, нами выявлено, что все пациентки после комплексного лечения родоразрешились в срок 38-40 недель, несмотря на наличие частой угрозы прерывания в различные сроки настоящей беременности. У женщин же, получавших монотерапию тержианом, в 10,23 % произошли преждевременные роды.

С целью выявления обсемененности ротовой полости новорожденных грибами рода *Candida* их обследовали в первые сутки жизни. Идентификация вида возбудителя основывалась на определении морфологических типов роста на твердой и жидкой средах Сабуро и биохимической ассимиляции углеводов, модифицированным нами методом «пестрого ряда», с использованием индикаторов (реактив Андрее, 0,1 % бромфеноловый синий).

При обследовании выявлено, что при отсутствии лечения или при лечении рутинными методами кандидозного вульвовагинита у беременных обсемененность ротовой полости новорожденных составляет 77,8 %.

У детей, родившихся от женщин с кандидозным вагинитом и получавших традиционное лечение тержианом этот показатель снижается вдвое, но остается достаточно высоким – 41,7 %. При предлагаемом нами комплексном лечении обсемененность ротовой полости составляет только 13,1 %. Следует отметить, что инфицировались дети в тех случаях, когда не удалось добиться полной эрадикации возбудителя при лечении кандидозного вульвовагинита у беременных. Интересно отметить, что у этих женщин были выявлены грибы рода *Candida* не только во влагалище, но и в прямой кишке. При микробиологическом исследовании из ротовой полости новорожденных в первые сутки после родов установлено 100 %-сопадение вида возбудителя у матери и новорожденного. Чаще всего у новорожденных выявлялись *Candida albicans*, *C. parapsilosis*, реже *C. Glabrata*. Под-

тверждением же внутриутробного инфицирования плодов является обнаружение грибов у детей, родившихся путем операции кесарева сечения. Виды грибов, выделенных у них, были идентичны материнским.

Анкирская А.С и соавт. (1998) описали «синдром инфицированности» плода при различных инфекционных поражениях влагалища. К начальным признакам которого относится бледно-цианотичная окраска кожных покровов, плоская кривая массы тела и вторичное ее падение. Впоследствии у новорожденных развивается затяжная желтуха из-за нарушения экскреторной функции печени и длительное заживление пупочной ранки [1]. Аналогичные проявления были выявлены нами у новорожденных от матерей с вульвовагинальным кандидозом.

При оценке состояния новорожденного использовалась шкала Апгар. Выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) между состояниями новорожденных от матерей, получавших монотерапию и комплексное лечение вульвовагинального кандидоза. На первой минуте оценка составила соответственно 7,46 и 7,77 балла, а на 5-й минуте – 8,44 и 8,98 балла. После традиционной терапии дети рождались чаще в состоянии гипоксии. Снижение оценки у новорожденных от матерей после монотерапии происходило из-за снижения мышечного тонуса, рефлекторной активности и изменением окраски кожных покровов.

Весо-ростовые показатели в момент рождения в обеих группах существенно не отличаются,

но динамика веса имеет характерные черты, что представлено на рис. 1.

Таким образом, у новорожденных от матерей получавших лечение тержинамом выявляется значительное падение веса в первые сутки после родов, продолжающееся до 4 суток. Восстанавливается вес лишь на 6-7 сутки. У новорожденных же основной группы не выявлено резкого падения массы тела. Исходная масса тела восстанавливается к 4 суткам.

Заживление и отпадение пуповинного остатка у новорожденных от женщин с нормобиоценозом и после комплексного лечения вульвовагинального кандидоза происходит приблизительно в одно и тоже время (на 3,72 и 3,64 сутки). У новорожденных же от женщин после монотерапии процесс регенерации несколько замедляется, и пуповинный отросток отпадает на 4,05 сутки.

При изучении течения раннего неонатального периода было выявлено, что осложнения у новорожденных от матерей с кандидозным вульвовагинитом, после лечения тержинамом встречаются в 66,24 % случаев, что в 3 раза больше, чем у новорожденных от женщин, получавших комплексную терапию (22,03 %) (рис.2).

