

ЗБІРНИК  
наукових праць

*Асоціації  
акушерів-гінекологів  
України*

Київ  
“Інтермед”  
2007

відновлення саме тканинного пулу заліза в організмі. Доцільно наголосити, що по завершенні повного курсу лікування були досягнуті досить позитивні результати. Пацієнтки відчували себе впевнено, лише у 3 (17,6%) в зв'язку з стресовими ситуаціями на роботі спостерігались періодичні болі в області серця та коливання артеріального тиску, що було розцінено як клінічні ознаки латентної гіпертонічної хвороби, яка мала місце раніше.

Що стосується результатів лікування в підгрупі порівняння, то після трьохмісячного курсу тільки 5 (29,4%) пацієнток відзначали деяке покращення самопочуття, та у майже всіх жінок збереглися скарги на періодичні цефалгії і кардіалгії. Слід зазначити, що не зважаючи на призначення фітоестрогенів у 4 (23,5%) пацієнток через 3-4 тижня після операції з'явилися перші епізоди приливів жару, ознобів, пітливості, пароксизми артеріального тиску по типу симпато-адреналових кризів різного ступеня вираженості. При інтерпретації лабораторно-інструментальних даних було відмічено достатня ефективність антианемічної терапії і відсутність значних позитивних змін на ЕКГ. Пацієнткам II підгрупи також було запропоновано 2 додаткових курсу лікування з 4 тижневими перервами, але при контрольному обстеженні через 1 рік після операції було встановлено, що у більшості жінок не відбулось значного покращення загального стану, а у 6 (35,3%) спостерігалось навіть деяке погіршення самопочуття в зв'язку з почастианням епізодів приливів, пітливості, серцебиття, кардіалгії, ознак астеничного синдрому тощо. При цьому зміни на ЕКГ характеризувалися динамічністю, з відсутністю паралелізму з інтенсивністю больового синдрому.

#### Висновки:

наявність метаболічної (анемічної) кардіоміопатії, яка майже неодмінно формується у пацієнток з міомою матки та надмірними матковим кровотечами, певною мірою збільшує ефективність превентивного лікування посткастраційного синдрому, в зв'язку з чим в схемі медикаментозної корекції доцільно включати не тільки препарати з естрогеномодулюючими властивостями, але обов'язково призначати курси метаболічної кардіотропної та антианемічної терапії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Запорожан В.М.* Акушерство і гінекологія. Книга 2. Гінекологія: Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 195-201.
2. *Безюченко Г.Б.* Неоперативная гинекология. Москва: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – С. 289-313.
3. *Клинические лекции по гинекологической эндокринологии (Манухин И.Б., Тумилевич Л.Г., Геворкян М.А. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – С. 182-187.*
4. *Ожороков А.Н.* Диагностика болезней внутренних органов: Т. 8. Диагностика болезней сердца и сосудов. – М.: Мед. лит., 2004. – С. 287-308.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО КАНДИДОЗНОГО ВАГІНІТУ У ЖІНОК, ЯКІ ПРИЙМАЛИ ПЕРОРАЛЬНІ ГОРМОНАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Павловська О.М., Павловська К.М.

м. Одеса

За даними літератури, частота кандидозного вагініту серед молодих жінок за останні десятиріччя збільшилась майже вдвічі і складає 30-45% в структурі інфекційних уражень нижнього відділу статевого тракту, що на думку багатьох фахівців пов'язано, зокрема, з широким застосуванням гормональних контрацептивів [1, 2]. Слід зазначити, що патогенетичні механізми цієї взаємодії досить складні й ще до кінця не вивчені, проте за сучасним уявленням генітальний кандидоз є одним з проявів системного інфікування з основним джерелом високовирulentних штабів грибів роду *Candida* в кишечнику, отже вагомим чинником, сприяючим персистенції цих умовно-патогенних мікроорганізмів саме в кишечнику може виступати внутрішньопечінковий холестаз, який формується, зокрема, при застосуванні пероральних гормональних контрацептивів, навіть низькодозованих [3, 4]. Доведено, що змінення хімічного складу жовчі негативно впливає на перистальтику кишечника, зумовлює зниження бактеріцидних та бактеріостатичних властивостей компонентів жовчі з порушенням субіотичних співвідношень її, як наслідок, перегульованим розмноженням грибів роду *Candida* [4, 5].

