

# Профилактика акушерского травматизма и осложнений пуэрперия у женщин, страдающих рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом

С.Р. Галич, О.М. Каланжова

Одесский национальный медицинский университет

В работе представлены результаты комплексного интравагинального использования антимикотического препарата и *интерферона α2b с таурином* в лечении рецидивирующего кандидозного вульвовагинита (КВВ) у беременных перед родами как одного из направлений профилактики и снижения частоты возникновения травм мягких тканей родового канала. Определена иммунологическая роль препарата *интерферона α2b с таурином* в повышении эффективности антимикотических терапевтических схем у беременных в III триместре. Доказано существенное благоприятное влияние препарата *интерферона α2b с таурином* на предупреждение возникновения родового травматизма у пациенток с рецидивирующим КВВ и течение у них послеродового периода.

**Ключевые слова:** беременность, рецидивирующий кандидозный вульвовагинит, родовой травматизм, интерферон α2b с таурином.

Несмотря на значительные достижения мировой медицины, учитывающей известные физиологические механизмы и многовековой опыт акта рождения, роды по-прежнему остаются процессом непредсказуемым. Постулат о том, что нормальные роды не должны причинять травм ни матери, ни ребенку далеко не всегда подтверждается практикой. По данным современной литературы, около 20 % родов через естественные родовые пути осложняются травмами мягких тканей родового канала [1, 2]. И если родовая боль имеет чудесное свойство быстро забываться, то родовый травматизм – это то, что женщина не только долго помнит, но и то, что в ряде случаев приводит к длительной потере ею трудоспособности, а иногда и инвалидизации [1].

Значительное растяжение родовых путей матери в процессе родового акта нередко приводит к их повреждению. Среди травм нижних отделов родового канала различают повреждение тканей шейки матки, тканей влагалища, вульвы и промежности [1, 2].

Разрывы шейки матки, по данным разных авторов, являются наиболее часто регистрируемыми травмами мягких тканей родового канала, их частота составляет от 32,9 % до 60 % всех родов, причем у первородящих в 4 раза чаще, чем у повторнородящих [1]. При этом даже неглубокие, длиной до 1,0 см, бессимптомно протекающие в послеродовом периоде разрывы шейки матки не всегда являются для пациенток столь безобидными. Часто подобные травмы шейки матки дают о себе знать значительно позже, проявляясь параметритом, эктропионом, лейкоплакией и/или истмиоцервикальной недостаточностью при последующих беременностях [2].

В общей структуре травм мягких тканей родового канала повреждения стенок влагалища составляют от 23,4 % до 35 %. Интрапартальные разрывы стенок влагалища имеют свои особенности, зависящие от их локализации. Так, разры-

вы нижней трети влагалища нередко сочетаются с разрывом промежности. Разрывы верхней его трети часто распространяются на свод и сочетаются с разрывами шейки матки. Повреждения могут быть также поверхностными или проникающими в клетчатку малого таза и брюшную полость, вызывая там образование гематом [2].

Частота разрывов вульвы составляет 7 – 15 % из числа родивших женщин, причем у первородящих указанные повреждения регистрируются в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих. Преимущественная их локализация отмечается в области малых половых губ и клитора, что в ряде случаев сопровождается весьма значительным кровотечением ввиду особенностей кровоснабжения вульвы [2].

Разрыв промежности возникает примерно у 25 % рожениц, с преобладанием частоты встречаемости также у первородящих пациенток. Известно, что травматизация промежности происходит исключительно во втором периоде родов при прорезывании головки либо при выведении плечиков плода. Нарушению целостности промежности способствуют максимальное её растяжение и сдавление подлежащей части плода, что вызывает кратковременные, но достаточно выраженные обменные нарушения в тканях, снижая их прочность [1, 2].

Как зарубежные, так и отечественные авторы, среди ведущих причин повреждения мягких тканей родовых путей выделяют: анатомо-функциональные их изменения во время гестации, особенности ведения родов, а также нарушение эластичности тканей, обусловленное, прежде всего, инфекционно-воспалительными процессами половых путей [2, 3, 4].

На современном этапе среди воспалительных поражений слизистой оболочки вульвы и влагалища во время беременности ведущее место занимает КВВ [4]. Встречаясь у 30 – 40 % беременных (по различным данным), перед родами КВВ с характерным бессимптомным течением и частыми рецидивами наблюдается почти у 45 – 50 % женщин. Плохая курабельность кандидозной инфекции во время гестации является следствием как изменения гормонального баланса, так и иммуносупрессорного действия высокого уровня прогестерона в сыворотке крови беременных женщин [5, 6]. Это, в свою очередь, обуславливает высокую частоту персистенции микотической инфекции и связанных с ней осложнений гестации, родов, послеродового периода, а также случаев антенатального инфицирования плода [7].

