

УДК 612.014.464:618.1+616.992

**ВЫБОР МЕТОДА ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ****Т.В. Котова, Р. Чандра-Д`Мелло,**

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Котова Татьяна Владимировна – e-mail: kotovamma@gmail.com

Было обследовано 70 больных, страдающих рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом. В лечении 30 из них (I группа) применялся метод вагинальных инсуффляций озонокислородной смеси, 20 пациенток II группы использовали влагалищные инстиллязии озонированной дистиллированной воды, 20 больных III группы (сравнения) получали традиционное лечение. Выяснилось, что влагалищные инстиллязии озонированной дистиллированной воды были наиболее эффективны, вызывая рост лизоцима в вагинальном секрете, увеличение уровня sIgA, уменьшение IgG, нормализацию бактериоскопической картины влагалищного мазка.

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, озонотерапия, местный иммунитет.

There were examined 70 patients with recurrent genital candidosis. The treatment of 30 of them (I group) included the method of vaginal insufflation of ozone-oxygen mixture, 20 patients of the II group used vaginal instillations with ozone distilled water, 20 patients of the III group (experimental) got traditional treatment. It was stated that the most effective were vaginal instillations with ozone distilled water, because they caused the increase of lysozyme in vaginal secretion, increase of sIgA level, decrease of IgG, normalization of the bacterioscopic picture of vaginal smear.

Key words: candidal vulvovaginitis, ozone therapy, local immunity

Введение

Генитальный кандидоз относится к числу наиболее распространенных заболеваний и составляет 24–36% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий, причем частота его выявления за последние десятилетия возросла в два раза [1]. Генитальный кандидоз встречается у 75% женщин детородного возраста, при этом у 5% пациенток с первичным эпизодом генитального кандидоза в последующем наблюдаются рецидивы, сопровождающиеся значительными психосексуальными нарушениями и снижением качества жизни [2]. Генитальный кандидоз на современном этапе отличается полиэтиологичностью, торпидностью течения, хронизацией с частыми рецидивами. Некоторые виды грибов рода *Candida*, вызывающего генитальный кандидоз, рефрактерны к имеющимся терапевтическим средствам, что приводит к длительному течению заболевания и устойчивости к проводимой терапии [3].

Таким образом, проблема генитального кандидоза остается весьма актуальной и объясняет интерес клиницистов к поиску новых эффективных методов его лечения и профилактики рецидивов, в т.ч. с использованием озонотерапии [4, 5].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности различных вариантов озонотерапии в коррекции проявлений рецидивирующего кандидозного вульвовагинита.

Материал и методы

Было обследовано 70 больных, страдающих рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом (с обострениями воспалительного процесса от 2 до 5 раз в год). Наиболее частыми жалобами больных являлись: дискомфорт, жжение во влагалище, диспареуния, творожистые выделения из половых путей. Диагноз был верифицирован при помощи бактериоскопического и бактериологического исследований.

В лечении 30 женщин (I группа) применялся метод вагинальных инсуффляций озонокислородной смеси с использованием аппарата «Medozons-VM» и специального устройства на основе зеркала по Куско. Орошение озонокислородной смесью с концентрацией озона 5000 мкг/л проводилось в течение 5 минут после предварительного увлажнения слизистой стерильной дистиллированной водой, количество процедур колебалось от 5 до 7 в зависимости от клинического эффекта.

20 пациенток II группы использовали влагалищные инстиллязии озонированной дистиллированной воды, полученной с использованием насыщающей концентрации озона в озон-кислородной смеси на выходе из озонатора 5000 мкг/л и вводимой во влагалище в объеме 800 мл капельно, близко к струйному.

20 больных III группы (сравнения) получали полноценное традиционное лечение с применением антимикотических препаратов с последующим назначением эубиотиков.

В I группе средний возраст больных составил $27,2 \pm 1,9$, во II – $28,1 \pm 2,0$, в III – $26,9 \pm 1,5$ лет. Достоверных отличий между группами по характеру жалоб, особенностям анамнеза, менструальной, репродуктивной функциям, экстрагенитальной патологии и другим сравниваемым показателям выявлено не было.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, общепринятое лабораторное обследование. Всем пациенткам проводилось бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала. Для оценки состояния местного иммунитета влагалища изучалось содержание лизоцима, уровня IgG, sIgA, ИЛ-6 в цервикальной слизи.

