

**И.А. СИМЧЕРА, Е.Ф. КИРА,  
В.М. ДОБРЫНИН**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Военно-медицинской академии,  
НИИ Военной медицины МО РФ,  
Санкт-Петербург

## **ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Изучена клиническая  
эффективность Гино-  
Певарила (ГП) при лечении  
острого  
(30 пациенток) и  
хронического  
(38) кандидозного  
вульвовагинита во время  
беременности. В конце курса  
лечения ГП клинически и  
лабораторно подтвержденное  
выздоровление отмечено в  
первой группе у 80.0%  
женщин, во второй и третьей  
- у 76.3%. Гино-Певарил  
является эффективным  
препаратом для местного  
лечения острых и  
хронических кандидозных  
вагинитов.**

До настоящего времени инфекции влагалища относятся к числу наиболее частых заболеваний у женщин. Среди них кандидоз стойко занимает второе-третье место, его частота по нашим и зарубежным данным составляет в среднем 31.3% и неуклонно растет [1, 4, 9, 14].

Вагинальный кандидоз (ВК) у беременных встречается по различным данным в 30-40% случаев [13]. Перед родами этот показатель, достигает 44.4% [10,11]. Столь высокая частота возникновения кандидозов влагалища во время беременности обусловлена рядом факторов:

1) изменениями гормонального баланса во время беременности, в частности - гиперэстрогении организма,

2) накоплением гликогена в эпителиальных клетках, обусловленного увеличением количества эстрогенов,

3) иммуносупрессивным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови иммуносупрессорного фактора, связанного с альфа-2-глобулином.

Установлено, что имеется связь между частотой возникновения ВК и рядом факторов риска: паритет, возраст, изменение гормонального статуса до беременности (прием оральных контрацептивов, сахарный диабет), течение и срок беременности, социальный статус [11,13]. В 54% случаев ВК возникает при беременности на фоне сахарного диабета или гестоза. Существует связь между сроком беременности и частотой возникновения ВК. Так, при сроке беременности 24 недели частота ВК составляет

22.5%, 28 недель - 30%, а 36 недель - 27.5% [10]. *S. albicans* вызывает заболевания у женщин в 26% наблюдений, в анамнезе которых одни или двое родов, а после третьих родов эта цифра удваивается [12]. Что касается социального статуса, то у служащих частота ВК в популяции составляет 26.1%, а у рабочих - в 2 раза выше [13].

Основная роль в возникновении ВК принадлежит *S. albicans*. Этот вид гриба выделяют в 84.2 - 91.0% всех случаев [11,13]. В меньшем проценте случаев высевают *Candida glabrata* и *Candida parapsilosis* - 5-17.5%.

Основным резервуаром грибов *Candida* является кишечник, из которого они проникают в гениталии женщин. В основе патогенеза ВК лежит адгезия грибов к эпителиальным клеткам влагалища, что приводит к колонизации слизистых оболочек грибами. Адгезия представляет собой результат взаимодействия адгезинов гриба, расположенных на его стенке, и комплементарных им рецепторов эпителиоцитов влагалища. По данным В.Л.Быкова (1986), полость влагалища благоприятна для прикрепления *Candida* к эпителиоцитам и колонизации их на слизистой оболочке: необходимые уровни питательных веществ (в частности высокая концентрация глюкозы, возрастающая при беременности), оптимальная температура. При этом изменение микробиоценоза влагалища (дисбактериоз, вирусные и бактериальные инфекции), а также низкие значения pH влагалищного содержимого способствуют усилению адгезии грибов рода *Candida* [2,15].

Группа	Способ введения	Суточная доза, мг	Продолжительность курса, дней
I	интравагинально	150	3
II	интравагинально	150	6*
III	интравагинально	100	7

\* - Курс по 3 дня с интервалом в 7 дней

Одним из основных факторов риска возникновения ВК во время беременности являются антибактериальная терапия и анемия [1, 9]. Кандидоз влагалища может быть причиной ряда осложнений во время беременности (самопроизвольный выкидыш, угроза прерывания, преждевременные роды, инфицирование плода и новорожденного). По данным ряда авторов, самопроизвольные выкидыши на ранних сроках беременности, угроза прерывания беременности увеличиваются в 1.5 раза, преждевременные роды, инфицирование плода и новорожденного - в 2.4 раза [5,7]. Инфицирование плода может произойти при прохождении через родовые пути вследствие проникновения возбудителя в амниотическую жидкость, при аспирации инфицированных вод [3, 6].

