

УДК 616.5 – 002.828 – 057.87 – 036.22 (477.85)

**Н.Д. Яковичук,  
В.К. Патратій,  
В.С. Джуряк,  
В.В. Бендас**

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕРМАТОМІКОЗІВ У СТУДЕНТІВ БУКО- ВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Буковинський державний медичний  
університет, м. Чернівці

**Ключові слова:** дерматомікози,  
студенти.

Патогенні мікроміцети нас оточують повсюдно. Інфікування людини, як правило, здійснюється спорами грибів, які у великій кількості знаходяться і зберігаються в ґрунті, на предметах особистої гігієни та предметах вжитку (одязі, білизні, взутті та ін.). Збудники стійкі до факторів зовнішнього середовища, їх спори в стадії висихання зберігають свою життєздатність від декількох тижнів до декількох років.

Зараження відбувається при безпосередньому контакті з хворою людиною, з тваринами (кішками, собаками та ін.), у місцях загального користування (лазнях, басейнах, транспорті, саунах, душових, тренажерних залах, на пляжах та ін.).

Беручи до уваги можливість різних джерел та шляхів інфікування патогенними грибами нами поставлено за мету дослідити епідеміологічні особливості дерматомікозів у студентів Буковинського державного медичного університету (БДМУ).

Для цього нами за період березня – червня 2011 року обстежено 187 студентів БДМУ. Серед обстежених переважали особи віком від 17 до 20 років. Як показали результати досліджень на

наявність збудників дерматомікозів, 66,31 % студентів (124 особи) мають різні грибкові ураження. При цьому слід акцентувати увагу на більшу частоту уражених осіб жіночої статі (62,10 %) від усіх інфікованих.

Проведений аналіз можливих джерел та шляхів інфікування показав, що, на думку самих обстежених, зараження в домашніх умовах, ймовірно, відбулося у 35,88 % випадків (45 осіб з 124 інфікованих). При цьому студенти аргументують, наприклад, наявністю хворих на мікози членів родини. 17,2 % хворих (21 особа) пов'язують своє інфікування патогенними грибами з відвідуваннями місць загального користування – спортзалів, лазень, саун та ін. Слід підкреслити, що значна кількість інфікованих студентів (46,92 %) не могли вказати на можливі місця свого інфікування.

Таким чином, отримані результати щодо обстежених студентів Буковинського державного медичного університету, у цілому, співпадають з загальними уявленнями про епідеміологічні особливості грибкових захворювань.

УДК 618.15:616.9-085

**С.М. Ясніковська,  
Н.Ю. Семененко**

## ДОСВІД МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ВАГІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

Буковинський державний медичний  
університет, м. Чернівці

**Ключові слова:** патологія  
гінекологічна, вагінальні інфекції,  
мікст-інфекції, кандиди

У структурі гінекологічної патології одне з провідних місць належить запальним захворюванням жіночих статевих органів. Змішані інфекції складають більшу частину всіх випадків інфекційних захворювань нижнього відділу геніального тракту, причому в кожній третій

пацієнтки відмічаються поєднання 3-х і більше збудників. Лікування даної патології спрямоване перш за все на ліквідацію причин захворювання, тобто елімінацію мікробного фактора. Успішність терапії вагінальних і, особливо, мікст-інфекцій може бути досягнута препара-

ми з багатокомпонентною дією. Представником групи таких препаратів місцевого значення є Мікожинакс у вагінальних таблетках, що містять хлорамфенікол – 80 мг, метронідазол – 200 мг, ністатин – 100 000 МО, дексаметазону ацетат – 0,5 мг. Широта антибактеріального спектру дії препарату обумовлена різнобічною дією його компонентів.

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності та розробка оптимальної методики застосування препарату Мікожинакс для лікування вагінальних інфекцій.

Матеріал та методи дослідження. Нами було проведено комплексне клініко-лабораторне та мікробіологічне обстеження 56 жінок у віці 20-45 років із вагінальними інфекціями. Тривалість даного захворювання складала від 10 днів до 1 місяця. В анамнезі вагітність та пологи мали 44 (78,6%) жінок, різні види контрацепції застосовували 49 (87,5%) жінок. Порушення менструального циклу в анамнезі спостерігалися у 12 (21,4%) обстежених, запальні захворювання внутрішніх статевих органів – у 23 (41,1%), сечовідних шляхів – у 15 (26,8%). Фонові захворювання шийки матки спостерігалися у 25 (44,6%) жінок. Доброякісні пухлини матки (лейоміоми) мали 11 (19,6%) обстежуваних, яєчників – 6 (10,7%) жінок. Медичні аборти були у 22 (39,3%) пацієнток, мимовільні викидні – у 13 (23,2%).

