

ORGANO-PRESERVING OPERATIONS IN MYOMA OF UTERUS

M.A. Sharifulin, N. V. Burdukova, V.A. Lapa, O. V. Nadiradze, E. V. Gumerova

(Sub-Faculty of Obstetrics and Gynecology of ISMU, Irkutsk State Regional Hospital)

There has been conducted the analysis of surgical treatment of 101 patients with uterus myoma after organo-preserving operations. The early diagnosis and well-timed surgical treatment give opportunity to avoid fulfillment of radical operations. The en-doscopic method is a method of choice for carrying out functional operations.

© КУПЕРТ А.Ф., АКУДОВИЧ Н.В. -

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

А.Ф. Куперт, Н.В. Акудович

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ,
зав. проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Изучена распространенность и структура вагинального кандидоза при обследовании 398 беременных. Выявлены основные 9 видов грибов рода *Candida* - возбудителей вульвовагинального кандидоза у беременных. Изучены особенности клинического течения и лечения вульвовагинального кандидоза в зависимости от вида возбудителя.

Ключевые слова. Вагинальный кандидоз, структура, клиника, лечение.

Вагинальный кандидоз по праву считается «болезнью цивилизации» и занимает 75 % в структуре всех форм кандидоза. Высокая частота вульвовагинального кандидоза при беременности (19,9-50,8 %) обусловлена изменением гормонального баланса. Несмотря на наличие большого количества антимикотических средств, эффективность лечения ими недостаточна (70-80 %), за исключением дифлюкана (92-96 %), который при беременности не рекомендуется.

Исходя из всего вышесказанного, нами изучена распространенность, структура вульвовагинального кандидоза при беременности, а также особенности клинической картины и эффективности лечения кандидозного вагинита в зависимости от вида возбудителя. Обследовано 398 беременных женщин в сроке от 16 до 38 недель. Установлено, что самой распространенной формой влагалищной инфекции среди обследованных больных оказался вагинальный кандидоз 141 (35,43 %). Особо следует отметить, что смешанные кандидозные вагиниты в нашем исследовании обнаружены у 53 (37,59 %) больных. Для определения видовой принадлежности грибов рода *Candida* нами использовался метод «пестрого ряда». При этом нами выделены 9 видов грибов-возбудителей кандидозного вагинита у беременных. По нашим данным отмечено снижение роли *Candida albicans* (52, 01 %) и возрастание роли *C. glabrata* (12,42 %), *C. parapsilosis* (7,04 %), *C. tropicalis* (4,7 %) в этиологии кандидозных вагинитов у беременных женщин. Микст — инфекция (сочетание двух и более видов грибов рода *Candida*) регистрировалась у 42 (14,09 %) больных. Впервые подробно изучены и детализированы субъективные и объективные клинические проявления кандидозного вагинита у больных во II и III триместрах беременности в зависимости от вида грибов рода *Candida*. Клиническую картину описывали на основании предложенной нами 5-ти балльной шкалы оценки выраженности симптомов. При изучении клинической картины кандидозных вагинитов были установлены различия в зависимости от вида

возбудителя. Наиболее выраженная клиническая картина по сумме баллов, с превалированием творожистых выделений и частым отсутствием чувства жжения выявлена у беременных при инфицировании грибами вида *Candida albicans* (20,66т). При поражении же *C. glabrata* выраженность клинической картины составляет 15м баллов, с преобладанием молочных выделений и отсутствием выраженного зуда. Для *C. guilliermondii* (9,65 м) характерны выраженные зуд и жжение во влагалище и в области наружных половых органов. Следует особо отметить, что при вагините, вызванном *C. parapsilosis* (7,04 %) практически отсутствуют клинические проявления (2,83 с). При этом имеется единственный симптом — диспареуния (болезненность при половом контакте и введении влагалищных зеркал). При беременности происходит разрыхление слизистой оболочки влагалища и уменьшение ороговения поверхностных клеток, что способствует проникновению грибов в более глубокие слои слизистой и затруднению проникновения применяемых местно лечебных препаратов в очаги деструкции. Исходя из этого, предложен новый метод лечения. Многокомпонентный препарат тержинан применяли совместно с протеолитическим иммобилизованным пролонгированным ферментом — *имозимазой*, для улучшения доставки препарата к возбудителю в глубокие слои слизистой.