У новорожденных от матерей с кандидозом родовых путей может возникнуть широкий спектр заболеваний: от грибковых поражений ротовой полости, что создает трудности при кормлении, до клинической картины энцефалита, энтерита, грибкового сепсиса, пневмонии, генитальной инфекции [6].

Для ВК во время беременности характерно бессимптомное течение заболевания и частые рецидивы (13-22% наблюдений) [1, 4, 15].

Клинические проявления ВК во время беременности зависят от формы заболевания. При остром кандидозном вульвовагините больные предъявляют жалобы на зуд, жжение, дизурию, обильные молочные выделения из половых путей. При хронической форме беременные жалуются на обиль-

ные, гомогенные, белого цвета, чаще с неприятным запахом, выделения, которые могут быть от умеренных до скудных. Иногда жалоб вообще нет.

Исходя из сказанного становится очевидным, что ВК является не только гинекологической, но и серьезной акушерской проблемой. Следовательно, поиск новых способов лечения этого заболевания у беременных определяет актуальность исследований и становится реальным путем снижения материнской и детской заболеваемости и смертности.

Во всех группах проводилось лечение Гино-Певарилом (Янссен-Силаг, Швейцария), активным действующим веществом которого является эконазол нитрат (группа имидазола). Гино-Певарил (ГП) - это новый антимикотик с широким спектром противогрибковой и антимикробной активности. Препарат активен в отношении дрожжей, плесеней и грам-положительных бактерий. ГП в опытах *in vitro* обладает выраженным фунгицидным действием, изменяя проницаемость клеточных мембран гриба. Проникая в клетку, эконазол подавляет репликацию РНК и синтез белков, разрушает липидосодержащие продукты метаболизма в митохондриях [8]. Молекула содержит три атома хлора в отличие от четырех атомов хлора у большинства имидазолов. Меньшие размеры молекулы облегчают растворимость эконазола в липидах, что позволяет препарату лучше проникать в глубь тканей. Известно, что для успешной терапии микотических поражений важна не столько длительность проведения лечения, сколько ко-

личество активного противогрибкового препарата [4,14].

Исключительно важным является отсутствие влияния ГП на состояние плода, течение и исход беременности. По данным разных авторов, в большом числе наблюдений не было обнаружено мутагенного и тератогенного воздействия на плод или связи с осложнениями раннего постнатального периода новорожденного [1, 4, 14].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленными задачами в клинике акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии в период с 1995 по 1997 гг. было обследовано 68 беременных в возрасте от 19 до 39 лет в разные сроки гестации. У всех пациенток диагностирован ВК на основании предъявляемых жалоб, обнаружении *Candida albicans* при микроскопических и микробиологических исследованиях.

Все женщины были распределены на три группы, достоверно не отличающиеся по эпидемиологическим характеристикам (возраст, масса тела, профессия, семейное положение, акушерский и гинекологический анамнез).

В первую группу вошли 30 женщин, у которых был диагностирован острый кандидозный вагинит. Во вторую - 21, в третью - 17 беременных с хроническим кандидозным вагинитом, выделенные по способу применения и суточной дозе ГП.

Способы применения ГП представлены в таблице.

