

УДК 618.15:616.992.282]-084+616-08

О.А. Андриєць

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДИСБІОТИЧНИХ ЗМІН ПРИ ВАГІНАЛЬНОМУ КАНДИДОЗІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(зав. – проф. О.М.Юзько)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. На підставі проведення досліджень при запальних захворюваннях зовнішніх статевих органів та піхви у 60 дівчат пубертатного віку встановлено роль *Candida albicans* у їх виникненні та розвитку. Розглянуті шляхи профілактики рецидивів виникнення вагінального кандидозу.

Ключові слова: вульвовагініт, дівчага, кандидоз, пробіотики.

Вступ. Складні симбіотичні угруповання мікроорганізмів – мікробіоценози є специфічними для тієї чи іншої ділянки шкіри та слизових оболонок. Термін “дисбактеріоз” вперше запропонував у 1916 році А. Wisse. До теперішнього часу збереглося трактування дисбактеріозу як стану, що характеризує зміни мікрофлори, яка заселяє нестерильні порожнини та шкіру людини [1, 2]. У той же час, доцільно наступне визначення: дисбактеріоз – це порушення мікробіоценозу людського організму, яке проявляється зміною конкурентного співвідношення мікроорганізмів, популяційної численності та складу мікробних видів, зміною їх метаболічної активності [3].

До факторів розвитку дисбактеріозу відносять: стрес, неадекватне харчування, інфекційні захворювання та хвороби обміну речовин, хронічні захворювання травної системи, хірургічні втручання та вторинні порушення імунної системи, неадекватну медикаментозну (в основному антибактеріальну) терапію, ендокринопатії, а також використання місцевих препаратів, які містять йод, кліндаміцин, метронідазол [7]. Всі ці та інші причини призводять до розвитку дисбактеріозу організму в цілому і піхви зокрема [5]. Особливо яскраво це порушення прослідковується на фоні вагінального кандидозу та після тривалої терапії вульвовагініту антибактеріальними препаратами [6]. Як відомо, прийом більшості антибіотиків без прикриття антимікотичними препаратами призводить до зниження колонізаційної резистентності піхви, сприяючи адгезії грибів до поверхневого епітелію та їх розмноження. Окрім того, антибіотики, кортикостероїди та цитостатики сприяють зниженню вмісту секреторного імунoglobulinu, який забезпечує місцевий і загальний захист організму дитини від інфекції [4]. Кандидозний вульвовагініт у дівчаток спостерігається рідко. Частота розвитку кандидозного вульвовагініту підвищується, починаючи з пізньої фази препубертатного періоду та збільшується в пубертатному періоді. Частота розвитку кандидозного вульвовагініту в дівчат у підлітковому віці значною мірою обумовлена гормональними змінами внутрішнього середовища статевих каналів [4].

Мета дослідження. Визначити роль кандидозного вульвовагініту в загальній структурі запальних захворювань зовнішніх статевих органів та піхви в дівчат пубертатного віку та вдосконалити шляхи його профілактики пробіотиками.

Матеріал і методи. Обстежено 60 дівчат-підлітків із запальними захворюваннями зовнішніх геніталей та піхви. Всім пацієнткам було проведено загально-клінічне обстеження. Етіологічні чинники виникнення запального процесу вульви та піхви діагностували при комплексному мікробіологічному (мікроскопія, бактеріологія та мікологія) дослідженні і методом прямої імунофлуоресценції вмісту піхви та зскрібка з вульви та уретри. Мікробіологічне дослідження включало мікроскопію, бактеріологічне та мікологічне дослідження вмісту заднього склепіння піхви, який забирали спеціальними тампонами.

Результати дослідження та їх обговорення. При вивченні анамнезу життя встановлено, що 13 (21,7%) дівчат страждали захворюваннями шлунково-кишкового тракту (гастрити, гастродуоденіти), 8 (13,3%) – часто хворіли на цистити, у 12 (20%) – діагностовані холецистити та холецистопанкреатити, 8 (13,3%) дівчат часто хворіли

тонзилітами та ангінами, у 16 (26,7%) – відмічені гострі респіраторні захворювання, у 3 (5%) – хронічний гайморит. За 30 днів до обстеження в жодній з них не відмічалось загострення екстрагенітальної патології.

Середній термін появи менархе у дівчат досліджуваної групи склав $13,2 \pm 0,2$ року. Порушення менструальної функції в період її становлення, а саме пубертатні меноррагії, альгодисменорея, опсоменорея констатували 18 (30%) підлітків. Серед 60 підлітків 16 (26,7%) вже мали статеві стосунки, а 6 (10%) з них вели регулярне статеве життя, використовуючи бар'єрні та хімічні методи контрацепції (останніх 30 днів утримувались від статевих стосунків з різних причин).

Обстежувані 22 (36,6%) пацієнтки раніше вже проходили курс лікування вульвовагініту амбулаторно з призначенням антибактеріальних мазей та кремів місцево, а також антибактеріальних препаратів per os. Кожна з них відмічала тимчасове покращення та зникнення симптомів вульвовагініту до 3 місяців. У жодному випадку реабілітаційне лікування не призначалося.

Проведені бактеріологічні та бактеріоскопічні дослідження дозволили виявити етіологічні чинники виникнення вульвовагініту у всіх пацієнток. Нашу увагу привернув той факт, що у всіх 22 (36,7%) дівчат, які раніше проходили курс лікування, виявлено *Candida albicans* самотійно або в асоціації з іншими мікроорганізмами. Серед інших 38 пацієнток у 12 (20%) також діагностовано *Candida albicans*. Решту 26 пацієнток страждали вульвовагінітами змішаної етіології, включаючи й інфекції, які передаються статевим шляхом. У всіх обстежуваних пацієнток було виявлено різке зміщення рН вмісту піхви в лужну сторону.