Таким образом, частота встречаемости травм мягких тканей родового канала наряду с просматривающейся в современном акушерстве стратегией на самостоятельные естественные роды с одной стороны, и распространенность рецидивирующего КВВ во время гестации с его существенным отрицательным влиянием на течение и исход беременности с другой, обуславливают необходимость дальнейшего усо-

вершенствования путей профилактики частоты травматических повреждений тканей нижнего отдела родовых путей.

При КВВ, как и при любой другой инфекционной патологии, ведущее значение имеют взаимоотношения микро- и макроорганизма, которые осуществляются, прежде всего, через иммунный ответ. Часто в процессе ответа на инфекционный агент иммунная система сама становится объектом повреждения, что приводит к отсутствию стойкого клинико-лабораторного эффекта и способствует длительному, рецидивирующему течению заболевания [3, 6]. Таким образом, у пациенток, страдающих рецидивирующим КВВ, максимальное сохранение естественной эластичности мягких тканей родовых путей при физиологических родах с целью обеспечения их интактности и снижения акушерского травматизма является наиболее проблематичным.

Несмотря на отсутствие доказательной базы относительно безопасности назначения иммуномодулирующих препаратов при беременности, в современной литературе имеются научные данные о смене иммуносупрессии, свойственной всему периоду гестации, накануне родов рядом иммунологических реакций, аналогичных реакциям «отторжения». Это, в свою очередь, допускает возможность использования у беременных непосредственно перед родами препаратов интерферона, обладающих широким иммунобиологическим профилем.

В достижении поставленных задач наиболее предпочтительным на наш взгляд является **комбинированный препарат интерферона  $\alpha$** , в комплексе которого содержатся: интерферон  $\alpha 2b$ , таурин и бензокаин. Так, *интерферон  $\alpha 2b$*  оказывает противовирусное, иммуномодулирующее, антипролиферативное и антибактериальное действие. Противовирусный эффект опосредован активацией ряда внутриклеточных ферментов, ингибирующих репликацию вирусов. Иммуномодулирующее действие проявляется, в первую очередь, усилением клеточно-опосредованных реакций иммунной системы, что повышает эффективность иммунного ответа. Это достигается за счет активации CD8+ Т-киллеров, NK-клеток (естественных киллеров), усиления дифференцировки В-лимфоцитов и продукции ими антител, активации моноцитарно-макрофагальной системы и фагоцитоза, а также повышения экспрессии молекул главного комплекса гистосовместимости I типа, что повышает вероятность распознавания инфицированных клеток клетками иммунной системы. Активация под воздействием интерферона лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации патологических очагов; кроме того, за счет влияния интерферона достигается восстановление продукции секреторного иммуноглобулина.

Содержащаяся в препарате аминокислота *таурин* (0,01 г в одном суппозитории, вне зависимости от дозировки интерферона  $\alpha 2b$ ) обладает антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами, что значительно повышает биологическую активность интерферона  $\alpha 2b$ . Являясь сильным антиоксидантом, таурин непосредственно взаимодействует с активными формами кислорода, избыточное накопление которых способствует развитию патологических процессов. Кроме этого, таурин стимулирует регенерацию тканей в очаге воспаления за счет выраженного эпителизирующего эффекта.

В состав препарата входит также *анестезин* (бензокаин, 0,055 г в одном суппозитории, вне зависимости от дозировки интерферона  $\alpha 2b$ ) – местный анестетик. Анестезин уменьшает проницаемость клеточной мембраны для ионов натрия, вытесняет ионы кальция из рецепторов, расположенных на внутренней поверхности мембраны, тем самым препятствует возникновению болевых импульсов в окончаниях чувствительных нервов и их проведению по нервным волокнам. Оказывает исключительно местный эффект, не всасываясь в системный кровоток.

**Целью** исследования было оценить эффективность комплексного интравагинального использования антимикотического препарата и *интерферона  $\alpha 2b$  с таурином* в лечении рецидивирующего КВВ у беременных перед родами и изучить влияние такого терапевтического подхода на частоту возникновения травм мягких тканей родового канала.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации поставленной цели на базе Одесского областного перинатального центра проведено обследование и лечение 60 женщин с рецидивирующим КВВ, вызванным *Candida*, в сроке гестации 37-39 нед. Пациентки были разделены на 2 группы: I группа (n=30) – беременные женщины, которым проводилась стандартная местная антимикотическая терапия в комбинации с препаратом, содержащим *интерферон  $\alpha 2b$  и таурин*; II группа (n=30) – пациентки, которые в терапевтических схемах рецидивирующего КВВ использовали исключительно антимикотик.

Контрольную группу (КГ) составили 20 здоровых беременных женщин с физиологическим течением беременности и нормальным биоценозом влагалища.

