

Н.В. Попова, А.Ф. Куперт, Р.В. Киборт, Т.А. Платонова, Л.С. Филатова

ВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Обследовано 284 женщины гинекологического отделения областной клинической больницы города Иркутска. Кандидозная инфекция влагалища выявлена у 63 пациенток (22,2 %). Изучена структура возбудителей кандидозного вагинита. Выявлено уменьшение роли грибов рода *Candida albicans* в этиологии кандидозных вагинитов и увеличение роли грибов *non-albicans*. Изучена чувствительность различных видов грибов к антимикотическим препаратам.

Ключевые слова: кандидозный вагинит, структура, чувствительность

VAGINAL CANDIDIASIS IN PATIENTS' OF GYNECOLOGIC DEPARTMENT

N.V. Popova, A.F. Kupert, R.V. Kibort, T.A. Platonova, L.S. Filatova

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

284 women were examined in gynecologic department of regional clinical hospital of Irkutsk. Vaginal candidiasis was detected at 63 patients (22,2 %). The structure of pathogens of vaginal candidiasis was studied. The reduction of role of *Candida albicans* and the increase of role of *Candida non-albicans* was detected in etiology of vaginal candidiasis. The sensitivity of various species of fungus *Candida* to fungistatic preparations was studied.

Key words: vaginal candidiasis, structure, sensitivity

Кандидозная инфекция гениталий является актуальной проблемой современной гинекологии. Частота выявления вагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста в последние годы возрастает и составляет 26–36 % [6]. Известно, что у 75 % женщин на протяжении жизни регистрируется, по меньшей мере, один эпизод данного заболевания [4, 8].

В настоящее время, несмотря на множество предложенных схем лечения вульвовагинального кандидоза, эффективность их недостаточно высока. Так, практически у каждой четвертой женщины возникают рецидивы через 1–3 месяца после завершения курса лечения, а у 5 % кандидозная инфекция приобретает рецидивирующий характер течения [4].

Также установлено, что одной из причин такого частого рецидивирования является снижение чувствительности грибов к антимикотическим препаратам [3, 5].

В настоящее время известно около 190 видов грибов рода *Candida*. По данным ряда авторов, клинически значимыми являются *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* [2, 3, 6, 7]. Данные по видовому составу грибов рода *Candida*, вызывающих вагинальный кандидоз, разноречивы и, как правило, не учитываются при постановке диагноза и назначении лечения в практической деятельности врача.

МЕТОДИКА

Нами проведено клинико-микробиологическое обследование 284 пациенток в возрасте от 17 до 65 лет, поступивших в отделение оперативной гинекологии областной клинической больницы г. Иркутска за период 01.01.2003–01.01.2004 г.

Кандидозная инфекция влагалища выявлена у 63 пациенток (22,2 %). Диагноз во всех случаях подтвержден цитологическим и культуральными методами исследования (приказ Министерства здравоохранения СССР № 535 от 22 апреля 1985 г.).

Видовую принадлежность выделенных штаммов грибов рода *Candida* определяли на основании результатов исследования морфологических особенностей дрожжевых клеток, культуральных характеристик на питательных средах и биохимической активности (ферментации) методом «пестрого ряда». Согласно методическим рекомендациям по лабораторной диагностике кандидозов от марта 1994 г., для определения ферментативной активности грибов используется реактив Андреде. Для типирования были использованы 2% растворы пяти углеводов (глюкоза, галактоза, мальтоза, лактоза, сахароза). Видовая принадлежность оценивалась по измененной окраске опытного раствора в сравнении с контролем.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Видовой состав грибов рода *Candida* у обследованных нами 284 женщин представлен на рисунке 1.

Как следует из рисунка, выявлено уменьшение роли *C. albicans* (42,8 %) в развитии кандидозных вагинитов женщин репродуктивного возраста и увеличение роли грибов *non-albicans* за счет ранее редко выявляемых форм: *C. kefyr (pseudotropicalis)* (20,6 %), *C. brumptii* (7,9 %), *C. intermedia* (7,9 %), *C. parapsilosis* (6,4 %).

Следует особо отметить, что среди грибов вида *C. albicans*, по нашим данным, в 20,6 % (13

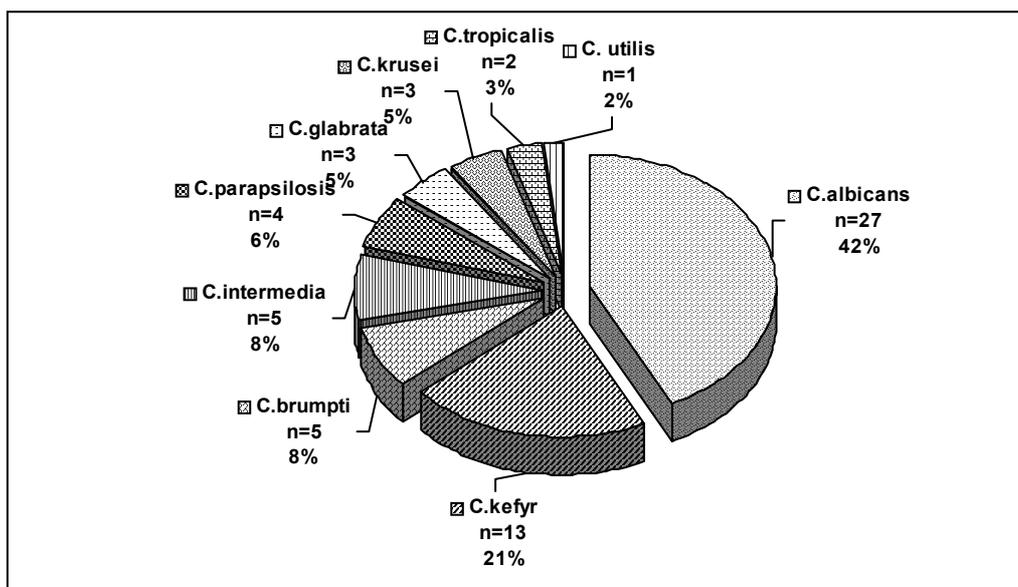


Рис. 1. Видовой состав грибов рода *Candida*.



Рис. 2. Структура вагинального кандидоза.

культур) выявляется *C. Stellatoidea*, поскольку этот вид грибов в настоящее время относится к виду *C. albicans*.

Согласно современным представлениям, выделяют 3 формы кандидозной инфекции влагалища [1, 3, 6]:

1. Бессимптомное кандидоносительство — отсутствие клинических проявлений заболевания, при микроскопии вагинального отделяемого лейкоциты выявляются в единичном количестве; грибы рода *Candida* выделяются в низком титре (< lg 4 КОЕ/мл), лактобациллы доминируют в составе микробных ассоциантов вагинального микробиоценоза. Выявляется в 13,7 % случаев.

2. Истинный кандидоз — грибы выступают в роли моновозбудителя, выделяются в титре более

lg 4 КОЕ/мл, лактобациллы — в титре более lg 6 КОЕ/мл. Наряду с этим имеются клинические признаки вагинального кандидоза, при микроскопии вагинального отделяемого лейкоциты определяются в количестве больше 10 в поле зрения. Выявляется в 68 % случаев.

3. Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза — дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях как возбудители заболевания. При этом отмечается массивное количество (больше lg 9 КОЕ/мл) облигатно анаэробных бактерий и гарднерелл и резкое снижение концентрации или отсутствие лактобацилл. Выявляется в 18,3 % случаев.

Подробные микробиологические критерии оценки вагинального микробиоценоза при обна-

ружении грибов рода *Candida* представлены в исследовании А.С. Анкирской и В.В. Муравьевой (2001) [1].

Структура вульвовагинального кандидоза у обследованных нами женщин представлена на рисунке 2.

Как следует из представленного рисунка, истинный кандидоз встречается в половине случаев и также достаточно высока частота кандидоносительства (23,8 %), в отличие от данных А.С. Анкирской и В.В. Муравьевой, выявивших эти виды кандидозного поражения в 68 % и 13,7 % соответственно.

При изучении клинической картины вульвовагинального кандидоза нами использовалась 5-балльная шкала оценки выраженности каждого симптома заболевания, принятая в нашей клинике (Н.В. Акудович). 1 балл — отсутствие симптома, 2 — слабо выраженный симптом, 3 — умеренно выраженный, 4 — выраженный, 5 — ярко выраженный. По консистенции выделения из влагалища оценивались как гнойные, творожистые, молочные и слизистые.

Нами выявлено различие в характере жалоб и клинической симптоматике обследованных пациенток в зависимости от вида грибов рода *Candida*.

Так, наиболее выраженная клиническая картина по сумме баллов с преобладанием творожисто-гнойных выделений выявляется при инфицировании грибами вида *albicans* (27 баллов). При поражении *C. glabrata* выраженность клинической картины составило 17 баллов, с преобладанием молочных выделений. Следует отметить, что при вагинитах, вызванных другими видами грибов рода *Candida* выраженность клинической картины составляет от 6 до 9 баллов с преобладанием молочных выделений. Интересно отметить, что при поражении грибами *C. parapsilosis* выявляется лишь два симптома: отек слизистой влагалища и умеренные молочные выделения (2 балла).

Установленная зависимость клинических проявлений вульвовагинального кандидоза от вида грибов рода *Candida* позволяет проводить дифференцированную специфическую терапию в зависимости от чувствительности выявленного вида грибов.

При изучении чувствительности грибов рода *Candida* к 3-м основным группам антимикотических препаратов выявлена высокая чувствительность грибов рода *Candida* к амфотерицину (91, 2 %), к флуконазолу (60,3 %), нистатину (66,2 %), клотримазолу (42,6 %). Известно, что нистатин и амфотерицин относятся к полиеновой группе антимикотических препаратов. Однако, амфотерицин не нашел широкого приме-

нения в практической медицине в связи с высокой токсичностью. Флуконазол относится к препаратам триазолового ряда, клотримазол — имидазолового.

При изучении же чувствительности различных видов грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам выявлено, что *C. albicans* наиболее чувствительна к флуконазолу (83,3 %) и амфотерицину (100 %). Интересно отметить, что *C. intermedia* чувствительна ко всем препаратам в 100 % случаях, а *C. Krusei* наоборот, устойчива к ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами выявлено уменьшение роли *C. albicans* и повышение роли грибов *non-albicans* в этиологии вульвовагинального кандидоза у пациенток отделения оперативной гинекологии и установлены различия в чувствительности различных видов грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Опыт микробиологической диагностики оппортунистических инфекций влагалища / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2001. — Т. 3, № 2. — С. 190 — 194.
2. Байрамова Г.Р. Кандидозная инфекция. Полиеновые антибиотики в лечении вагинального кандидоза / Г.Р. Байрамова // Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 6. — С. 212 — 214.
3. Кисина В.И. Зависимость клинической картины кандидозного вагинита от видового состава грибов рода *Candida* и эффект флуконазола / В.И. Кисина, Ж.В. Степанова // Гинекология. — 2000. — Т. 2, № 6. — С. 228 — 220.
4. Кисина В.И. Первичный и рецидивирующий кандидозный вульвовагинит: патогенез, терапия и профилактика / В.И. Кисина // Гинекология. — 2003. — Т. 5, № 5. — С. 185 — 187.
5. Минкина Г.Н. Лечение острого кандидозного вульвовагинита / Г.Н. Минкина // Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 6. — С. 208 — 209.
6. Прилепская В.Н. Клиника, диагностика и лечение вульвовагинального кандидоза / В.Н. Прилепская // Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 6. — С. 201 — 205.
7. Тихомиров А.Л. Современное лечение кандидозного вульвовагинита / А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // Рус. мед. журн. — 2001. — Т. 9, № 6. — С. 227 — 231.
8. Тищенко А.Л. Новый подход к лечению рецидивирующего урогенитального кандидоза / А.Л. Тищенко // Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 6. — С. 210 — 212.