

2. Стругацкий, В. М. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога: клинические аспекты и рецептура / В. М. Стругацкий, Т. Б. Маланова, К. Н. Арсланян // – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 101-109.
3. Абдулхабирова, Ф. М. Йоддефицитные заболевания и беременность / Ф. М. Абдулхабирова // Гинекология. - 2006. - Т. 8. - № 2. - С. 54-57.
4. Волкотруб, Л. П. Роль селена в развитии и предупреждении заболеваний (обзор) / Л. П. Волкотруб, Т. В. Андропова // Гигиена и санитария. – 2001. - № 3. – С. 57-61.
5. Зайцев, В. А. Возможные пути устранения недостатка селена в питании жителей Республики Беларусь / В. А. Зайцев [и др.] // Актуальные проблемы гигиены и эпидемиологии: сб. науч. трудов / Минск, 2006. – С. 281-283.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Солонко И. И.¹, Пересада О. А.², Скрыгина Е. М.¹

¹*УЗ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Беларусь*

²*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В последние годы во многих странах мира отмечен рост вульвовагинального кандидоза, который регистрируется не только как самостоятельное заболевание, но и как сопутствующее другим инфекциям. Развитие вульвовагинального кандидоза приводит к ухудшению качества жизни пациентов и является одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу. По данным литературы, около 75% женщин в возрасте до 25 лет имели как минимум один эпизод вульвовагинального кандидоза в анамнезе, 40-50% – повторные эпизоды и 5% женщин – рецидивирующую форму заболевания. Частота вульвовагинального кандидоза составляет 30-45% в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта [1]. Это связано с резким увеличением числа факторов риска в развитии микозов, а также изменением окружающей среды. Кандидозную инфекцию рассматривают как болезнь современной цивилизации, «болезнь от лечения», являющуюся отражением широкого бесконтрольного применения лекарственных средств, экологических стрессов и социальных проблем, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека. Одна из главных причин – увеличение иммунодефицитных состояний, неправильного питания, частых стрессов, фармакологического бума с бесконтрольным применением лекарственных средств, в первую очередь антибактериальных препаратов и гормональных контрацептивов [1, 2, 3]. Изменение нормального микробиоценоза слизистых

оболочек и кожи вследствие нерационального или вынужденного применения антибактериальных препаратов – одна из частых причин вульвовагинального кандидоза. Риск развития заболевания возрастает при использовании комбинаций антибиотиков разных классов и по мере увеличения длительности их приема. Особенно тяжелые формы вульвовагинального кандидоза развиваются у лиц с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе туберкулёзом, когда прекращение длительной системной терапии невозможно и неблагоприятные факторы (изменение состояния иммунной системы вследствие основного заболевания и длительный прием антибактериальных препаратов) суммируются [3].

Цель – провести анализ клинико-лабораторных изменений, развивающихся у пациентов с вульвовагинальным кандидозом во время лечения туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, для уточнения особенностей течения заболевания и определения эффективности местного лечения вульвовагинального кандидоза.

Материалы и методы. Проведено клинико-микробиологическое обследование и лечение 32 пациенток с вульвовагинальным кандидозом в возрасте от 18 до 45 лет, находившихся на стационарном лечении туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии. Средний возраст женщин составил $32,6 \pm 6,4$ года. Диагноз вульвовагинального кандидоза был выставлен на основании жалоб, клинических данных и результатов микроскопического и микробиологического методов исследования. Лабораторные исследования проводили трижды – до лечения, через 5-7 дней проведения терапии и через 30 дней после лечения. Во время каждого визита оценивали жалобы, проводили осмотр вульвы, влагалища и шейки матки в зеркалах. Расширенную кольпоскопию проводили дважды: до лечения и через 30 дней после лечения. Основными жалобами всех пациенток были зуд и выделения из половых путей разной интенсивности. После подтверждения диагноза вульвовагинального кандидоза всем пациенткам было назначено лечение в виде однократного применения препарата сертаконазол, суппозитории вагинальные по 300 мг.