## Дизайн исследования

У пациенток I группы после ежедневного в течение 6 дней интравагинального введения антимикотика с 7-го дня проводимой терапии следовало ежедневное интравагинальное введение препарата *интерферона  $\alpha 2b$  с таурином* (по 1 суппозиторию в дозе 250 000МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней). Пациентки II группы в течение 6 дней ежедневно интравагинально получали исключительно антимикотик.

Клинический мониторинг пациенток I и II групп осуществлялся: до начала лечения, на 7-й день после интравагинального введения антимикотика и через 7 дней после завершения лечения. Эффективность терапии рецидивирующего КВВ оценивали путем проведения микробиологического исследования влагалищных выделений до начала лечения, на 7-й день терапии и через 7 дней после завершения лечения, а также на основании анализа показателей комплексного иммунологического обследования через 7 дней после завершения лечения с определением количества: Т-лимфоцитов (CD3+); субпопуляционного состава Т-лимфоцитов – CD4+ и CD8+, количества натуральных киллеров (CD16); количества В-лимфоцитов – (CD19) и уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Клиническая эффективность различных терапевтических схем базировалась на анализе частоты возникновения, локализации, степени тяжести травм мягких тканей родового канала и особенностей течения послеродового периода в группах исследования.

Критериями включения в исследование были: клинико-лабораторная верификация диагноза КВВ на сроке гестации 37 – 39 нед у первородящих пациенток, отсутствие аллергической реакции на компоненты используемых препаратов, добровольно подписанное женщиной информированное согласие на соблюдение процедур исследования и предписаний врача, что не исключало возможности добровольного выхода пациентки из исследования на любом этапе. Из исследования исключали пациенток с наличием инфекций, передаваемых половым путем (ВИЧ, сифилис, трихомониаз, хламидиоз, остроконечные кондиломы и генитальный герпес), а также пациенток, получавших лечение фунгицидными препаратами в течение последних 4 недель.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики в программах Excel и Statistica. Для оценки достоверности различий до и после лечения применяли t-критерий Стьюдента в случае нормального распределения полученных данных. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$  [8].

# Комплексная терапия урогенитальных инфекций

## генферон® IB

- Интерферон альфа-2b
- Бензокаин
- Таурин



✓ **Уникальная  
комбинация  
лечебных  
компонентов**

✓ **Доказанная  
клиническая  
эффективность**

✓ **Мультинаправ-  
ленное действие**

## генферон® лайт IB

- Интерферон альфа-2b
- Таурин



**Безопасное лечение  
инфекционных  
заболеваний у детей  
и беременных**

Производитель: ЗАО «БИОКАД», РФ. Представитель в Украине: ДП «БИОКАД УКРАИНА» (01021, г. Киев, ул. М. Грушевского, 28/2, н/п № 43, тел: (044)- 481-49-03).

Препарат **Генферон® IB**. Сертификат о государственной регистрации медицинского иммунобиологического препарата **Генферон® IB** №857/11-300200000 от 05.10.2011. Препарат **Генферон® IB** используется в составе комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний уrogenитального тракта, а также острых инфекционно-воспалительных заболеваний респираторного тракта у взрослых. **Форма выпуска:** суппозитории. **Фармакотерапевтическая группа.** Иммуностимуляторы. Интерферон альфа-2b. АТС L03A B05. **Противопоказания.** Индивидуальная непереносимость интерферона и других веществ, входящих в состав препарата. **Побочные реакции.** Аллергические реакции: возможные аллергические реакции, включая сыпь, зуд. Эти явления исчезают через 72 часа после прекращения введения препарата или уменьшения дозы. Могут наблюдаться озноб, повышение температуры тела, утомляемость, потеря аппетита, мышечные и головные боли, боли в суставах, изменения в месте введения, потливость, а также лейко- и тромбоцитопения.

**Категория отпуска.** По рецепту.

Препарат **Генферон® Лайт IB**. Сертификат о государственной регистрации медицинского иммунобиологического препарата **Генферон® Лайт IB** № 895/12-300200000 от 26.11.2012. Препарат **Генферон® Лайт IB** используется, как компонент комплексной терапии ОРВИ и других инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии у детей; как компонент комплексной терапии – для лечения острых кишечных инфекций вирусной и смешанной вирусно-бактериальной этиологии у детей; при инфекционно-воспалительных заболеваний уrogenитального тракта у детей и женщин, в том числе беременных. **Форма выпуска:** суппозитории. **Фармакотерапевтическая группа.** Иммуностимуляторы. Интерферон альфа-2b. Код АТС L03A B05. **Противопоказания.** Индивидуальная непереносимость интерферона и других веществ, входящих в состав препарата. **Побочные реакции.** До настоящего времени не наблюдалось тяжелых или опасных для жизни побочных явлений. Могут наблюдаться явления, которые возникают при применении всех видов интерферона альфа-2b, такие как озноб, повышение температуры, утомляемость, потеря аппетита, мышечные и головные боли, боли в суставах, потливость, а также лейко- и тромбоцитопения, но чаще они встречаются при превышении суточной дозы свыше 10 000 000 ME. **Категория отпуска.** По рецепту.