**Мета дослідження** – визначити ефективність комплексного медикаментозного лікування хронічного рецидивуючого кандидозного вагініту у жінок, які приймали пероральні гормональні контрацептиви.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 30 жінок у віці 18-30 років з внутрішньопечінковим холестазом внаслідок застосування монофазних низькодозованих гормональних контрацептивів, які страждали на хронічний рецидивуючий кандидозний вагініт.

Лабораторне підтвердження кандидозного вагініту здійснювали шляхом мікроскопії піхвових виділень, які брали з переднього склепіння піхви (за даними сучасних наукових досліджень саме ці дані є більш інформативними, ніж при взятті матеріалу із заднього склепіння). Позитивними результатами мікроскопії вважали вміст грибів більше  $10^4$  КУО/мл.

Також проводили оцінку мікробного пейзажу кишечника шляхом бактеріологічного дослідження випорожнень. Ступінь вираженості дисбіозу оцінювали за класифікацією І.Б. Кувагної, К.С. Падодо [6].

Внутрішньопечінковий холестаза внаслідок прийому пероральних гормональних контрацептивів ставили на підставі підвищення рівня лужної фосфатази, холестерину, нормального, або дещо підвищеного рівня коньюгованого білірубину, трансаміназ, та нормального показника  $\gamma$ -глобуліну.

Пацієнок розділили на 2 підгрупи:

I підгрупа – 15 жінок, яким призначали комплексну медикаментозну терапію, до складу якої включали гептрал, лактулозу, флуконазол та вагінальні супозиторії «Флуомизин»;

II підгрупа – 15 пацієнок, які отримували те саме лікування, але без гептралу.

Патогенетичним обґрунтуванням призначення гептралу (S-аденозил-L-метіонін) є здатність цього біологічно активного сполучення підсилити синтез фосфатидилхолінін, що відновлюють поляризацію та плинність мембран гепатоцитів з поліпшенням функціонування систем захвату компонентів жовчі з крові, їх внутрішньоклітинного транспорту та виділення в жовчні каналці. Препарат призначали по 1 таблетці (400 мг) 2 рази на добу протягом 30 діб.

Лактулоза є основним діючим інгредієнтом препаратів «Дуфалак», «Нормазе», метаболити якої є ідеальними живильними речовинами для цукролітичних бактерій, що стимулює їхній ріст та збільшення біомаси. Препарат призначали по 10 мл двічі на добу протягом 14 діб.

Флуконазол – препарат класу триазольних сполучень, який викликає виразний антифунгальний ефект шляхом специфічного пригнічення синтезу грибкових стеролів. Призначали по 1 таблетці (50 мг) 1 раз на добу на протязі 14 діб.

Основним діючим компонентом «Флуомизину» є декваліній хлорид, який зумовлює фунгістатичний ефект навіть у невисокій концентрації, не має місцевопраздиюючого ефекту, не викликає алергії, практично не всмоктується. Стійкості мікроорганізмів до деквалінію не розвивається. Препарат призначали інтравагінально по 1 свічці на ніч на протязі 6 діб.

Будь-яких побічних реакцій при проведенні курсу лікування не спостерігали.

Результати дослідження та їх обговорення.

Слід зазначити, що при аналізі результатів бактеріологічного дослідження фекалій у жодної пацієнтки з хронічним рецидивуючим кандидозним вагінітом на тлі внутрішньопечінкового холестазу у випорожненнях не спостерігались нормальні еубіотичні співвідношення з домінуванням анаеробної мікрофлори. Крім того, серед обстежуваних не виявили ознаки дисбіозу кишечника навіть I ступеня виразності. У переважній більшості діагностували порушення мікробного пейзажу характерні для дисбіозу III ступеня.

Так, ознаки порушення мікрофлори кишечника II ступеня діагностували у 4 (26,7%) та 5 (33,3%) пацієнок I й II підгруп, III ступеня – у 11 (73,3%) та 10 (66,7%), відповідно.

Що стосується ефективності лікування, то у більшості пацієнок I підгрупи суб'єктивні та наочні ознаки кандидозного вагініту нівелювалися на протязі 6 діб лікування. У 3 (20%) пацієнок цієї підгрупи клінічне покращення спостерігалось лише через 10-14 днів.