Лизоцимную активность вагинального секрета определяли нефелометрическим методом на аппарате «СФЭК-56», единицы измерения – %. Содержание иммуноглобулинов класса G и A в вагинальном секрете определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаре по Манчини, единицы измерения – г/л.

В каждой клинической группе для оценки показателей составлялись вариационные ряды с последующей их обработкой программой Microsoft Excel 2002, при этом определялась средняя арифметическая выборки M , среднее квадратичное отклонение σ , ошибка репрезентативности $m = \sigma/\sqrt{n}$, где n – число объектов при выборке. Оценка достоверности результатов проводилась с применением критерия Стьюдента. За достоверность различий изучаемых параметров принимали $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследований установлено, что после озонотерапии как в I, так и во II группе был отмечен хороший клинический эффект, что проявлялось в снижении интенсивности основных жалоб, значимых отличий по критерию непосредственной эффективности не было и в III группе.

ТАБЛИЦА.

Влияние озонотерапии и традиционного лечения на некоторые показатели местного иммунитета влагалища у больных рецидивирующим генитальным кандидозом

Показатель	I группа (n=30)		II группа (n=20)		III группа (n=20)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лизоцим, %	$31,5 \pm 2,6$	$39,4 \pm 1,3^*$	$30,2 \pm 3,3$	$48,7 \pm 2,4^*$	$29,4 \pm 1,1$	$26,0 \pm 2,2$
IgA, г/л	$0,016 \pm 0,001$	$0,023 \pm 0,003^*$	$0,017 \pm 0,003$	$0,031 \pm 0,002^*$	$0,014 \pm 0,005$	$0,015 \pm 0,001$
IgG, г/л	$0,088 \pm 0,002$	$0,074 \pm 0,004^*$	$0,094 \pm 0,006$	$0,051 \pm 0,002^*$	$0,079 \pm 0,005$	$0,084 \pm 0,003$
ИЛ-6, нг/мл	$188,1 \pm 9,6$	$163,2 \pm 4,4^*$	$195,3 \pm 4,8$	$92,3 \pm 5,4^*$	$199,3 \pm 7,6$	$197,8 \pm 10,6$

Примечание: * - достоверность различий ($p < 0,05$) показателя по отношению к исходному.

Выяснилось, что наряду с положительным клиническим эффектом в I и во II группе наблюдается улучшение показателей местного иммунитета влагалища (таблица), соответственно, рост лизоцима в вагинальном секрете на 25% и 61% ($p < 0,05$), достоверное увеличение уровня sIgA на 53,3% и 93,7% ($p < 0,05$). В группе сравнения тенденции были иными: лизоцимная активность снизилась на 10%, содержание sIgA достоверно не изменилось.

Динамика уровня IgG была следующей – в I и во II группе было отмечено уменьшение данного показателя на 15,9% и 45,7%, соответственно ($p < 0,05$ в обоих случаях), в группе сравнения достоверных изменений не произошло. Аналогично, только при условии проведения озонотерапии, достигалось снижение содержания ИЛ-6 на 13,2% в I группе и на 52,8% во II группе ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Результаты сравнительного анализа данных бактериоскопического исследования до и после лечения показали, что озонотерапия как в виде инфузий озонотоксической смеси, так и в виде инстилляций озонированной дистиллированной воды в сочетании с антимикотическими препаратами, обладает способностью нормализовать картину влагалищного мазка. Бактериологическое исследование подтвердило данный вывод – колонизация эпителия влагалища лактобактериями возросла в I группе с уровня $1,1 \pm 0,3 \cdot 10^4$ до $1,6 \pm 0,5 \cdot 10^6$ КОЕ/мл, во II группе с уровня $1,8 \pm 0,4 \cdot 10^4$ до $1,6 \pm 0,5 \cdot 10^7$ КОЕ/мл, что говорит о смене видового состава микрофлоры влагалища на микроаэрофильные бактерии, свойственные нормоценозу, особенно при условии применения озонированной дистиллированной воды интравагинально. В группе сравнения процентное содержание лактобактерий имело тенденцию к увеличению только после проведения курса лечения эубиотиками.