Полная информация о медицинском иммунобиологическом препарате содержится в инструкции по применению медицинского иммунобиологического препарата.

Данная информация предназначена исключительно для профессиональной деятельности фармацевтических и медицинских работников.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ  
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 37 лет, средний возраст составил  $28,4 \pm 0,3$  лет. Достоверных отличий в распределении групп по возрастным категориям не выявлено ( $p > 0,05$ ). На учет по беременности в женских консультациях все пациентки взяты своевременно и обследованы в полном объеме. Среди соматической патологии в группах исследования преобладали хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и наблюдались у 17 (56,67 %) женщин в I группе и у 19 (63,33 %) – во II ( $p > 0,05$ ).

Фоновая генитальная патология была представлена кольпитами различной этиологии, аднекситами, эндоцервицитами и имела место в I группе у 25 пациенток (84 %), во II группе – у 23 женщины (76 %) ( $p > 0,05$ ).

Акушерский анамнез был отягощён: искусственными абортми у 21 беременных (72 %) I группы и 18 (60 %) пациенток II группы; самопроизвольными абортми – у 11 (36 %) и 7 (24 %) женщин соответственно ( $p > 0,05$ ).

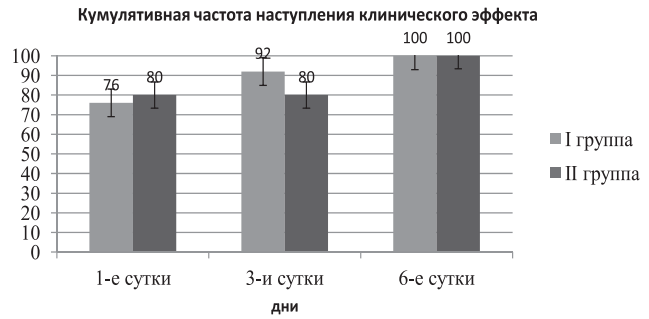
При анализе данных анамнеза болезни было выявлено, что в большинстве своем манифестация КВВ наступила впервые во время беременности: 26 пациенток (88 %) в I группе и 22 (72 %) – во II ( $p > 0,05$ ).

Ведущими клиническими проявлениями КВВ в I группе были: вульвовагинальный зуд у 16 (52 %) женщин; вульвовагинальная эритема – у 18 (60 %); инфильтрация – у 10 (32 %) и творожистые выделения, покрывающие налётами очагово или сплошь слизистую оболочку влагалища – у 12 (40 %) беременных. Клиническое течение КВВ у пациенток II группы достоверно от I группы не отличалось и проявлялось в виде: вульвовагинального зуда у 16 (52 %) женщин; вульвовагинальной эритемы – у 20 (68 %); отёчности – у 11 (36 %), творожистых выделений, покрывающих налётами очагово или сплошь слизистую оболочку влагалища – у 13 (44 %) и дисурических явлений – 2 (8 %) обследованных пациенток данной группы ( $p > 0,05$ ).

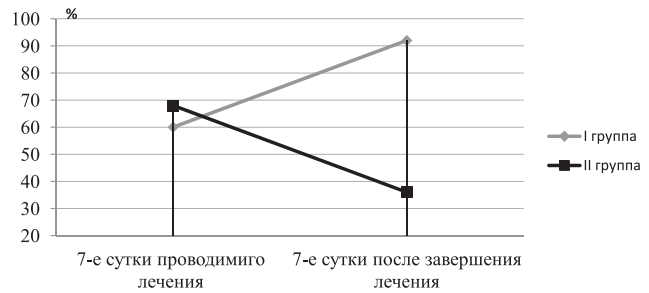
Согласно 3-балльной шкале оценки выраженности жалоб и клинических симптомов при КВВ [3] легкая степень (1 балл) регистрировалась у 12 пациенток (40 %) I группы и 13 беременных (43 %) во II группе; умеренная степень (2 балла) – в I группе у 14 (47 %), во II группе у 11 женщин (37 %); тяжелая степень (3 балла) – у 4 (13 %) и 6 (20 %) беременных соответственно ( $p > 0,05$ ).

При обследовании микробиологическими методами грибы рода *Candida albicans* были выявлены у 24 пациенток (80 %) I группы и 22 женщины (72 %) II группы; *Candida tropicalis* – у 3 женщин (12 %) в I группе и у 2 беременных (8 %) II группы; *Candida glabrata* – у 2 (8 %) и 6 (20 %) беременных соответственно ( $p > 0,05$ ). Такая картина лишь подтверждает данные литературы о ведущей роли *Candida albicans* в этиологической структуре КВВ у женщин репродуктивного возраста [9].

