

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*

КАНДИДОЗНИЙ ВУЛЬВОВАГІНІТ В ПРАКТИЦІ ГІНЕКОЛОГА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: *вувльвовагініт, кандиди, підлітковий вік*

Частота розвитку кандидозного вувльвовагініту у дівчат з кожним роком підвищується, починаючи з пізньої фази препубертатного періоду та збільшується в пубертатному періоді. Частота розвитку кандидозного вувльвовагініту 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 вувльвовагініту 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 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 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).

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

Етіологічні чинники виникнення вувльвовагініту діагностували при комплексному мікробіологічному (мікроскопічному, бактеріологічному та мікологічному) дослідженні і методом прямої імуофлуоресценції 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 вувльвовагініту, виявлено *Candida albicans* самостійно або в асоціації з іншими мікроорганізмами. Серед 38 пацієнток, які вперше

звернулися, у 12 (20%) також діагностовано *Candida albicans*. Решту 26 пацієток страждали вульвовагінітами змішаної етіології включаючи й інфекції, які передаються статевим шляхом. У всіх обстежуваних пацієток було виявлено різке зміщення рН вмісту піхви в лужну сторону.

У дівчат-підлітків з несформованими захисними властивостями піхви геніальний кандидоз є досить частою причиною виникнення вульвовагінітів, що призводить до порушень у репродуктивній системі в подальшому та потребує ретельної діагностики та лікування.

УДК 616.992.282-07

В.В. Бендас

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ КАНДИДОЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: кандидоз, лабораторна діагностика, дослідний матеріал

Кандидоз – інфекційне захворювання шкіри, слизових оболонок і внутрішніх органів, що викликане дріжджоподібними грибами роду *Candida*.

Деякі кандиди є мешканцями організму людини. У кишечнику частота *C. albicans* досягає 90-100 %, на слизових оболонках ротової порожнини – 45-50%, піхви – до 20 % (у період вагітності до 40-80 %), на шкірі – до 9 %, на слизових оболонках бронхів – до 7 %.

Велика увага при лабораторній діагностиці кандидозної інфекції надається дотриманню правил забору матеріалу. При заборі матеріалу слід дотримуватися наступних правил: матеріал необхідно брати з вогнищ інфекцій; кількість матеріалу повинна бути достатньою; матеріал слід брати до початку протигрибкової терапії; матеріал повинен забиратися з дотриманням правил асептики; після забору матеріал слід негайно транспортувати в лабораторію; якщо цей процес затягується, необхідно використовувати спеціальні транспортні середовища та холодильники для тимчасового зберігання; посів повинен бути чітко дозованим; при посіві до живильного середовища обов'язково необхідно додавати антибіотики; всі рідкі екстракти попередньо центрифугують, після чого досліджується осад; дослідження необхідно проводити в динаміці.

Матеріалом для дослідження на кандидоз є: мазок із ротоглотки, слизової оболонки ясен, щік, задньої стінки глотки, лакун мигдаликів, а також гній, харкотиння, жовч, випорожнення,

сеча, кров, секційний матеріал, біоптати, лусочки з поверхні шкіри, змив зі шкіри.

Особливості забору матеріалу для культурального (мікологічного) методу дослідження залежать від локалізації захворювання.

При дослідженні харкотиння хворий вранці чистить зуби, прополіскує ротову порожнину кип'яченою водою або содовим розчином. Не пізніше двох годин після проведеної процедури забирається матеріал у стерильну посудину в кількості 1-2 см³. Якщо харкотиння дуже густе, то його розводять фізіологічним розчином у співвідношенні 1:2 або 1:4.

При заборі мазків із носоглотки, слизової оболонки щік чи ясен ротову порожнину готують таким же способом, як і при заборі харкотиння. Матеріал забирається за допомогою стерильного ватно-марлевого тампону. Тампон занурюють у флакони з 5 мл фізіологічного розчину з антибіотиком (на 1 мл фіз. розчину 50-100 ОД бензилпеніциліну) і вносимо намистинки. Збовтуємо впродовж 10 хв. Після цього за допомогою дозатора або стерильної піпетки забираємо 0,1 мл змиву і робимо посів на чашку з середовищем Сабуро. Максимальний термір зберігання матеріалу в холодильнику при +4 °С до 1 доби.

Для дослідження жовчі проводиться дуоденальне зондування, перед яким прополіскують ротову порожнину содовим розчином. Зондування проводиться натще. Для дослідження забираємо порції В і С по 1,5-2,0 мл у стерильні пробірки і вносимо в них по 0,1 мл на середови