При повторному лабораторному обстеженні по закінченні повного курсу лікування

негативні результати мікроскопії були отримані у всіх 15 пацієнок. Також спостерігалось й значне поліпшення мікробного пейзажу кишечника, але слід зазначити, що у жодної пацієнтки цієї підгрупи повністю не відновився еубіотичний стан кишкової мікрофлори (дисбіоз I ступеня було діагностовано у 8 (53,3%) жінок, II ступеня – 7 (46,7%)). При дослідженні рівня біохімічних маркерів внутрішньопечінкового холестазу відмічена позитивна тенденція до їх нормалізації у 11 з 15 жінок. В зв'язку з чим, було призначено додатковий курсу лікування з 2 тижневими перервами, тільки наприкінці яких, результати бактеріологічних та біохімічних досліджень вже були у межах норми.

У пацієнок II підгрупи знаме клінічне поліпшення після 6 діб лікування відмітили 5 (33,3%) жінок, решта – тільки після 2 тижневого прийому препаратів.

Негативні результати мікроскопії також були виявлені у пацієнок II підгрупи при контрольному лабораторному обстеженні, однак, показники вмісту досліджуваних мікробів кишечника істотно не змінилися (дисбіоз I ступеня було діагностовано у 2 (13,3%) жінок, II ступеня – 9 (60,0%), III ступеня – 4 (27,7%)). При аналізі біохімічних показників не відмічалось тенденції до їх нормалізації у більшості жінок цієї підгрупи. В зв'язку з чим, було вирішено провести також 2 додаткових курси лікування з призначенням лактулози та флуконазолу у тих самих дозах і термінах застосування з двотижневими перервами. Слід зазначити, що й після 3-го курсу комплексної медикаментозної терапії у пацієнок II підгрупи досліджувані бактеріологічні та біохімічні показники у 8 (53,3%) жінок не були у межах норми.

Слід зазначити, що на протязі року після проведення 3 курсів комплексної медикаментозної терапії 2 (13,3%) пацієнтки I підгрупи поскаржились на клінічні прояви кандидозного вагініту, але це було розізнено, як реінфікування, а не загострення хронічного процесу. У пацієнок II підгрупи проспективні очікування виявились гіршими – у 6 (40%) жінок навіть після 3 курсової терапії спостерігалась нестійкий клінічний антифунгальний ефект.

Висновки:

1. Збалансованість мікроекосистеми кишечника та статевих шляхів значною мірою залежить від функціонального стану печінки, зокрема її жовчотворювальної функції, яка може порушуватися при застосуванні пероральних гормональних контрацептивів. Отже у жінок з хронічним рецидивуючим кандидозним вагінітом при застосуванні цього методу контрацепції доцільно досліджувати біохімічні маркери внутрішньопечінкового холестазу, та за наявності останнього призначати саме патогенетично спрямовану антифунгальну терапію, що є важливою передумовою її ефективності.

2. Застосування гептралу у комплексному лікуванні хронічного рецидивуючого кандидозу на тлі внутрішньопечінкового холестазу значно підвищує ефективність лікування з позитивними проспективними результатами.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Айязипов Р.Ф. Новые терапевтические подходы в лечении грибковых болезней //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. - № 4. – С. 65-67.
2. Байрамова Г.Р. Кандидозная инфекция. Полиеновые антибиотики в лечении вагинального кандидоза //Гинекология. – 2001. – Т.3, № 6.

3. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Загоренко Ю.А. Главный оппортунист нормальной кишечной флоры – *Candida Albicans* (кандидоз органов пищеварения) // Современная гастроэнтерология. – 2005. - № 4 (24). – 99-106.

4. Внутривенный холестаз: клинико-патогенетические основы, дифференциальная диагностика, лечение (методические рекомендации). – Минск-Гродно, 2001. – 67 с.

5. Яковенко Э.П. Неалкогольные стеатогепатиты как результат нарушения процессов пищеварения и баланса кишечной микрофлоры // Consilium Medicum, приложение, 2005. – С. 2-6.

6. Вязкина А.Р. Современные подходы к коррекции дисбиоза кишечника // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 1999. - Т 9, № 3. – С. 64-67.

Дружеское  
коллегиальное  
сотрудничество  
и взаимопомощь  
всегда были и  
будут основой  
успешной работы  
нашего журнала.  
С уважением,  
Ирина Козлова,  
главный редактор

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Падалко Л. И., Бондаренко С. Г., Попова А. Д., Бойко Г. Ф.