Клинические исследования показали, что на фоне приёма антимикотика терапевтический эффект (исчезновение или значительное уменьшение симптомов заболевания) у большинства женщин (23 (76 %) в I группе и 24 (80 %) во II группе) наступил уже в первые сутки. К 3-м суткам от начала лечения клиническое выздоровление констатировали 27 беременных (92 %) I группы и 24 пациентки (80 %) II группы, на 6-е сутки все пациентки I и II групп исследования констатировали положительный клинический эффект от проводимой терапии (рис.1). Микробиологический контроль на 7-й день от начала лечения свидетельствовал об элиминации возбудителя из вагинального отделяемого у 18 пациенток (60 %) I группы и 20 беременных (68 %) II группы. У 12 (40 %) пациенток I группы и 10 беременных (32 %) II группы на фоне нормальной микроскопии вагинального



**Рис. 1. Наступление клинического эффекта в группах исследования**



**Рис. 2. Данные об этиологическом выздоровлении в группах исследования**

мазка при культуральном исследовании повторно были выделены *Candida albicans* в небольшом количестве ( $10^{2-3}$  КОЕ/мл) ( $p > 0,05$ ).

Контрольные микробиологические исследования на 7-й день после завершения лечения позволили установить полное клиническое и этиологическое выздоровление большинства пациенток I группы – 27 (92 %). На фоне 100% клинического выздоровления у 2 беременных (8 %) было констатировано кандидозительство – *Candida albicans* в количестве  $10^{2-3}$  КОЕ/мл ( $p < 0,05$ ). В то же время, микологическое выздоровление у пациенток II группы в указанный срок регистрировалось лишь у 11 (36 %) беременных (рис.2). О персистенции *Candida* во влагалищном биотопе 19 (64 %) пациенток II группы свидетельствовали результаты бактериологических исследований, где возбудитель обнаружился в количестве  $10^{4-8}$  КОЕ/мл ( $p > 0,05$ ). При этом у 17 беременных (56 %) II группы было констатировано бессимптомное течение заболевания. Это, в свою очередь, обуславливало необходимость дополнительного проведения антимикотической терапии.

Данные о динамике иммунологических показателей через 7 дней после завершения лечения у беременных обеих групп приведены в таблицах 1 и 2. Анализ изменений клеточного звена иммунитета показал, что до лечения количество Т-лимфоцитов у пациенток обеих групп было достоверно более низким, чем у здоровых беременных женщин, вошедших в контрольную группу. Так, на фоне лечения препаратом интерферона  $\alpha 2b$  с таурином в I группе достоверно увеличилось количество Т-лимфоцитов, которое после проведенного курса соответствовало показателям в КГ. У пациенток II группы уровень Т-лимфоцитов также повышался, однако к концу лечения сохранялся достоверно низкая его разница с соответствующим показателем I группы и КГ (табл. 1). Кроме того, до лечения о неблагоприятном состоянии местного иммунитета пациенток I и II групп свидетельствовали как достоверно низкий уровень  $CD4^+$  и  $CD8^+$  в сравнении с аналогичным показателем у пациенток КГ, так



Таблица 1

Показатели Т-звена иммунной системы у беременных с КВВ до и после лечения (M±m)

Показатели	КГ (n=20)	Сроки обследования	I группа (n=30)	II группа (n=30)
CD3+, %	60,3±1,7	До лечения	39,3±1,1*	38,8±1,5*
		После лечения	62,7±1,1°	46,4±2,2** ***°
CD4+, %	39,2±1,3	До лечения	19,5±0,6*	21,5±0,6*
		После лечения	37,4±0,8°	25,1±0,7* ****°
CD8+, %	26,2±1,1	До лечения	11,6±0,6*	14,3±0,4*
		После лечения	27,6±0,4°	26,9±0,8°
CD4+/CD8+	1,81±0,25	До лечения	1,33±0,06*	1,26±0,02*
		После лечения	1,79±0,09°	1,28±0,02** **
CD16	14,1±1,4	До лечения	8,8±0,4*	9,3±1,6*
		После лечения	13,9±1,6°	10,1±1,4* ****°

Примечание: \* – разница между КГ и беременными с КВВ достоверная (p<0,05); \*\* – разница между I и II группами достоверная (p<0,05); ° – разница результатов до и после лечения достоверная (p<0,05).

Таблица 2

Показатели гуморального иммунитета у беременных с КВВ до и после лечения (M±m)

Показатели	КГ (n=20)	Сроки обследования	I группа (n=30)	II группа (n=30)
CD19, %	27,0±1,4	До лечения	26,8±1,1	27,3±1,3
		После лечения	25,7±1,3	26,7±1,7
ЦИК, ед. опт. плотности	95,4±8,1	До лечения	176,6±10,3 *	177,1±9,4 *
		После лечения	96,1±3,9°	137,9±7,5****°

Примечание: \* – разница между КГ и беременными с КВВ достоверная (p<0,05); \*\* – разница между I и II группами достоверная (p<0,05); ° – разница результатов до и после лечения достоверная (p<0,05).

Таблица 3

Основные показатели родов и параметры новорожденных среди пациенток обследованных групп

Исследуемый параметр	I группа (n=30)	II группа (n=30)	КГ (n=20)
Средняя продолжительность родов – общая (ч)	18,3±1,2	16,5±1,6	17,7±1,3
Средняя продолжительность первого периода родов (ч)	16,7±16,5	14,5±12,1	15,3±14,4
Средняя продолжительность второго периода родов (ч)	2,1±2,5	1,9±3,8	1,9±2,5
Средняя продолжительность третьего периода родов (ч)	0,25±1,4	0,27±1,1	0,26±1,7
Длительность безводного промежутка (ч)	6,1±1,2	17,8±1,7****	6,6±1,3
Средняя масса тела новорожденного (г)	3692±275,5	3656±246,0	3702±221,0
Средняя оценка новорожденного по шкале Апгар на 1-й минуте (баллы)	8,4±0,8	8,9±0,3	8,8±0,2
Средняя оценка новорожденного по шкале Апгар на 5-й минуте (баллы)	8,8±0,5	8,3 ±0,1	8,6 ±0,1

Примечание: \* – разница между КГ и беременными с КВВ достоверная (p<0,05); \*\* – разница между I и II группами достоверная (p<0,05).

и субпопуляционный состав Т-лимфоцитов. На фоне достоверно низких показателей CD4+ и CD8+ у беременных с КВВ до лечения, отмечалось более выраженное угнетение Т-лимфоцитов, выполняющих хелперную функцию, что неблагоприятно отражалось на значении иммунорегуляторного индекса (соотношение CD4+/CD8+) в группах исследования. После лечения у всех пациенток I группы отмечалась нормализация количественных значений субпопуляций Т-лимфоцитов и устранение их дисбаланса (нормализация иммунорегуляторного индекса). В противоположность этому, во II группе, пациентки которой получали традиционную антимикотическую терапию, благоприятные количественные изменения претерпевал лишь показатель уровня CD8+. Вследствие этого, иммунорегуляторный индекс в указанной

группе оставался сниженным. Аналогичная динамика наблюдалась и при анализе уровня натуральных киллеров.

Как видно из таблицы 2, уровень В-лимфоцитов (CD19) у беременных с КВВ до и после лечения достоверно не отличался от показателей КГ. Количество ЦИК у беременных I и II групп до лечения было достоверно повышено в сравнении с таковым в КГ. После лечения нормализация уровня ЦИК отмечалась исключительно у пациенток I группы. У пациенток II группы уровень ЦИК значительно снижился, однако к концу лечения сохранялась достоверно высокая его разница с соответствующим показателем I группы и КГ (табл. 2).

Данные о течении родов и значимых параметрах новорожденных приведены в таблице 3.

Структура травм мягких тканей родового канала среди пациенток обследованных групп

Характер травмы	I группа (n=30)	II группа (n=30)	КГ (n=20)
Разрыв шейки матки	2 (8%)	6 (20%)***	2 (10%)
Разрыв стенки влагалища	1 (4%)	17 (56%)***	1 (5%)
Разрыв промежности	1 (4%)	13 (44%)***	0
Рассечение промежности (эпизиотомия, перинеотомия)	3 (12%)	7 (24%)***	2 (10%)

Примечание: \* – разница между КГ и беременными с КВВ достоверная ( $p < 0,05$ ); \*\* – разница между I и II группами достоверная ( $p < 0,05$ ).

Представленные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных различий среди показателей общей продолжительности родов, их 1-го, 2-го и 3-го периодов в группах исследования и соответствии таковых значениям в КГ ( $p > 0,05$ ).

Наиболее продолжительный безводный промежуток демонстрировали пациентки II группы, его значение составило  $17,8 \pm 1,7$  ч, что достоверно отличалось от показателей I группы и КГ ( $p < 0,05$ ). Тогда как средняя продолжительность безводного промежутка в I группе и КГ была сопоставима и достоверных различий не имела ( $p > 0,05$ ).

Средняя масса новорожденных в группах исследования была сопоставимой ( $p > 0,05$ ). А оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте была высокой (выше 8 баллов) и также существенно в группах не различалась ( $p > 0,05$ ).

Анализ структуры травм мягких тканей родового канала в исследуемых группах показал, что пациентки II группы наиболее часто подвергались интрапаритальным механическим повреждениям родовых путей абсолютно на всех уровнях (табл. 4). Чаще всего у них регистрировались такие повреждения как разрыв стенки влагалища – 17 (56 %) и разрыв промежности – 13 (44 %) ( $p < 0,05$ ). Также у пациенток II группы чаще всего требовалось выполнять в родах такие операции как эпизио- и перинеотомия 7 (24 %) ( $p < 0,05$ ).

В то же время, пациентки I группы, получившие комплексное лечение рецидивирующего КВВ в III триместре беременности препаратом *интерферон  $\alpha 2b$  с таурином* (по 1 суппозиторию в дозе 250 000МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней), достоверно реже имели родовые травмы шейки, влагалища и промежности в сравнении со II группой ( $p < 0,05$ ). При этом регистрируемая у пациенток I группы частота травм мягких тканей родового канала не имела достоверной разницы с соответствующими показателями КГ ( $p > 0,05$ ). Сопоставимым было также и количество случаев рассечения промежности в родах среди пациенток I группы и КГ ( $p > 0,05$ ).

В обследуемых группах все пациентки с травмами мягких тканей родового канала наблюдались с первых суток послеродового периода. Жалобы на боли и отек в области послеродовых швов в течение 1-2 дней после родов наиболее часто отмечали роженицы II группы – 20 (68 %) пациенток ( $p < 0,05$ ). Аналогичные жалобы в I группе регистрировались у 5 (16 %) женщин, что достоверно не отличалось от КГ – 4 (15 %) роженицы ( $p > 0,05$ ).

Гиперемия в области швов через 1-2 суток не выявлялась ни у одной из рожениц I группы и КГ ( $p > 0,05$ ). В ходе проведения исследования 1 роженица (4 %) I группы на 4-й день предъявила жалобы на жжение во влагалище. Однако при физикальном обследовании отека и гиперемии в области швов не выявлено. У пациенток II группы явления гиперемии сохранялись на протяжении 3-4 суток послеродового периода и имели место в 18 (60 %) случаях ( $p < 0,05$ ).

На 5-е сутки послеродового периода оценивался характер заживления швов, при разрывах шейки матки проводился осмотр в зеркалах. У всех рожениц I группы отмечено

заживление швов первичным натяжением без признаков инфекции, что соответствует показателям в КГ ( $p > 0,05$ ). Все роженицы обеих групп выписаны домой с новорожденными на 5-е сутки послеродового периода. В то же время, у 6 (20 %) рожениц II группы выявлены признаки инфицирования швов с частичным расхождением. Инфекция швов промежности протекала без эпизодов подъема температуры тела и сопровождалась исключительно изменениями воспалительного характера во влагалищных мазках (более 50-60 лейкоцитов в поле зрения, присутствие кокковой флоры, мицелия грибка и клочевых клеток). Такое заживление послеродовых швов требовало дополнительного назначения санации влагалища (обработка раствором перекиси водорода, тампоны с гипертоническим раствором, а также местная антибактериальная терапия). После проведения дополнительной обработки послеродовых швов в течение 5-ти дней все пациентки II группы демонстрировали положительный клинический эффект с сохранением минимальных явлений воспаления в мазках у 2 (8 %) рожениц (количество лейкоцитов 10-15 в поле зрения). После проведенной дополнительной терапии роженицы II группы с новорожденными были выписаны домой на 10 сутки. Наложения вторичных швов ни в одном из случаев не потребовалось.

## ВЫВОДЫ

1. О высокой эффективности препарата *интерферон  $\alpha 2b$  с таурином* в предродовой санации влагалища беременных с рецидивирующим КВВ свидетельствуют результаты микробиологического контроля на 7-й день после завершения комбинированного лечения, где пациентки I группы демонстрируют полное клиническое и этиологическое выздоровление в 28 (92 %) случаях. Тогда как на фоне 100 % клинического выздоровления микологическая элиминация у пациенток, получающих стандартную антимикотическую терапию без иммуномодуляторов, установлена лишь у 11 (36 %) беременных ( $p < 0,05$ ).

2. Включение препарата *интерферон  $\alpha 2b$  с таурином* в антимикотическую терапию рецидивирующего КВВ в III триместре беременности демонстрирует благоприятную динамику ряда иммунологических показателей, о чем свидетельствуют достоверное увеличение уровня Т-лимфоцитов, показателей CD4+ и CD8+, а также увеличение иммунорегуляторного индекса у пациенток I группы ( $p < 0,05$ ) и сопоставимость данных показателей с таковыми в КГ ( $p > 0,05$ ).

3. Проведенное клиническое исследование применения препарата *интерферон  $\alpha 2b$  с таурином* в лечении рецидивирующего КВВ беременных перед родами демонстрирует низкую частоту родового травматизма на уровне шейки (8 %), влагалища (4 %) и промежности (4 %) у пациенток I группы, что не имело статистически значимых различий с соответствующими показателями КГ ( $p > 0,05$ ). Это позволяет рекомендовать интерферон  $\alpha 2b$  с таурином как высокоэффективное средство в профилактике и снижении частоты возникновения травм мягких тканей родового канала.