Значимость коррекции местных иммунных факторов очевидна. Литературные источники подтверждают чувствительность иммунитета влагалища по отношению к озону [6]. Выявлена, в частности, нормализация на фоне озонотерапии уровня провоспалительных цитокинов в цервикальной слизи, что расценивается как предпосылка стойкого клинического эффекта [7]. Наши наблюдения полностью подтверждают данные выводы – контроль за пациентками в течение года после проведенного лечения показал (рис.), что вероятность рецидивов заболевания оказалась наиболее низкой во II группе, составив лишь 20%, в то время как в I она оказалась на уровне 40%. Данные различия, по-видимому, связаны с более длительным контактом носителя озона с эпителием влагалища и наличием у влагалищных инстилляций озонированной воды системного эффекта [3, 4].

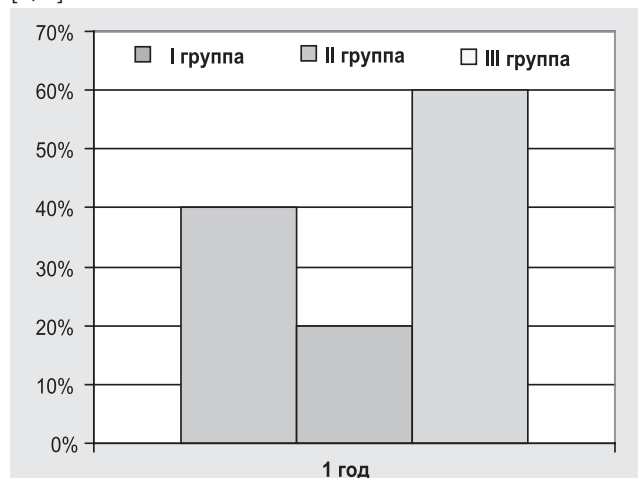


РИС.
Частота рецидивов кандидозного вульвовагинита после различных вариантов терапии.

Наименее стойким был эффект традиционного лечения – в III группе рецидивы заболевания были отмечены у 60% женщин.

Заключение

Оба вида озонотерапии могут использоваться в лечении рецидивирующего кандидозного вульвовагинита, при этом влагалищные инстилляции озонированной дистиллированной воды оказывают более выраженное нормализующее влияние на параметры местного иммунитета, чем вагинальные инсуффляции озонокислородной смеси, эффект от их использования является более стойким. Вместе с тем оба вида озонотерапии имеют явные преимущества перед традиционным лечением. Очевидна необходимость дальнейшего научного поиска в направлении улучшения долговременных результатов лечения, возможно за счет комбинирования озонотерапии с другими методиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буданов П.В. Современные подходы к лечению и профилактике генитального кандидоза. Гинекология. 2007. Т. 9. № 2. С. 21-30.
2. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Рациональная терапия кандидозного вульвовагинита. Трудный пациент. 2007. № 9. С. 15-22.
3. Качалина Т.С., Гречканев Г.О., Никишов Н.Н. и др. Озоновые технологии в акушерстве и гинекологии. Н. Новгород. 2007. 292 с.
4. Никишов Н.Н., Гречканев Г.О., Чандра Д`Мелло Р., Половинкина Е.О. Лечение хронических воспалительных заболеваний придатков матки с использованием медицинского озона. Ремедиум Приволжье. 2006. Спец. выпуск (XI). С. 77–78.
5. Джиджихия Л.К., Бойко Е.Л., Сотникова Н.Ю. и др. Озон в лечении женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне внутриматочной контрацепции. Материалы IV Всеросс. науч.-прак. конф. «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н. Новгород. 2000. С. 104-105.
6. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Цахилова С.Г. и др. Динамическо-санационная лапароскопия с использованием озонотерапии в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки. Материалы семинара «Новые технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии». М. 2002. С. 214.
7. Шмакова И.П. Современные направления комплексного применения озон- и физиотерапии. Озон в биологии и медицине: Матер. II украинско-русской науч.-прак. конф. Одесса. 2004. С. 52.