Так, желтуха при монотерапии встречается в 4,5 раза чаще, токсическая эритема – в 8 раз чаще, пиодермия – в 2 раз чаще.



Рис. 1. Динамика веса новорожденных в раннем неонатальном периоде.

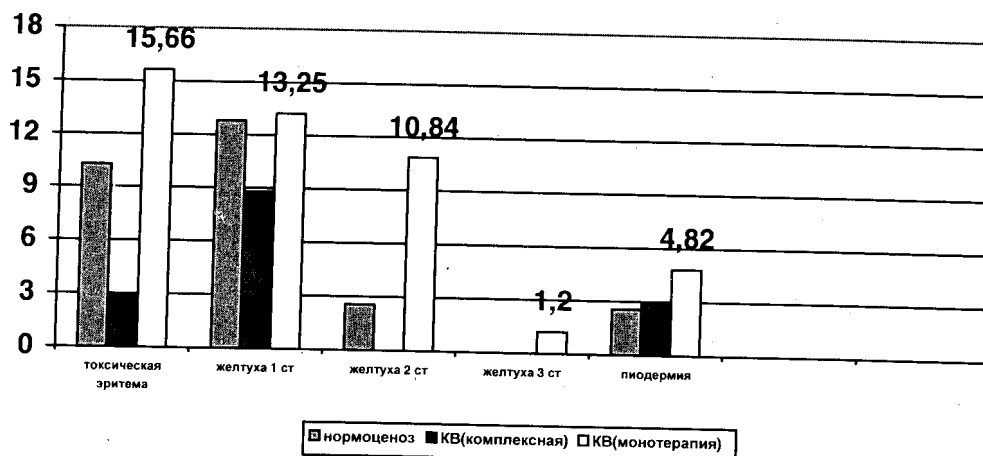


Рис. 2. Особенности течения раннего неонатального периода (%).

Таким образом, результатом предложенного нами комплексного лечения вульвовагинального кандидоза у беременных с применением отечественного иммобилизованного протеолитического фермента имозимаза (Imosimasum) явилось снижение частоты осложнений раннего неонатального периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский Медицинский Журнал. – 1998. – Т.6. – №5. – С. 276 – 282.
2. Коган А.С., Салганик Р.И., и др.// Иммобилизованные протеолитические ферменты и раневой процесс. – Новосибирск. – 1983. – 264 с.
3. Кравчук Л.А. Лечение вагинитов у беременных – один из принципов профилактики эндометритов после родов.//Автореф. дис...канд. мед. наук. – Иркутск. – 2000. – 21с.
4. Кисина В.И., Степанова Ж.В., Мирзабекова М.А. Особенности клинической картины вульвовагинального кандидоза в зависимости от вида грибов рода Candida и эффективность лечения флуконазолом // Гинекология. – 2000. – Т.2. – №6. – С. 193 – 195.
5. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Вагинальный кандидоз.// Под ред. проф. Прилепской В.Н. - 1997. – 40с.
6. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н., Корнюшин М.А. Кандидоз новорожденных и детей раннего возраста. Дифлюкан в лечении и профилактике кандидоза. // М., 1996. – 137 с.

УДК 618.3

Е.В. Апарцина, Н.В. Протопопова, Б. Наранцэцэг

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЮНЫХ

Иркутский государственный медицинский университет. Женская консультация поликлиники №6 г. Иркутска (Иркутск)

Целью работы была проверка гипотезы о существовании выраженных различий в течении беременности и родов у юных по сравнению с женщинами благоприятного репродуктивного возраста. Пациентки и методы. В исследование включены 408 беременных, разделенных на возрастные группы – юные (n=132), в том числе несовершеннолетние (n=36) и совершеннолетние (n=96), и беременные в благоприятном репродуктивном возрасте (n=276). Проведен сравнительный анализ социальной характеристики, данных анамнеза, антропометрических показателей, вредных привычек, осложнений беременности, а также характеристик плода, родов и осложнений, раннего послеродового периода. Всего проанализировано 80 параметров.