

Л.В. Гутикова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно

Коррекция микозного кольпита у рожениц

Несмотря на многообразие существующих методов лечения, частота встречаемости микозных поражений вульвы и влагалища у беременных и рожениц составляет 30-45% и не имеет тенденции к снижению [1]. Роженицы с микозным кольпитом могут быть источником постнатального инфицирования новорожденных от грибковых поражений ротовой полости до клинической картины энцефалита, энтерита, сепсиса, пневмонии, генитальной инфекции [2]. За последние годы частота микозов среди доношенных новорожденных возросла с 1,9 до 15,6% [2]. Столь высокая частота микозов у беременных обусловлена изменением гормонального баланса [4].

При физиологической беременности происходит изменение в содержании гормонов с сохранением определенных их соотношений гипоталамо-гипофизарно-адреналово-яичниковой цепи [4]. При воздействии неблагоприятных токсических факторов, приводящих к нарушению одного из звеньев этой цепи, происходит гормональный дисбаланс, а «мишенью» для биологического действия патогенных агентов грибковой природы становятся поверхностные клетки влагалищного эпителия [5]. Следствием указанных патологических процессов является дезорганизация клеточных мембран, разрушение клетки [1,2]. Из-за увеличения уровня эстрогенов и прогестерона повышаются адгезивные свойства эпителиоцитов влагалища. Стероидные гормоны опосредованно способны влиять на адгезию грибов, меняя некоторые показатели иммунной защиты [4]. С другой стороны гиперэстрогемия способствует повышенной пролиферации клеток влагалищного эпителия, увеличению содержания в них гликогена, при расщеплении которого образуется глюкоза - необходимый компонент для роста грибов [3]. Вследствие этого создаются условия для преодоления эпителиального барьера слизистой оболочки, тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды и гематогенная диссеминация с поражением различных органов и систем [1]. Таким образом, у женщин в послеродовом периоде нарушается нормальная микрофлора кольпобиотопа, что чаще всего (в 86% случаев) проявляется грибковой инфекцией [4]. Данное обстоятельство побуждает вести поиск препаратов, обладающих высокой фармакологической активностью в отношении грибковой инфекции и отвечающих требованиям к лекарственным средствам, применяемым в акушерстве, поэтому рациональный выбор терапии микозного кольпита в послеродовом периоде должен проводиться с учетом патогенетических аспектов развития заболевания.

Цель исследования: восстановление нормальной микрофлоры кольпобиотопа в послеродовом периоде у женщин путем оптимизации антиоксидантной и иммунной систем на фоне специфического лечения микозного кольпита.

Методы исследования: В основу работы положены итоги обследования и лечения 40 рожениц, послеродовой период которых осложнился микозным кольпитом. Возраст пациенток составил в среднем $26 \pm 2,3$ с колебаниями от 18 до 35 лет. При обследовании женщин использовали общеклинические (в том числе обязательно гинекологический осмотр), бактериологические, бактериоскопические и функциональные методы исследования, а также спектрофлуориметрические методы для определения содержания витаминов А и Е по S.L. Taylor и соавт. У каждой женщины оценивали

степень чистоты влагалищного содержимого, характер микрофлоры, наличие воспалительной реакции (тип микробиоценоза по Е.Ф. Кира, 1995). Методом бактериоскопии окрашенных мазков у всех женщин выявили грибковую инфекцию. Наиболее характерными симптомами микозного кольпита у обследованных родильниц были зуд вульвы, жжение, раздражение влагалища, бели, гиперемия и отек вульвы, влагалища и цервицит.

Женщины были распределены на 2 группы. В первой и второй группах (по 20 женщин) использовали изоконазол (гино-травоген) по 1 свече (600 мг) во влагалище на ночь однократно. Этот препарат изменяет проницаемость клеточных мембран гриба, обладает широким спектром терапевтического действия, эффективен против различных видов микозных поражений. Женщинам второй группы дополнительно назначали антиоксиданты (витамин А в дозе 6 мг; витамин Е в дозе 15 мг в сутки 6 дней); иммунокорректор (виферон по 150 000 МЕ per rectum 2 раза в сутки). Контроль лечения осуществляли через 6 дней. Комбинированная терапия (дополнительное введение лекарственных препаратов во второй группе) преследовала следующие цели: удаление очагов микозной инфекции, восстановление сингенной микрофлоры биотопа, повышение сопротивляемости организма. Для статистической обработки данных были использованы пакеты Microstatistika и Mesosaur.

Результаты исследования: У всех больных микроскопическое исследование влагалищного отделяемого выявило значительное количество форм грибов рода *Candida*, эпителиальных клеток, лейкоцитов, палочковидных и кокковых форм бактерий. При бактериологическом исследовании степень колонизации в первой и второй группах до лечения была примерно одинаковой и составила $\geq 10^2$ КОЕ/мл. При анализе эффективности лечения было установлено, что после однократного введения гино-травогена клинические симптомы микозного кольпита купировались у 70% женщин первой группы. Однако бактериоскопическое подтверждение отсутствия грибковой инфекции отмечалось у 55% женщин (степень колонизации составила $< 10^2$ КОЕ/мл). Таким образом, полное клиническое выздоровление и микологическая санация у родильниц первой группы наблюдалось в 45% случаев. У всех женщин второй группы на шестые сутки лечения клинические симптомы заболевания не выявлялись. При бактериоскопическом исследовании у 5% женщин обнаружена грибковая инфекция (степень колонизации составила $< 10^2$ КОЕ/мл). Во второй группе родильниц, перенесших гестоз, в 95% случаев наблюдалось полное клиническое выздоровление и микологическая санация. Переносимость у всех больных была оценена как отличная. По нашему мнению, наблюдаемое в 95% случаев родильниц второй группы полное клиническое выздоровление и микологическая санация обусловлены использованием комбинированной терапии с учетом патогенетических аспектов рассматриваемого осложнения беременности. Содержание витамина А в плазме крови родильниц до лечения составило в среднем $1,53 \pm 0,07$ мкмоль/л, витамина Е $5,02 \pm 0,47$ мкмоль/л. В первой группе после проведенного специфического лечения количество исследуемых витаминов достоверно не изменилось. Во второй группе использованная антиоксидантная терапия способствовала увеличению уровня витамина А на 18% ($1,82 \pm 0,11$ мкмоль/л), витамина Е на 48% ($7,45 \pm 0,31$ мкмоль/л).

Таким образом, для лечения микозного кольпита в послеродовом периоде целесообразно использовать наряду со специфической терапией стимуляторы антиоксидантной и иммунной систем организма с целью нормализации и восстановления биоценоза влагалища.

Литература

1. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. – Нижний Новгород, 1999. – 405 с.
2. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье (часть I) // Журнал акушерства и женских болезней. - 1999. - вып 2. – С. 71-78.
3. Пересада О.А., Кирдик В.Е., Гринец Л.В. и др. Кандидозный вульвовагинит при беременности // Мед. новости. – 2004. - № 6. – С. 91-93.
4. Шехтман М.М., Варламова Т.М., Бурдули Т.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных. - М.: «Триада - X», 2001. - 128 с.
5. Blackwell A.L., Thomas P.D., Wareham K. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy // Lancet. - 1993. - N 24, 342(8865). - P. 206-210.