г. Днепрпетровск

**Резюме.** В генезе самопроизвольных абортов, преждевременных родов и патологии плода ведущую роль играет воспалительный процесс мочеполовой системы женщины, обусловленный патогенными и условно-патогенными бактериально-вирусными ассоциациями, *Trichomonas vaginalis* выявляют при данной патологии у 40 – 65 % женщин. Они выполняют резервуарную и транспортную функцию для других микроорганизмов, препятствуя действию антибиотиков и способствуя восходящему инфицированию мочеполовой системы. Поэтому их выявление и эрадикация являются залогом успешного лечения других инфекций, передающихся половым путем. Для повышения результативности лечения УГТ и избавления от условно-патогенных микроорганизмов в схему лечения трихомониаза необходимо включать Солкотриховак по общепринятым схемам.

В статье отражен опыт работы спецприема по невынашиванию беременности за 2006г. Хронический трихомониаз выявлен у 64 из 134 обследованных пациенток, всецелю проведено лечение с оптимальным подбором антитрихомонадных препаратов и с использованием Солкотриховака. Эффективность лечения составила 90 %.

Невынашивание беременности стабильно составляет примерно 20% от всех беременностей. По мнению ведущих специалистов в этой области, нет

невынашивания неинфекционного генеза, несмотря на полиэтиологичность каждого случая преждевременного прерывания беременности (1). Кроме невынашивания, инфицирование фето-плацентарного комплекса, в первом триместре может привести к развитию врожденных пороков у плода, а в последующем к нарушениям гемостаза, вызывая задержку внутриутробного развития плода, его перинатально-гипоксические поражения, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, способствует развитию преэклампсии и эклампсии, послеродовых осложнений (3).

В комплексе реабилитационных мероприятий перед запланированной беременностью, а тем более, в случае отягощенного анамнеза первоочередной задачей является обследование супругов на инфекции, передающиеся половым путем, с последующим лечением обоих партнеров по данным обследованиям (1, 2).

Урогенитальный трихомониаз – самое распространенное заболевание, передающееся половым путем. Ежегодно в мире регистрируется более 200 миллионов случаев заражения. Заболеваемость в общей популяции женщин составляет 5 – 10%, у беременных – 14%, при воспалении гениталий и невынашивании у 40 – 65% женщин (3). Кроме того, *Trichomonas vaginalis* выявляются вместе с вирусом папилломы человека (ВПЧ) в 40 – 60% случаев интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки, в 15% – при цисто-пиелонефритах, они способствуют формированию гиперпластических процессов эндометрия (в т.ч. аденоматоза), лейомиомы матки, активизируют герпетическую инфекцию. У новорожденных, родившихся от матерей с трихомониазом, в 12 – 18% случаев развиваются ранние послеродовые пневмонии, а в 5 – 7% – циститы (4).

Инкубационный период при УГТ в среднем составляет 10 дней, иногда он колеблется от 2 – 3 дней до 1 месяца. В 10 – 20% случаев УГТ протекает в виде бессимптомного бактерионосительства, в 40 – 50% – как первичнохронический процесс с минимальными клиническими проявлениями, что является причиной позднего обращения к врачу. Иногда острый трихомониаз пациенты лечат самостоятельно в неадекватном объеме, что приводит к хронизации процесса. Ввиду транспортной функции *Trichomonas vaginalis* для других ИППП, хронический УГТ ведет к формированию структурных и функциональных нарушений в шейке матки, в матке, маточных трубах, что в последствии может привести к невынашиванию и бесплодию. Хронизация трихомониаза повышает устойчивость трихомонад к протозоцидным препаратам.

Обследование пациентов ИПС было представлено: бактериоскопическими исследованиями урогенитальных мазков с окраской метиленовым синим и по Граму, посевами на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, посевом на гонорею. Для выявления *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trach.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma ureal.*, *Herpes simpl.*, *Cytomegalovirus* и *Neisseria gonorrhoeae* использовался иммунофлюоресцентный метод диагностики, а также иммуноферментный для определения антител в крови. Микроскопия мазков на флору позволяет выявить только типичные формы *Trichomonas vaginalis*, в случаях атипичных, измененных форм или при гартнерелезе достоверность метода значительно уменьшается. Этот метод имеет самую низкую чувствительность. Иммунофлюоресцентный анализ мазков с использованием моноклональных антител к *T. vaginalis* является высоко чувствительным и специфическим (9). Серологические тесты определения антител к *T.*