Результаты и их обсуждение. В структуре клинических форм туберкулёза у обследуемых женщин удельный вес малых форм туберкулёза (туберкулома, очаговый туберкулёз) составил всего 15,6%. Очаговый туберкулёз с деструкцией – 9,4%, туберкулома с распадом – 6,3%, в одном случае (3,1%) выявлен туберкулёзный плеврит в сочетании с туберкулёзом лёгких. У наблюдаемых пациентов преобладали инфильтративные процессы (78,1%), диссеминированный туберкулёз – у одной пациентки (3,1%). При инфильтративном туберкулёзе в 56,3% случаев поражение затрагивало правое лёгкое, в 37,5% случаев – левое и в 6,2% – оба лёгких. Бактериовыделение отмечено у 32 (100%) наблюдаемых женщин. У всех бактериовыделителей имелась устойчивость к противотуберкулёзным лекарственным средствам. Среди всех лекарственно-устойчивых форм устойчивость к рифампицину была у 32 пациенток (100%), множественная лекарственная устойчивость –

у 19 (59,4%), широкая лекарственная устойчивость – у 8 (25,0%), множественная лекарственная устойчивость и устойчивость к фторхинолонам – у 5 (15,6%).

При микробиологическом исследовании отделяемого из влагалища грибы рода *Candida* выявлены у всех 32 пациенток. При определении видового состава дрожжевых грибов установлено, что возбудителями вульвовагинального кандидоза у 30 (93,7%) пациенток были грибы — *Candida albicans*, у 2 (6,3%) женщин – *Candida glabrata*. Монокандидозная инфекция диагностирована у 18 (56,3%) женщин, сочетание дрожжеподобных грибов рода *Candida* с другими условно-патогенными и патогенными микроорганизмами — у 14 (43,7%). Частота развития вульвовагинального кандидоза не зависела от клинической формы туберкулеза. Показание для лечения вульвовагинального кандидоза – клинические проявления, подтвержденные лабораторными данными. При осмотре в зеркалах у всех пациенток были обнаружены гиперемия и отечность стенок влагалища и вульвы, а также умеренные или обильные выделения из половых путей. При проведении расширенной кольпоскопии у 17 (53,1%) пациенток были признаки цервицита, у 7 (21,9%) наличие зоны трансформации, у 5 (15,6%) их объединение. Все изменения на шейке матки имели доброкачественный характер.

Для лечения вульвовагинального кандидоза используют препараты разных групп, в основном полиенового ряда (нистатин, натамицин, амфотерицин В), имидазолового ряда (клотримазол, кетоконазол, миконазол, бутконазол), триазолового ряда (флуконазол, итраконазол). Многие исследователи считают, что залог успешной терапии – такие мероприятия, как отмена эстроген-гестагенных, антибактериальных препаратов, отказ от вредных привычек, ограничение углеводов, использование местной и при необходимости системной терапии кандидоза [1, 4]. Однако при туберкулезе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью проводится полихимиотерапия четырьмя и более противотуберкулезными средствами в течение от 6 до 20 месяцев и прекращение длительной терапии в случае возникновения вульвовагинального кандидоза невозможно. Поэтому требуется проведение эффективной противомикотической терапии, обладающей высокой фармакологической эффективностью и переносимостью. Многими исследователями показано, что местные лекарственные средства для терапии вульвовагинального кандидоза создают высокую концентрацию на слизистой оболочке и обеспечивают быстрое уменьшение клинических симптомов [2, 4]. Однако не всегда пациентки более комплаентны к проводимой местной терапии, чем к системной, в связи с большей ее длительностью и неудобством интравагинального введения препаратов. В этом отношении необходимо отметить местный антимикотический препарат с однократным режимом дозирования. Сертаконазол оказывает не только фунгистатическое, но и фунгицидное воздействие. В связи с этим нами была проведена оценка эффективности использования препарата сертаконазол в лечении

