зменшення частоти загрози гіпоксії плода (4,0 %) та передчасного виливу навколоплідних вод (16,0 %) (P<0,05).

Всього народилося 70 дітей, всі доношені. У жінок I групи з оцінкою за шкалою Апгар 8 і вище балів народилося лише 9 дітей (20 %), з оцінкою 7-7 балів – 19 дітей (43,3 %), 6-7 балів – 9 новонароджених (20 %), 6 (13,3 %) дітей у досить тяжкому стані – 5-6 балів і двоє (4,4 %) – 4-5 балів за шкалою Апгар. У жінок II групи з оцінкою за шкалою Апгар 8 і вище балів народилося 11 дітей (44 %), з оцінкою 7-7 балів – 12 (48 %), двоє дітей – з оцінкою 6-7 балів (8 %).

Проведені гормональні динамічні дослідження у II половині вагітності відповідали клінічним проявам вищеназваних ускладнень вагітності і пологів. Зокрема, у більшості жінок I групи у II половині вагітності спостерігались переважно патологічні типи мазків (більше 75 %). Патологічні мазки включали "естрогенний", "атрофічний" і "регресивний" типи, які відображували різні якісні та кількісні порушення у гормональному балансі організму вагітних. Відсоток поверхневих клітин у мазках "естрогенного" типу досягав 10-40, клітин з пікнотичним ядром – 35, забарвлених еозинофільно – 33. Кількість парабазальних клітин у мазках "атрофічного" та "регресивного" типів коливалася від 0,5 до 4 %. Наприкінці вагітності переважно відмічалися мазки атрофічного та регресивного типів. В усіх патологічних мазках відмічалося зниження прогестеронового впливу на піхвовий епітелій. Це проявлялося склеюванням клітин і утворюванням пластів. Треба відзначити, що у жінок II групи, які отримували у складі терапії епадол, також мало місце порушення гормональної функції плаценти за даними кольпоцитології, але частота їх була значно меншою, ніж така у жінок I групи (45 %).

Отримані дані кольпоцитологічних досліджень корелювали з результатами вивчення екскреції естріолу з сечею. Так, концентрація естріолу у жінок I групи у термін вагітності 31-36 тижнів склала (31,9±1,6) мкмоль/добу, у терміні вагітності 38-40 тижнів – (38,2±3,2) мкмоль/добу, а у жінок II групи – (42,8±2,4) і (50,0±2,5) мкмоль/добу, відповідно, p<0,05 (контрольні показники – (44,7±2,0) та (52,0±2,3) мкмоль/добу, відповідно).

Результати дослідження вмісту деяких ПНЖК у плазмі крові обстежених вагітних представлені у таблиці 1.

**Таблиця 1. Вміст деяких ПНЖК в плазмі крові вагітних (% від загального вмісту жирних кислот)**

| Вид ПНЖК | I група | Здорові вагітні | Вірогідність різниці, P |
|---|---|---|---|
| Клас ω-3: ЕПК 20:5 | 0,16±0,04 | 0,28±0,03 | < 0,01 |
| ДГК 22:6 | 1,90±0,31 | 2,91±0,24 | < 0,01 |
| Клас ω-6: ЛК 18:2 | 25,3±0,22 | 28,83±0,3 | > 0,05 |
| АК 20:4 | 3,74±0,04 | 4,69±0,04 | < 0,05 |

Отримані дані клінічних спостережень перебігу вагітності і пологів у жінок II групи у зіставленні з даними гормональних досліджень стану фетоплацентарного комплексу свідчать про позитивний вплив препарату "Епадол" у складі комплексної терапії як на клінічні дані, так і на показники, які характеризують функціональну активність фетоплацентарної системи.