Основними симптомами захворювання у всіх обстежуваних дітей був свербіж у ділянці промежини та печіння при сечовипуску. При гінекологічному огляді відмічалась яскрава гіперемія та набряк зовнішніх статевих органів, вульварного кільця та стінок піхви. Виділення з піхви мали характер незначних слизоподібних з нерізким кислим запахом. Між малими соромітними губами, у присінку піхви і на її стінках визначалися ділянки тонких сірувато-білих нашарувань, які легко видалялись. Частіше прояви вульвовагінального кандидозу відновлювались напередодні чергової менструації та дещо зникали на період менструації. У дівчат із хронічними формами кандидозу характерна інфільтрація та тріщини в ділянці клітора, соромітних губ, промежини, періанальної ділянки.

Враховуючи клінічні прояви запальних процесів піхви та вульви, дівчата отримували відповідне диференційоване лікування. Насамперед ми намагалися створити умови, неприйнятні для життя гриба роду *Candida*, відновити рН піхви, створити кисле середовище. Всі пацієнтки отримували в комплексному лікуванні препарати для нормалізації мікрофлори з використанням пробіотиків – Хілак-форте (по 25–30 крапель 3 рази на добу до чи під час їжі з невеликою кількістю рідини), Лінекс (по 1–2 капсули 3 рази на день з рідиною) або Біфідумбактерин сухий (по 3–5 доз у розчиненому вигляді 2 рази на добу за 20–30 хв до їди). Поряд з цим у схему комплексного лікування включали антикандидозні препарати – у 6 випадках Дифлюкан (Флуконазол) по 150 mg (фірми „Pfizer”) одноразово, у 13 випадках – Клотримазол – 5 днів. Ністатин по 100 000 Од щоденно впродовж 12 днів приймали 19 пацієнток.

Місцеве лікування включало санацію розчином ромашки аптечної та шавлії лікарської зовнішніх статевих органів впродовж усього терміну лікування та з метою реабілітації. До відновного лікування в домашніх умовах додавали обробку вульви та піхви маззю Мірамістин–Дарниця впродовж 7–10 днів, залежно від проявів запального процесу з наступним обов'язковим використанням одного із запропонованих препаратів: Вагілак, Біфідумбактерин (суха речовина для розведення та введення в піхви через катетер або у вигляді вагінальних супозиторіїв) протягом 14 днів.

Контрольні мазки на флору та матеріал з піхви на бактеріологічне дослідження забирали після чергової менструації. У жодному випадку контрольні дослідження не мали проявів кандидозу піхви та вульви і відповідно їх дисбактеріозу. З профілактичною метою вказані пробіотики у двох запропонованих для використання схемах рекомендували приймати ще 14 днів. Протягом 8 міс. після завершення лікування тільки у 3 хворих був рецидив захворювання після тривалого лікування у відділеннях терапевтичного профілю з приводу загострення екстрагенітальної патології. Всі троє хворих під час лікування у гінекологічному стаціонарі приймали Ністатин. Протягом 8 міс. жодна із дівчат не відмічала порушень менструальної функції.

Висновок. У дівчат-підлітків з несформованими захисними властивостями піхви генітальний кандидоз є досить частою причиною виникнення вульвовагінітів, що призводить до порушень у репродуктивній системі в подальшому. Причинами його виникнення в період становлення та розвитку молодого жіночого організму є нера-

ціональне використання антибактеріальних препаратів, інфекційні захворювання та хвороби обміну речовин, хронічні захворювання травної системи, хірургічні втручання та вторинні порушення імунної системи.

Література. 1. *Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Минушкин О.Н.* Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // *Терапевт. арх.*– 2001.– №2.– С.667–72. 2. *Бондаренко В.М., Боев Б.В., Лыкова Е.А., Воробьев В.А.* Дисбактериозы желудочно-кишечного тракта // *Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.*– 1998.– №1.– С.66–70. 3. *Бондаренко В.М., Учайкин В.Ф., Муромов А.О., Абрамов А.А.* Дисбиоз. Современные возможности профилактики и лечения.– Москва, 1995.– 20 с. 4. *Кокolina В.Ф.* Детская гинекология // *Руководство для врачей.*– М.: ООО “Мед. Информ. агенство”.– 2001.– 368 с. 5. *К.А.Роджерс, А.Дж.Бердалл* Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз и причины его возникновения.– ИППП, 2000.– №3.– С.22–27. 6. *В.В.Муравьева, А.С.Анжирская* Особенности микробиологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе // *Акуш. и гинекол.*– 1996.– №6.– С.27–30. 7. *J.H.Rex* Лікування грибкових інфекцій у новому тисячолітті // *Медицина світу.*– 2002.– Додаток. Мікози.– С.1–10.

PREVENTION AND TREATMENT OF DYSBIOTIC CHANGES IN VAGINAL CANDIDOSIS

O.A.Andriiets

Abstract. The role of *Candida albicans* in the onset of inflammatory diseases of the external genital organs has been established on the basis of an examination of 60 girls of pubertal age. Ways of preventing relapses of the onset of vaginal candidosis have been considered.

Key words: vulvovaginitis, girls, candidosis, probiotics.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2003.– Vol.7, №1. P.116–118.

Надійшла до редакції 11.12.2002 року