Клінічний діагноз захворювання підтверджувався результатами мікроскопічного дослідження піхвового вмісту, визначення його рН, наявності “ключових клітин”, позитивного амінового тесту. Лікування запальних захворювань нижнього відділу генітального тракту проводилося препаратом Мікожинакс по 1 таблетці 1 раз в день на ніч протягом 10-12 днів.

Ефективність терапії оцінювалася за динамікою скарг, результатами гінекологічного огляду, лабораторних досліджень піхвових виділень одразу після закінчення курсу лікування і контролю через 1 місяць.

Результати дослідження та їх обговорення. До проведення лікування оцінювався вихідний стан і клінічні симптоми захворювання: свербіж статевих органів відмічено у 22 (39,3%) жінок, печія – у 24 (42,8%), значні білі – у 34 (60,7%), специфічний запах піхвових виділень – у 20 (35,7%) хворих.

Об’єктивні симптоми вагінальних інфекцій виражалися наявністю гіперемії піхви у 50 (89,3%) хворих, набряку слизової піхви – у 29 (51,8%), патологічними виділеннями з піхви – у 36 (64,3%), специфічного запаху – у 20 (35,7%).

При мікроскопічному дослідженні піхвового

вмісту лейкоцитоз більше 30 клітин в полі зору відмічений у 17 (30,3%), більше 40 клітин – у 17 (30,3%), більше 50 лейкоцитів в полі зору – у 22 (39,4%) жінок. Лактобацили в піхвовому вмісті були відсутні в 51 (91,1%) пацієнток. Кислотність піхвового вмісту була значно вища 4,5 і складала  $5,1 \pm 0,01$ .

При мікроскопічному дослідженні піхвового вмісту моноінфекція діагностована в 31 (55,4%) жінок, мікст-інфекція – у 25 (44,6%). Бактеріальні збудники виявлені – у 9 (16,1%), гриби – у 8 (14,3%), трихомонади – у 6 (10,7%), асоціації грибів з бактеріями – у 16 (28,6%), трихомонад з грибами – у 10 (17,8%) пацієнток. Бактеріальний вагіноз діагностований у 7 (12,5%) обстежуваних.

Позитивними результатами лікувального курсу Мікожинаксом були відсутність скарг і об’єктивних симптомів запального процесу, відновлення мікробіоцинозу піхви: елімінація патогенної флори, поява лактобацил і збільшення їх концентрації, нормалізація рН піхвового вмісту, відсутність “ключових клітин” і лейкоцитозу при мікроскопічному дослідженні.

Вже через 2-3 доби місцевої терапії наставало помітне зменшення виділень і ознак запалення. Після закінчення курсу лікування через 12 днів повне одужання спостерігалось у 29 (51,8%) жінок, значне поліпшення стану – у 19 (33,9%), незначне поліпшення – у 7 (12,5%), не було суттєвих змін стану – в 1 (1,8%).

Уцілому, позитивні результати місцевого лікування Мікожинаксом піхвових інфекцій отримані в 48 (85,7%) жінок через 10-12 днів, причому як у хворих з моноінфекцією, так і з мікст-інфекцією. Проведені через 1 місяць контрольні дослідження показали, що стійкий позитивний результат терапії мали 41 (73,2%) жінок. Залишкові явища перенесеного інфекційного процесу у вигляді змін мікробіоцинозу піхви (низький ступінь насиченості лактобацилами, зміни рН піхвового вмісту) спостерігалися в 7 (12,5%) пацієнток. У 3 (5,4%) жінок відмічено рецидив захворювання, причому більшість із цих пацієнток із самого початку мали змішану вагінальну інфекцію, і рецидив захворювання супроводжувався в них зміною складу асоціату (гриби з трихомонадами змінювалися поєднанням грибів із бактеріями).

Висновок. При лікуванні вагінальних інфекцій ефективним є використання комбінованих препаратів, дія яких спрямована на ліквідацію патогенного компонента мікрофлори, відновлення біоценозу піхви і профілактики суперінфекції.