Найбільш вірогідними механізмами зменшення вищеназваних ускладнень вагітності і пологів, на нашу думку, є, по-перше: тромболітична дія епадолу, яка реалізується через зміну складу ліпідів клітинних мембран, у тому числі мембран тромбоцитів, вона характеризується зменшенням рівня АК і підвищенням рівня ЕПК, наслідком чого є зниження синтезу тромбоксану А2 та ейкосаноїдів та підвищення синтезу тромбоксану А3 і ейкосаноїдів Е3 (попередником яких є ЕПК, які не володіють коагулюючою дією); по-друге, вплив ПНЖК на синтез вазодилатуючих простагландинів або інших вазоактивних субстанцій, пов'язаних з регуляцією судинного тонусу [2,3,4].

Як свідчать дані, наведені у таблиці, в крові обстежених вагітних жінок першої групи мало місце достовірне зниження концентрації ПНЖК порівняно з таким у здорових жінок, які отримували раціональне харчування. Особливо це стосується ПНЖК сімейства омега-3 ЕПК і ДГК, вміст яких у крові обстежених жінок був достовірно нижчим. Отримані дані підтверджують думку, що порушення взаємозв'язків між класами ϖ-3 та ϖ-6 ПНЖК можуть відігравати суттєву роль у патогенезі вивчених ускладнень, в першу чергу – пізніх гестозів.

В зв'язку з цим включення в дієту епадолу як харчового додатку для вагітних з серцево-судинними захворюваннями може, певно, запобігти падінню концентрації ПНЖК в крові і тим самим стати одним з чинників профілактики та лікування вказаних ускладнень вагітності.

Вплив комплексної терапії із включенням препарату "Теком" у жінок з серцево-судинними захворюваннями на склад молока є завданням подальших досліджень.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Тутченко Л.І., Марушко Т.Л. Характер харчування і деякі показники ліпідного обміну у вагітних, породілей груп високого ризику // Вісн. наук. досліджень. – 2003. – №1. – С.182-184.

2. Панченко В.М., Исаева В.А. Противотромботическая терапия в клинической практике, новое в теории, диагностика, лечение// V Международная конф. – С.Пб., 1993. – Т.4. – С. 112.

3. Погожаева А.В. Клинико-патогенетическое обоснование применения ПНЖК омега-3 у больных ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью гиперлипопротеинемиями: Автореф. дис… д-ра мед. наук – М., 1995.

4. Сидорова И.С. Поздний гестоз. – М., 1996.

УДК 618.2/3:616–08:616.594.171.2:618.15.002

**Щурко М.І., Хіменко М.В., Теплякова Г.В., Захарченко О.Б., Янчук Л.І.**

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНИХ ВАГІНІТІВ У ВАГІТНИХ

**Пологове об'єднання №4 м. Одеси**

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНИХ ВАГІНІТІВ У ВАГІТНИХ – Обстежено 148 вагітних зі змішаними формами кандидозів, яким призначали різні комбіновані схеми лікування: пімафуцин, клотримазол, поліжинакс, гіно-певарил в комбінації з фітозборами або хлоргексидином та полівітамінами для вагітних.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що призначення пімафуцину для лікування вагінітів малоефективне. Позитивні результати отримані в групі вагітних, які приймали клотримазол, особливо при лікуванні кандидозів з трихомонадними запаленнями піхви. Найбільш ефективними виявилися поліжинакс та гіно-певарил. У вагітних, які приймали ці препарати, оздоровлення спостерігалося в 87,8-92 % випадків. Післяпологовий період перебігав без ускладнень.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНИХ ВАГИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ – Обследовано 148 беременных со смешаными формами кандидозов, которым назначались различные комбинированные схемы лечения: пимафуцин, клотримазол, полижинакс, гипо-певарин в комбинации с фитосборами или хлоргексидином и поливитаминами для беременных. Анализ полученных результатов свидетельствует, что назначение пимафуцина для лечения кольпитов малоэффективное. Положительные результаты получены в группе

беременных, которые принимали клотримазол, особенно при лечении кандидозов с трихомонадными воспалениями влагалища. Найболее эффективными оказались полижинакс и гипо-певарил. У беременных, которые принимали эти препараты оздоровление наблюдалось в 87,8-92 % случаев.

