

УДК 616.992.282

Т.М. Бойчук,
С.Є. Дейнека,
Н.Д. Яковичук

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ МІКОЛОГІЇ

Ключові слова: мікологія, медицина, грибкові захворювання

Грибкові захворювання характеризуються значною різноманітністю (відомо більше 500 видів грибів, які спричиняють захворювання в людини) та широко розповсюджені у всьому світі – за даними ВООЗ до 25 % населення Землі страждає на ці хвороби. Однак, не дивлячись на те, що грибкові захворювання належать до числа найрозповсюдженіших інфекцій людини і за останні роки у всіх країнах світу, у тому числі і в Україні значно зріс рівень захворюваності на мікози, медична мікологія при цьому, довгий час залишається в тіні бактеріології та вірусології.

Ситуація загострюється і тим, що при використанні і впровадженні в клінічну практику променевої терапії, трансплантації органів і тканин, інвазивних діагностичних і лікувальних маніпуляцій, стероїдних гормонів, імунодепресантів, цитотоксичних агентів, парентерального харчування, протезування та антибіотиків широкого спектру дії виникла проблема опортуністичних мікозів, які на сьогоднішній день займають важливе місце серед госпітальних інфекцій [Groll A.H., 2003; Kaufman D., 2004]. У зв'язку зі збільшенням когорти імунокомпроментованих пацієнтів і широким профілактичним застосуванням антимікотиків у клінічній практиці стали актуальними такі раніше рідкі інфекції, як зигомікоз (збудники - *Rhizopus oryzae*, *Absidia* spp. та ін.), криптококоз (*Cryptococcus neoformans*), фузаріоз (*Fusarium* spp.), сцедоспориоз (*Scedosporium* spp.), трихоспороноз (*Trichosporon* spp.), родоторулез (*Rhodotorula mucilaginosa (rubra)* та ін. [Ascioglu S., 2002; Red Book, 2003]. Зростає питома вага патогенних грибів, що належать до першої групи патогенності та до ендемічних або екзотичних мікозів. Зростають і професійні грибкові захворювання з розвитком специфічної (грибкової) алергії в осіб, що беруть участь у виробництві антибіотиків, у лікарів, медичних сестер, працівників аптек та ін. Досить швидко збудники мікозів виробляють резистентність до існуючих протигрибкових препаратів. У зв'язку з цим стандартні схеми

антифунгальної терапії, до яких, зазвичай, входять звичайний або ліпідний амфотерицин В, флуконазол або ітраконазол, значною мірою не ефективні [Климко Н.Н., 2003; Boucher H.W., 2004; Groll A.H. 2003]. Тому своєчасне виділення збудника грибкової інфекції та ідентифікація його є обов'язковою умовою вдалого лікування пацієнтів і попередження розповсюдження внутрішньо-лікарняних мікозів.

Однак, слід підкреслити, що діагностика грибкових інфекцій часто є складною проблемою. Досвід світової дерматологічної практики показує, що ефективність традиційних методів діагностики мікозів шкіри й нігтів, а саме мікроскопії патологічного матеріалу й виділення культури збудника – досягла своєї межі й не є оптимальною [Сергеев Ю.В., 2007]. Клінічні прояви мікозів часто неспецифічні, особливо у імунокомпроментованих пацієнтів, тому обов'язковою умовою правильної діагностики є виявлення збудників у різних біосубстратах за допомогою мікологічних досліджень, серологічних тестів або молекулярно-біологічних методів, а самі результати лабораторних досліджень потребують правильної інтерпретації. І якщо раніше мікозами в клінічній практиці займалися дерматологи, то на даний час у зв'язку з різноманітністю локалізації та клінічних проявів мікози, особливо спричинені умовно патогенними грибами, заслуговують особливої уваги лікарів багатьох спеціальностей. Саме тому в багатьох країнах світу практикують і лікарі-мікологи. На жаль, в Україні такі спеціальності як клінічний міколог і міколог-лаборант відсутні, що значно ускладнює ефективність діагностики та лікування цієї поширеної патології.

Слід також зауважити, що медична мікологія розглядає не тільки інфекції, що спричинені збудниками-грибами, але й хвороби, які викликані токсинами або алергенами грибів [Сергеев Ю.В., 2007]. Мікотоксикози – захворювання від впливу токсинів грибів – досить поширені. Мікотоксини постійно виявляються в різних харчових

продуктах, забруднення яких мікотоксинами хоча відбувається повсюдно, але має при цьому свої географічні й сезонні особливості. Досить актуальною залишається і проблема мікогенної алергії. Алергенами грибів можуть бути різні їх складові речовини, а також спори, багато з яких не тільки викликають алергійні й автоімунні реакції, але можуть служити імуномодуляторами й імуносупресорами, що

пригнічують імунну відповідь та зумовлюють розвиток імунодефіциту. Тому імунодефіцити й алергія часто взаємозалежні при мікотичній патології [Сергеев Ю.В., 2007].

Удосконалення медичної мікологічної служби можливе, насамперед, за рахунок підвищення рівня знань лікарів усіх спеціальностей в галузі медичної мікології та впровадження результатів нових досліджень у практику охорони здоров'я.

УДК 618.15:616.992.282

**О.А. Андрієць,
О.І. Боднарюк,
К.Ю. Гуменна**

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

КАНДИДОЗНИЙ ВУЛЬВОВАГІНІТ В ПРАКТИЦІ ГІНЕКОЛОГА

Ключові слова: вульвовагініт,
кандиди, підлітковий вік

Частота розвитку кандидозного вульвовагініту у дівчат з кожним роком підвищується, починаючи з пізньої фази препубертатного періоду та збільшується в пубертатному періоді. Частота розвитку кандидозного вульвовагініту у дівчат у підлітковому віці значною мірою зумовлена гормональними змінами в організмі. 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 імуноглобуліну, який забезпечує місцевий і загальний захист організму дитини від інфекції.

Метою нашої роботи було визначення ролі кандидозного вульвовагініту в загальній структурі запальних захворювань зовнішніх статевих органів та піхви у дівчат пубертатного віку.

Нами було обстежено 60 дівчат-підлітків із запальними захворюваннями зовнішніх геніталей та піхви. 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 у жодної з них не відмічалася загострення екстрагенітальної патології. Середній термін появи менархе у дівчат досліджуваної групи склав 13,2+0,2 року. Порушення менструальної функції в період її становлення, а саме пубертатні менорагії, 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.

Етіологічні чинники виникнення вульвовагініту діагностували при комплексному мікробіологічному (мікроскопічному, бактеріологічному та мікологічному) дослідженні і методом прямої імунофлуоресценції вмісту піхви та зскрібка з вульви та уретри. Нашу увагу привернув той факт, що у 22 (36,7%) дівчат, які раніше вже проходили курс лікування вульвовагініту, виявлено *Candida albicans* самостійно або в асоціації з іншими мікроорганізмами. Серед 38 пацієнток, які вперше