Нами отмечена высокая эффективность (93,42%) комплексного лечения по сумме отличных (80,26 %) и хороших (13,16 %) результатов, с преобладанием отличных в 6,1 раза. Следует особо отметить, что у 5 (6,58 %) больных, несмотря на то, что нам не удалось добиться микробиологического эффекта, мы достигли выраженного клинического эффекта (исчезновение жалоб, выделений, гиперемии слизистой). Традиционный способ лечения тержианом оказался менее эффективным (77,27 %), что на 16,15 % ниже, чем при комплексной терапии. При данном методе лечения у 20 (22,73%) больных не удалось добиться ни клинического, ни микробиологического эффектов. Нами

замечено, что эффективность монотерапии тержинаном при наиболее часто встречающихся видах грибов *C.albicans*, *C.glabrata* значительно ниже, чем при комплексной терапии с использованием имозимазы (57,8 % и 91,2 % соответственно). В то же время эффективность комплексной терапии при редко встречающихся видах возбудителей (*C.parapsilosis*, *C.guillirmondii*, *C.tropicalis*) достигает почти 100% и менее выражена при монотерапии (66,7 %, 66,7 % и 33,3 % соответственно). После комплексного лечения тержинаном и имозимазой лактобактерии в цитограммах вагинальных мазков при бактериологическом исследовании были обнаружены у 74 (97,37 %) больных, что в 2 раза чаще, чем после монотерапии (45,45 %), а микробное

число их достигало 4 — 6 lg КОЕ/мл. Таким образом, у этих женщин отпала необходимость во втором этапе лечения (курс эубиотиков), за счет чего длительность лечения сокращена была вдвое. Рецидивы заболевания на протяжении данной беременности при монотерапии тержинаном возникли у каждой третьей (32,96 %) больной, что более чем в 3 раза чаще, чем после комплексной терапии (9,21 %).

Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что разработанный нами метод с применением имозимазы является оптимальным, высокоэффективным (93,48 %) и доступным для лечения, как в условиях женских консультаций, так и акушерско-гинекологических стационаров.

VULVOVAGINAL CANDIDIASIS AND PREGNANCY

A.F. Kupert, N. V. Akudovich

(The Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty ISMU)

There have been studied spreading and structure of vaginal candidiasis in examination of 398 prepnant women. The main 9 kinds of fungus *Candida* — the agent of vulvovaginal candidiasis in prepnant women, have been revealed. The features of clinical course and treatment of vulvovaginal candidiasis depending on a type of agent have been studied as well.

© ГАВРИЛОВА О.В., ЧЕТВЕРИКОВА Т.Д., ВАСИЛЬЕВА Л.С. -

ЭРИТРОЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ АРАБИНОГАЛАКТАНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

О. В. Гаврилова, Т.Д. Четверикова, Л.С. Васильева

(Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии человека ИГМУ, зав. — проф. Л.С. Васильева, кафедра патофизиологии, зав. — доц. Т.Д. Четверикова).

Резюме. Выявлено антиоксидантное действие арабиногалактана при экспериментальной гемолитической анемии, вызванной фенолгидразином.

Ключевые слова. Гемолитическая анемия, арабиногалактан.

В последние годы одним из приоритетных направлений в поиске новых методов лечения является использование препаратов, изготовленных из растительного сырья. Совсем недавно предметом исследований стала биологическая активность природного полисахарида — арабиногалактана, получаемого из листьев сибирской. К настоящему времени известно, что арабиногалактан обладает рядом таких свойств как низкая токсичность, хорошая растворимость, иммуномодулирующая и антиоксидантная активность. Целью работы явилось изучение красной крови и активности перекисного окисления липидов при экспериментальной гемолитической анемии и введении арабиногалактана в условиях этой анемии.

Опыты выполнены на 54 беспородных белых крысах-самцах массой 180—200 гр. Шесть из них оставались интактными, у остальных вызывали токсическую гемолитическую анемию путем введения солянокислого фенолгидразина в дозе 3 мг/100 гр. массы тела в/м в течение двух дней (Т.Е.Белокриницкая и др., 1992). Половине из них через 6 часов после, фенолгидразина и затем ежедневно в течение четырех дней инъецировался раствор арабиногалактана в дозе 200 мг/кг массы. В момент наступления пика анемии, а также через 1, 3, 5 суток после него производили подсчет эритроцитов в камере с сеткой Горяева, подсчет

ретикулоцитов на мазках крови по методу Г.А. Алексеева (И.А. Кассирский, Г.А. Алексеев, 1970). Определяли максимальную осмотическую резистентность эритроцитов микроскопическим методом А.А. Яновского (В.Е. Предтеченский, 1960), а также концентрацию продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) — гидроперекисей (ГПЛ) и малонового диальдегида (МДА). Полученные результаты обработаны стандартными статистическими методами.

Пик анемии развился на пятые сутки после введения фенолгидразина, при этом количество эритроцитов снизилось на 40% ($P<0,001$), осмотическая резистентность — на 78% ($P<0,01$) от исходного уровня, ретикулоцитарный индекс возрос почти в 8 раз. При этом в крови на 26% возрос уровень продуктов ПОЛ, концентрация ГПЛ — в 1,5 раза увеличилась, а МДА — в 1,6 уменьшилась ($P<0,05$). В первые трое суток в отношении красной крови положительной динамики не наблюдалось, но активность ПОЛ снизилась. Через 5 суток после пика анемии произошло восстановление количественных показателей красной крови, хотя осмотическая резистентность эритроцитов осталась низкой, составляя 12% от нормальной величины ($P<0,01$). Следует отметить, что вновь повысились активность ПОЛ и концентрация ГПЛ на фоне снижения уровня МДА. При исследовании мазков крови