вульвовагинального кандидоза у пациенток с туберкулёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. На второй день после лечения все пациентки отметили снижение выраженности зуда и интенсивности выделений из половых путей. Переносимость препарата все пациентки отметили как отличную или хорошую. Ни в одном случае не было зарегистрировано побочных эффектов препарата. Все пациентки были полностью комплаентны терапии. В конце седьмого дня после лечения клинические симптомы вульвовагинального кандидоза полностью исчезли у 30 (93,7%) женщин. При микроскопическом и культуральном исследовании грибов рода *Candida* не было выявлено у 29 (90,6%) пациенток. У 2 (6,3%) женщин кандиды выявлены в количестве <104 КОЕ/мл, у 1 (3,1%) женщины – в количестве 105 КОЕ/мл. Пациенткам, у которых снова выявлены грибы рода *Candida*, лечение было продолжено – повторно однократно назначено вагинальное введение суппозитория сертаконазола. После повторного использования препарата все женщины (100%) отметили полное отсутствие симптомов заболевания. Повторные микроскопические и культуральные исследования, проведенные через 7 дней, показали отсутствие грибов и роста неспецифических возбудителей не было выявлено ни в одном случае. Через 1 месяц всем пациенткам, несмотря на отсутствие жалоб, было снова предложено проведение микроскопического и культурального исследования вагинальных выделений. Микроскопическое исследование не выявило патологии ни у кого из женщин. В результате микробиологического исследования у 31 (96,9%) пациентки роста кандид не было обнаружено, у 1 (3,1%) женщины кандиды выявлялись в концентрации 102 КОЕ/мл, что было расценено как бессимптомное кандидоносительство. Роста неспецифической микрофлоры не обнаружено. По данным расширенной кольпоскопии явления эктоцервицита остались лишь у 1 (3,1%) пациентки. Зона трансформации диагностирована в том же количестве пациенток, что и до лечения (21,9%), однако имела место тенденция к уменьшению площади патологических изменений на шейке матки.

Выводы. Полученные результаты исследования показали значительную клиническую и микробиологическую эффективность местного лечения вульвовагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста с туберкулёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью препаратом сертаконазол, суппозитории вагинальные по 300 мг. Клиническая эффективность лечения вульвовагинального кандидоза в нашем исследовании составила 93,7%. Побочных эффектов и аллергических реакций при использовании препарата в ходе исследования не выявлено.

Литература

1. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. М.:ГЭОТАР Медиа, – 2010. – 80 с.
2. Федотов В. П. Актуальные проблемы кандидоза (размышления миколога-дерматовенеролога – по данным литературных и собственных

исследований // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. – № 1-4. – С. 103 - 128.

3. Лысенко О. В., Игликов В. А., Теплова С. Н. Клинико-иммунологическая характеристика вульвовагинального кандидоза у женщин, болеющих туберкулёзом лёгких // Вестн. дерматол. и венерол. – 2010. – № 6. – С. 58 – 67.

4. Пестрикова Т. Ю., Юрасова Е. А., Котельникова А. В. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему // РМЖ. Мать и дитя. – 2017. – № 25 (26). – С. 1965 – 1970.

ОЦЕНКА ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЦЕРВИКСА И РАЗНЫМ ВПЧ-СТАТУСОМ

Станько Д. Э.¹, Кухарчик Ю. В.¹, Добрук Е. Е.², Кузьмич И. И.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. В литературе последних лет внимательно обсуждается участие отдельных штаммов вируса папилломы человека в формировании интраэпителиальных неоплазий шейки матки у женщин. В то же время в ряде работ доказано, что носительство ВПЧ не обязательно приводит к развитию цервикальной интраэпителиальной неоплазии, поскольку в организме женщины должны присутствовать дополнительные факторы, синергичные ВПЧ и способствующие изменению клеточной структуры поверхностного эпителия на фоне цервицита [2]. Имеются данные о наличии связи между состоянием показателей вагинального биоценоза и активностью ВПЧ [1, 3].

Цель – определить особенности микрофлоры влагалища нерожавших женщин с воспалительной болезнью цервикса при наличии и отсутствии выявленного методом ПЦР ВПЧ высокого канцерогенного риска.

Материалы и методы. Обследованы 32 женщины с воспалительной болезнью шейки матки и наличием ВПЧ ВКР, включенные в основную группу. Группу сравнения составили 25 женщин с воспалительной болезнью шейки матки и негативным результатом обследования на ВПЧ ВКР. Все пациентки проходили обследование в ГУЗ ГЦГП «Женская консультация № 2», поликлинике УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Критерии включения в группы: наличие предварительного диагноза воспалительной болезни шейки матки, наличие либо отсутствие генотипа ВПЧ ВКР, определенного методом ПЦР, отсутствие изменений шейки матки как следствия процесса родов или иных манипуляций. Женщинам проводились простая и расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое и