

УДК 618.15-002.828-022:578.8

© В. О. Бенюк, О. А. Щерба, 2013.

ЛІКУВАННЯ ХЛАМІДІЙНО-КАНДИДОЗНОГО ЦЕРВІКОВАГІНІТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

В. О. Бенюк, О. А. Щерба

*Кафедра акушерства і гінекології №3 (зав. – професор В. О. Бенюк), Національний медичний університет імені
О. О. Богомольця; 01601, Україна, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13; E-mail: benyuk@i.ua*

TREATMENT OF CHLAMYDIA-CANDIDA CERVIKOVAGINITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

V. A. Benyuk, E. A. Scherba

SUMMARY

The effectiveness of proposed treatment of Candida-chlamydial cervikovaginitis in women of reproductive age has been estimated in comparison to standard methods. It has been shown that the use of makmiror tantum and rose complex in anti-inflammatory therapy accelerates the healing process and anti-infective resilience of the vaginal mucosa and cervix.

ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНО-КАНДИДОЗНОГО ЦЕРВИКОВАГИНИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В. А. Бенюк, Е. А. Щерба

РЕЗЮМЕ

Оценена ефективність предложенного лечения хламидийно-кандидозного цервиковагинита у женщин репродуктивного возраста по сравнению со стандартными методами. Показано, что использование в составе комплексной противовоспалительной терапии макмирор комплекса и тантум розы ускоряет процесс выздоровления и восстановительной способности антиинфекционной резистентности слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Ключові слова: хламідійно-кандидозний цервіковагініт, діагностика, лікування, макмірор комплекс, тантум роза.

Проблема зростання інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), є традиційно актуальною протягом останніх років. Проте, як свідчать сучасні дослідження, урогенітальні інфекції майже завжди полімікробні, внаслідок чого втрачається їх специфічність [3].

Урогенітальний хламідіоз, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед ІПСШ знаходиться на II місці. В Україні частота його складає до 30,0-60,0% [1]. Висока частота випадків асоціацій інфекції, у першу чергу з грибовою [2, 5]. Частота кандидозу складає 30,0-45,0% в структурі інфекційних вульвовагінітів [4, 6]. Це визначає соціальну та економічну значимість даної проблеми.

У зв'язку з вищезазначеним, сучасне й адекватне призначення лікування хламідійно-грибової інфекції у жінок репродуктивного віку є актуальною проблемою сучасної медицини. Крім того, використання препаратів локальної дії за своєю ефективністю не поступається системним препаратам [2].

Метою нашої роботи стало впровадження методу комплексної терапії хламідійно-кандидозних цервіковагінітів.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне дослідження 138 жінок у віці від 18 до 45 років з клінічними проявами і мікробіологічно підтвердженим діагнозом хламідійно-кандидозного цервіковагініту, які (згідно протоколу) відповідали критеріям включення. Усі хворі були рандомізовані на дві групи – основну (I) й групу порівняння (II), ідентичні за віком, ступенем вираження й тривалості запального процесу.

В I групу увійшло 72 жінки, яким проводилась запропонована терапія: антибіотик групи макролідів азімед, імуномодулятор нуклеїнат, місцево – антисептичний та дезінфікуючий розчин тантум роза та вагінальні супозиторії макмірор комплекс за стандартними схемами. В II групу було включено 66 пацієнток, яким проводилась терапія, що включала доксициклін з одночасним призначенням піхвових свічок клотримазол за протокольними схемами. У контрольну групу увійшло 20 гінекологічно здорових жінок.

Контроль ефективності лікування оцінювали на основі динаміки скарг, клінічних симптомів захворювання, ерадикації збудників, за даними імунологічних досліджень на 5, 10 і 20 добу лікування, а також через 3, 6 та 12 місяців після закінчення терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз клінічної характеристики обстежених хворих показав, що до факторів ризику по розвитку хламідійно-кандидозної інфекції слід віднести: вік жінок від 20 до 25 років, порушення менструальної функції, хронічні запальні процеси, трансмісивне інфікування, нераціональне використання засобів гормональної контрацепції, перехідні погодні умови (в осінньо-весняний період), стресові ситуації, менструації, невпорядковане статеве життя.

При ідентифікації *Chlamydia trachomatis* (полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), імуноферментний аналіз (ІФА)) було встановлено у всіх спостереженнях. Основним збудником кандидозу була *Candida albicans* – у 92,7% пацієнток.

У всіх досліджуваних жінок спостерігались клінічні прояви цервіковагініту змішаної етіології. Аналіз клінічного перебігу проведеної терапії показав, що в I групі дані скарги зникали вже на 2-3 добу, тоді як у II групі зменшення свербіжжя й печі відзначено значно пізніше (на 4-6 добу).

Отримані дані клінічної картини захворювання корелювали з показниками стану імунної системи. Так, при дослідженні вмісту специфічних імуноглобулінів (IgM і IgG) у сироватці крові хворих жінок встановлено значне підвищення як рівня антихламідійних, так і антикандидозних імуноглобулінів більше ніж у 1,5-2 рази порівняно з контрольною групою. Протягом лікування тільки у пацієнток I групи рівень антихламідійного і антикандидозного IgG мав достовірну тенденцію до збільшення. Дослідження вмісту лізоциму у пацієнток показало достовірне зниження його рівня в цервікальному слизі у 2,8 рази порівняно з відповідними показниками у крові. Протягом лікування виявлено достовірне підвищення рівня даного показника у цервікальному слизі, особливо у хворих I групи – у 2,3 рази (у II групі – у 1,8 рази).

Найближчі й віддалені результати ефективності лікування показали скорочення тривалості рецидиву (майже у 2 рази), подовження міжрецидивного періоду (майже у 1,5 рази, у середньому на $24,7 \pm 1,4$ доби) і зниження титрів специфічних імуноглобулінів

до *Chlamydia trachomatis* за даними ІФА (більше ніж у 2 рази), відсутність *Chlamydia trachomatis* за даними ПЛР, а також відсутність грибів роду *Candida* за результатами бактеріоскопічних й бактеріологічних методів досліджень піхвових виділень протягом року, поліпшення загального стану організму і якості життя обстежуваних жінок, що отримували запропоновану нами терапію, порівняно з пацієнтками II групи.

ВИСНОВКИ

Таким чином, нами встановлено протирецидивну та елімінаційну ефективність, відновлювальну здатність антиінфекційної резистентності при використанні запропонованої нами комплексної терапії хламідійно-кандидозного цервіковагініту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авкобян В. А. Урогенитальная хламидийная инфекция: 25 лет спустя / В. А. Авкобян // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 4 (33). – С. 188–192.
2. Бенюк В. А. Бактериальный вагиноз, осложненный кандидозным вульвовагинитом. Современные подходы к диагностике и лечению / В. А. Бенюк, Е. А. Дындарь, Т. В. Ковалюк // Здоровье женщины. – 2009. – № 7. – С. 132–136.
3. Вдовиченко Ю. П. Современные аспекты профилактики и лечения вульвовагинита смешанного генеза / Ю. П. Вдовиченко, П. Н. Баскаков, К. Н. Масленников // Здоровье женщины. – 2009. – № 6. – С. 57–58.
4. Особенности клинического течения и лечения различных форм урогенитального кандидоза / С. С. Леуш, Г. Ф. Рощина, О. Ф. Полтавцева [и др.] // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 4 (132). – С. 2–3.
5. Sary A. European guidelines for management of Chlamydial infection / A. Sary // Int. J. of STD and AIDS. – 2001. – Vol. 12, Suppl. 3. – P. 30–34.
6. Szymankiewicz M. Wrażliwość in vitro na flukonazol szczepów *Candida parapsilosis* izolowanych z różnych materiałów klinicznych / M. Szymankiewicz // *Micologia lekarska*. – 2007. – Vol. 14, № 1. – P. 37–40.