Течение послеродового периода – без осложнений.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF LOCAL TREATMENT OF CANDIDIOUS VAGINITES IN PREGNANT WOMEN – 148 pregnant women with the mixed forms of candidiases are inspected. The combined treatment was prescribed: Pimafucinum, Clotrimazolum, Polyginax, Gino-pevarilum in a combination with herb collections or Chlorgexedinum and polyvitamins for the pregnant woman.

The analysis of the obtained outcomes testifies, that the prescription of Pimafucinum for treatment of candidious vaginites was of small efficiency. The positive outcomes are obtained in group of the pregnant women, who used Polyginax and Gino-pevarilum. the The convalescence occurred in 87,8-92 % cases of the pregnant woman taking these drugs. After labor the complications were not supervised.

**Ключові слова**: кандидози, вагініти, лікування.
**Ключевые слова**: кандидозы, вагиниты, лечение.
**Key words**: candidiases, vaginites, treatment.

**ВСТУП** В останні роки збільшилась кількість хворих та вагітних з запальними захворюваннями піхви, які виявляються при обстеженні у 30-35 % гінекологічних хворих та 35-40 % вагітних [1, 2]. При бактеріальному вагініті в біоценозі піхви різко зменшуються або зовсім відсутні лактобактерії, переважають бактероїди, гарднерели, мікоплазми та інші збудники. Часто вагініти поєднуються з кандидозами.

Кандидоз – захворювання слизових оболонок піхви, шкіри та внутрішніх органів, які викликаються грибами роду Candida. Одним з найбільш частих проявів кандидозу є захворювання сечостатевого тракту. Сечостатевий кандидоз викликається грибами роду Candida і в 90 % випадків – Candida albicans. Перший епізод захворювання на вагінальний кандидоз часто відмічається під час вагітності. Вірогідність колонізації грибами Candida та розвиток кандидозу зростає саме в цей період. Особливо великий ризик розвитку кандидозу в останньому триместрі вагітності.

Виникненню урогенітального кандидозу сприяють ендогенні фактори – ендокринопатії, зниження імунологічної реактивності організму, авітамінози та екзогенні фактори – антибіотикотерапія, приймання гормональних лікувальних та контрацептивних препаратів, цитостатиків, променева терапія.

В наш час немає загальноприйнятої клінічної класифікації урогенітального кандидозу. Розрізняють: кандидоносійство, гострий та хронічний (рецидивуючий) урогенітальний кандидоз.

Характерним проявом урогенітального кандидозу на слизових оболонках є поява різко обмеженого сіро-білого нальоту, ніби вкрапленого в слизову оболонку зовнішніх статевих органів та піхви. Виділення можуть бути серозними, пластівчастими, сироподібними або густими вершкоподібними. Суб'єктивно відмічаються сверблячка, печія, біль при сечовипусканні в ділянці розчісування.

Діагноз встановлюється на основі мікроскопічного виявлення грибів роду Candida, бластоспор, псевдоміцелію. Найбільш вірогідним є дослідження культури з кількісним підраховуванням колоній грибів.

Місцева протигрибкова терапія залишається основною ланкою будь-якої схеми лікування вагінальних кандидозів. Головною перевагою місцевої терапії перед системною є прямий вплив на орган-мішень та відсутність системних ефектів [3]. Вибір фармакологічних препаратів для лікування вагінальних кандидозів дуже широкий, клінічна ефективність їх, переносимість та вплив на метаболічні процеси жіночого організму неоднозначний [4]. З метою вибору найбільш ефективних схем місцевого лікування у вагітних нами проведена оцінка клінічної ефективності препаратів: пімафуцину, клотримазолу, поліжинаксу та гіно-певарилу.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Нами проведений аналіз лікування 148 вагітних у віці від 17 до 30 років, які мали змішані форми вагінітів з кандидозами. Всім вагітним проводилося спочатку мікроскопічне дослідження на мікрофлору піхви, а потім – дослідження культури з кількісним підраховуванням колоній грибів. Термін спостереження – від моменту встановлення діагнозу до пологів. Пімафуцином проліковано 15 вагітних, клотримазолом – 35, поліжинаксом – 41, гіно-певарилом – 57.

В комбінації з препаратами призначали: санацію піхви фітозбором або хлоргексидином, полівітаміни для вагітних. Після лікування проводилось дослідження на мікрофлору та дослідження культури виділень піхви.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** З усієї групи спостереження 15 вагітних проліковано пімафуцином. При обстеженні цієї групи в мазках на мікрофлору спостерігалися клітини міцелію, лейкоцити до 40-50 в полі зору, мікрофлора була змішана. Вагітних розділили на 2 групи. В першій, яка складала 9 вагітних, призначали пімафуцин протягом 7 днів. Друга група з 9 вагітних отримувала свічки пімафуцину місцево та 100 мг перорально протягом 7 днів. При контрольному дослідженні після лікування тільки у одної хворої мікрофлора піхви була без патології. У 14 вагітних після проведеного лікування мікрофлора піхви містила в собі гриби Candida і їм був призначений повторний курс лікування поліжинаксом та гіно-певарилом.

Клотримазолом проліковано 35 вагітних у віці від 19 до 30 років. У 30 вагітних в мазках спостерігалися клітини міцелію, лейкоцити спостерігалися в межах від 70-80 до суцільних в полі зору. Мікрофлора піхви змішана – коки та палички. У 5 вагітних в мазках спостерігалися трихомонади.

Лікування проводилося протягом 10 днів. Місцево призначали клотримазол в свічках. Після проведеного лікування при контрольному дослідженні у 8 вагітних результат був негативним і їм призначений повторний курс лікування поліжинаксом та гіно-певарилом.

Поліжинаксом проліковано 41 вагітну у віці від 18 до 28 років. В мазках спостерігалися спори міцелію, лейкоцити від 60 до 100 в полі зору, у 5 вагітних – суцільно в полі зору. Поліжинакс призначався в вигляді свічок місцево протягом 12 днів. Після лікування при контрольному дослідженні тільки у 5 вагітних результат був негативним. Їм був призначений повторний курс лікування.

Гіно-певарилом проліковано 57 вагітних у віці від 17 до 30 років. У всіх вагітних при дослідженні в мазках на мікрофлору спостерігалися клітини міцелію, лейкоцити від 60-100 до суцільних в полі зору. Лікування проводилося протягом 10 днів. При проведенні контрольного дослідження тільки у 2 вагітних результати лікування були негативними. Їм також був проведений повторний курс лікування.

**ВИСНОВКИ** Таким чином, отримані нами результати свідчать про те, що місцеве лікування кандидозних вагінітів різними фармакологічними препаратами при вагітності має неоднозначні результати. Позитивний результат отриманий при лікуванні кандидозних вагінітів поліжинаксом та гіно-певарилом. Ці препарати мають позитивний ефект в 87,8-92 % випадків, не мають побічних ефектів і можуть бути використані в акушерській практиці при лікуванні кандидозних вагінітів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Микобиологическая характеристика инфекции влагалища, вызванной грибами рода кандида, ЗППП – 1998, 2. – С. 12-14.

2. Адаскевич В.П. Заболевания передаваемые половым путем. – М: Медкнига, 1999. – С. 416.

3. Кисина В.И., Брагина Е.Е. Особенности клинического проявления и терапии урогенитального кандидоза у женщин репродуктивного возраста. – Вестник дерматологи и гинекологии. – 1999. – №6. – С. 51-55.

4. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Н. Результаты клинического применения препарата гинезол-7// Информационное письмо Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. – Москва, 2000. – С. 17.