4. Применение препарата *интерферона α2b с таурином* в лечении рецидивирующего КВВ беременных перед родами привело к благоприятному течению послеродового периода у всех пациенток с травмами мягких тканей родового канала в I группе, тогда как во II группе явления гиперемии на протяжении 3-4 суток послеродового периода сохранялись у 18 (60 %) женщин, а у 6 (20 %) родильниц на 4-е сутки были выявлены признаки инфицирования швов с частичным расхождением ( $p < 0,05$ ).

5. При использовании препарата *интерферона α2b с таурином* в лечении рецидивирующего КВВ беременных перед родами случаев возникновения нежелательных побочных реакций у рожениц и у новорожденных не отмечено.

**Профілактика акушерського травматизму та ускладнень пuerperium у жінок, страждаючих рецидивуючим кандидозним вульвовагінітом**  
**С.Р. Галич, О.М. Каланжова**

У роботі представлені результати комплексного інтравагінального використання антимікотичного препарату та інтерферону α2b з таурином в лікуванні рецидивуючого кандидозного вульвовагініту (КВВ) у вагітних перед пологами як одного з напрямків профілактики та зниження у них частоти виникнення травм м'яких тканин

родового каналу. Визначена імунологічна роль препарату інтерферону α2b з таурином у підвищенні ефективності антимікотичних терапевтичних схем у вагітних у III триместрі. Доведено суттєвий сприятливий вплив препарату інтерферону α2b з таурином на попередження виникнення родового травматизму у пациенток з рецидивуючим КВВ і перебіг у них післяпологового періоду.

**Ключові слова:** вагітність, рецидивуючий кандидозний вульвовагініт, родовий травматизм, інтерферон α2b з таурином.

**Prevention of delivery injuries and puerperium complications in patients with relapsing candidal vulvovaginitis**  
**SR Galych, OM Kalanzhova**

The article presents results of the complex intravaginal use of an antifungal agent and interferon α2b + taurine in the treatment of relapsing candidal vulvovaginitis (CVV) in pregnant women before delivery as one of procedures for the prevention and reducing the incidence of injuries of soft tissues of birth canal. Interferon alfa-2b + taurine has been found to increase the efficacy of antifungal regimens in the third trimester of pregnancy. Interferon alfa-2b + taurine has been found to have a significant favorable effect in the prevention of delivery injuries and puerperium complications in patients with relapsing CVV.

**Key words:** pregnancy, relapsing candidal vulvovaginitis, delivery injuries, interferon α2b + taurine

**Сведения об авторах**

**Галич Светлана Родионовна** – Одесский национальный медицинский университет, 65000, г. Одесса, ул. Ак. Заболотного, 32; тел.: (048) 750-01-77

**Каланжова Ольга Михайловна** – Одесский национальный медицинский университет, 65000, г. Одесса, ул. Ак. Заболотного, 32; тел.: (096) 763-19-24

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Зиганшин А.М. Факторы риска возникновения травм промежности / А.М. Зиганшин, В.А. Кулавский // IX всероссийский научный форум «Мать и дитя» – М., 2007. – С. 84–85.  
2. Зиганшин А.М. Способ прогнозирования травмы мягких тканей родовых путей / А.М. Зиганшин, В.А. Кулавский // III международный конгресс по репродуктивной медицине: спец. выпуск. «Проблемы репродукции» – М., 2009. – С. 79.  
3. Синчихин С.П. Современные аспекты вульвовагинального кандидоза (Обзор литературы и результаты собственных исследований) / С.П. Синчихин, О.Б. Мамиев, А.А. Сувернева. Consilium medicum, 2009. – Т. 11, № 6. – С. 42–46.  
4. Карапетян Т.Э. Беременность и вагинальный кандидоз: современное состояние проблемы: обзор литературы / Т.Э. Карапетян // Гинекология. – 2011. – Т. 10, № 2. – С. 4–8.  
5. Attitudes and experience of women to common vaginal infections / S.R. Johnson, H. Griffiths, F.J. Humberstone [et al.] // Journal of lower genital tract disease. – 2010. – Vol. 14, № 4. – P. 287–294.  
6. Хаитов Р.М., Иммуномодуляторы и некоторые аспекты их клинического применения. / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // Клиническая медицина 2009. – 9 (1): 34–47.  
7. Modified classification of microscopic evaluation of vulvovaginal infections / J. Masata, M. Poislövb, A. Jedlickövb [et al.] // Ceskb gynekologie. – 2010. – Vol. 75, № 3. – P. 199–208.  
8. Андронов А.М. Теория вероятности и математическая статистика / А.М. Андронов, Е.А. Копытов, Л.Я. Гринглаз. – СПб.: Питер, 2004. – 460 с.  
9. Гейро О.А. Клинико-лабораторная характеристика генитального кандидоза у беременных женщин / О.А. Гейро // Проблемы медицинской микологии. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 32–36.

Статья поступила в редакцию 28.08.2013