

Как видно из таблицы 3, тенденция к достоверно повышенному содержанию γ -ГТП сохранена во всех основных группах, тогда как ЩФ достоверно повышена только в Ia, Ib подгруппах и II группе. Однако увеличение активности ЩФ может быть обусловлено не только холестазом, но и тем, что ее продуцирует плацента даже при нормальной беременности, а рост ее отмечается при плацентарной недостаточности.

Таким образом, синдром внутripеченочного холестаза у беременных – нередко наблюдающаяся патология беременности, основным клиническим проявлением которой является кожный зуд. При обращении женщин с данной жалобой необходимо обязательное биохимическое исследование параметров холестатического и цитолитического синдромов.

Литература:

1. Герман, С.В. Особенности патогенеза, клиники и лечения кожного зуда при синдроме холестаза / С.В. Герман// РЖГГК. – 2005. - № 1. – С. 26-32.
2. Ковалева, Н.Б. Внутripеченочный холестаз беременных /Н.Б. Ковалева, И.Х. Байрамова// РЖГГК. – 2006. - № 3. – С. 36-39.
3. Негода, В.В. К вопросу о синдроме внутripеченочного холестаза у беременных. / В.В. Негода, З.С. Скворцов, В.В. Скворцов // Леч.врач. – 2003. - №6. – С. 58-61.
4. Heinonen, S. Pregnancy outcome with intrahepatic cholestasis / S. Heinonen, P. Kirkinen // Obstetrics and gynecology. – 1999. –Vol. 94. -№ 2. – P. 189-193.
5. Jenkins, J.K. Treatment of itching associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy. / Jenkins J.K., Boothby L.A.// Ann Pharmacother – 2002. – Vol. 36. – P. 1462-1465.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Н.В. Хворик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы проблема вульвовагинитов, обусловленных грибковой инфекцией, приобрела большую клиническую значимость. Число их неуклонно растет и составляет 30-40% от всех инфекционных поражений вульвы и влагалища. У 90% женщин этиологическим агентом генитального кандидоза являются дрожжеподобные грибы – *Candida albicans*. Кандидоз – инфекционное заболевание слизистой оболочки влагалища, распространяющееся на шейку матки (эктоцервикс) и нередко на вульву. Наиболее частая форма генитального кандидоза у женщин – это вульвовагинит. Одним из ведущих моментов наличия данных заболеваний служит хронизация воспалительного процесса половых органов, что ухудшает процесс выздоровления. В

последние годы у 15% женщин, страдающих этим заболеванием, наблюдается рецидивирующее течение. Существует две основные причины возникновения рецидивов: реинфекция влагалища и неполная элиминация возбудителя.

Целью исследования явилось комплексное обследование пациенток с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом и оценка эффективности системного и локального применения лекарственных средств антимикотического действия.

В исследование были включены 58 пациенток в возрасте от 25 до 43 лет с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом. Диагноз выставлялся на основании жалоб пациенток, четырех и более клинических эпизодов повторения в год после успешного излечения предыдущих проявлений заболевания, данных клинико-лабораторного обследования. Диагностика заболевания проводилась на основании микроскопического исследования мазков вагинального отделяемого (нативные и окрашенные по Граму), ПЦР-диагностики. Пациенткам проведено комплексное обследование, включающее УЗИ органов малого таза, определение микрофлоры цервикального канала.

Все пациентки были разделены на две группы: I группу составили 23 женщины с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом, которым проводилось лечение препаратом системного действия (флуконазол 150 мг дважды); во II группу вошли 35 обследованных, которым проводилось сочетанное лечение препаратом системного и локального действия (флуконазол 150 мг однократно и фентиконазол 200 мг вагинально в течение 3 дней). Контроль эффективности проводили через 5, 30 дней после окончания терапии.

В результате клинико-диагностического обследования гинекологическая патология выявлена у большинства пациенток – 36 (62,1%). Наиболее часто встречающимися симптомами были: зуд, жжение ($95,7 \pm 4,3\%$ в I и $94,3 \pm 3,9\%$ в II группах, соответственно), которые усиливались во время сна, полового акта, водных процедур. Жалобы на характерные выделения из влагалища предъявляли $82,6 \pm 7,9\%$ пациенток I группы и $86,6 \pm 7,9\%$ – во II группе. Через 5 дней после проведенного лечения клинические симптомы сохранялись у 13,0% пациенток I группы и 17,1% пациенток II группы. Достоверной разницы в эффективности лечения между результатами I и II групп получено не было. Обследование через 30 дней показало сохранение клинической симптоматики у $21,7 \pm 6,1\%$ пациенток I группы и у $2,9 \pm 2,9\%$ пациенток II группы, что было достоверно значимым ($p < 0,05$).

Проведенное бактериоскопическое исследование показало, что дрожжеподобные грибы были обнаружены у $82,6 \pm 7,9\%$

пациенток I группы и у $91,4 \pm 4,7\%$ во II группе. Через 5 дней после окончания лечения у 26,1% пациенток I группы и у 8,6% пациенток II группы наличие дрожжеподобных грибов сохранялось, а через 30 дней дрожжеподобные грибы были выявлены только у 4,3% пациенток I группы.

Исследование с помощью ПЦР-диагностики содержимого цервикального канала показало, что у пациенток I и II групп в 100% случаев (23 и 35 человек, соответственно) было выявлено наличие *C. albicans*. Проведение ПЦР-диагностики через 30 дней после окончания терапии выявило у $21,7 \pm 6,1\%$ пациенток I группы и у $2,9 \pm 2,9\%$ пациенток II группы наличие *C. albicans* ($p < 0,05$).

Таким образом, в процессе проведенного исследования подтверждена целесообразность сочетания препаратов антимикотического системного и локального действия при лечении рецидивирующего вульвовагинального кандидоза. Использование локальных препаратов позволяет уменьшить кратность использования системных лекарственных средств.

Литература:

1. Серов, В.Н. Рациональная терапия влагалищной инфекции. / В.Н. Серов // Гинекология, – 2005 – № 7 – С. 32-38.
2. Ткаченко, Л.В. Преимущества комбинированной терапии хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита. / Л.В. Ткаченко, С.И. Жукова // Гинекология, – 2006 – № 2 – С. 21-26.
3. Романовская, Т.А. Современная практика и вопросы стандартизации терапии кандидозного вульвовагинита. / Т.А. Романовская // Гинекология, – 2004 – № 1 – С. 18-25.
4. Тихомиров, А.Л. Основные принципы лечения кандидозного вульвовагинита. / А.Л. Тихомиров // Consilium Medicum – 2006 – № 6 (8): – С. 58-62.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Г.Н. Хованская, Л.А. Пирогова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Поражения лицевого нерва являются наиболее частой патологией черепных нервов. Частота поражения лицевого нерва (как общего ствола, так и отдельных ветвей) существенно возрастает в ходе пластических операций и эстетических инъекций.

Клиническая картина поражения лицевого нерва (ЛН) хорошо известна и зависит от уровня повреждения и от степени нарушения проводимости. Ведущим симптомом является периферический