Повторные визиты к врачу и оценку эффективности лечения проводили через один месяц после окончания терапии. Одним из ус-

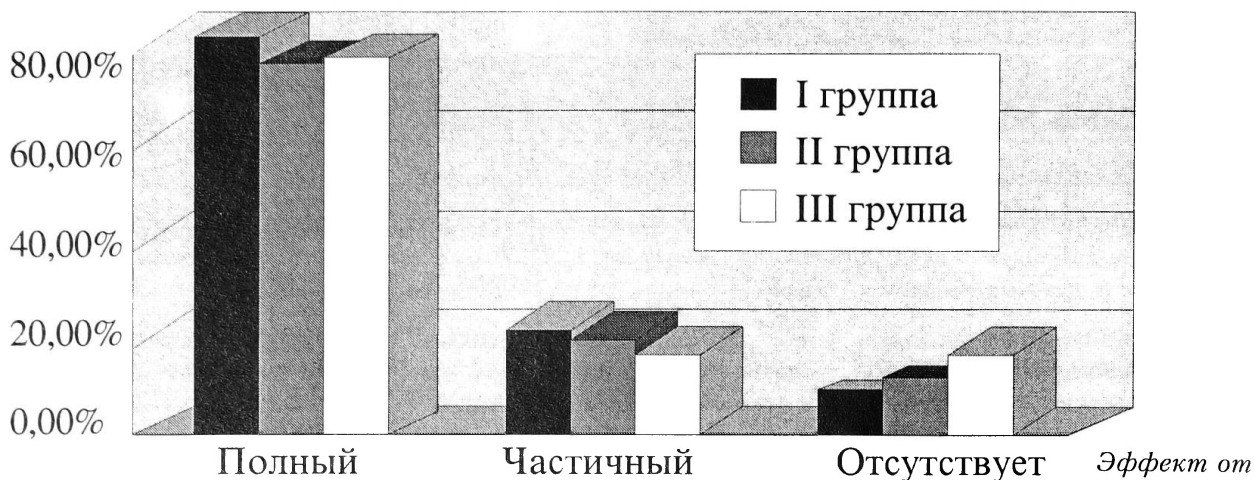


Рис. 1. Результаты лечения вагинального кандидоза у беременных.

ловий явилось лечение полового партнера. Ни у одной беременной, применявшей ГП, не наблюдалось осложнений и побочных реакций.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенного лечения полный эффект в I группе был достигнут у 24 (80.0%), частичный у 5 (16.7%), отсутствовал у 1 (3.3%) пациенток. Во II группе полный эффект был достигнут у 16 (76.1%), частичный у 3 (14.3%), отсутствовал у 2 (9.5%) женщин, в III группе полный эффект был достигнут у 13 (76.5%), частичный у 2 (11.8%), отсутствовал у 2 (11.8%).

Полученные результаты лечения ВК представлены в диаграмме.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что ГП является эффективным препаратом для местного лечения острых и хронических кандидозных вагинитов. Отсутствие побочных эффектов, простота и удобство использования, высокая эффективность и безопасность позволяют рекомендовать ГП для лечения кандидозных вульвовагинитов при беременности, что должно существенно снизить осложнения во время беременности и перинатальную заболеваемость и смертность.

### Литература.

1. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение). Автореф. дис...канд. мед. наук. - Москва. - 1996. - 17 с.
2. Быков В.Л. Этиология, эпидемиология и патогенез кандидозного вульвовагинита. //Акуш. и гин. - 1986. - №9. - С. 5 - 7.
3. Калашникова Е.П., Башмакова М.А. Морфология и микробиология кандидоза новорожденных. В кн: «Актуальные вопросы медицинской микологии», 1987. - С. 111-112.
4. Пауков С. Применение нитрата эконазола («Гино-Певарил») в терапии влажных микозов при беременности. //Вестн. Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1995. - № 2. - С. 36-41.
5. Репина М.А. Садовый О.Т. Кандидозный вульвагинит как смешанная инфекция. Сб. Научных трудов: «Микотическая инфекция и сенсбилизация». Л., Медицина. - 1982. - С. 43-44.
6. Хмельницкий О.К., Бельнин В.П. О кандидозе новорожденных. //Архив патологии. - 1981. - Вып. 5. - С. 21 -25.
7. Ярцева А.Д. Вагинальный кандидоз и беременность. //Акуш. и гин. - 1978. - №3. - С. 69 - 71.
8. Bhanu S. Econazole in vaginal candidosis. //Curr. Ther. Res. - 1979. - Vol. 25, N. 5 - P. 634-639.
9. Campomori A., Bonati M. Fluconazole treatment for vulvovaginal candidosis during pregnancy [letter] // Ann Pharmacother. - 1997. - Vol.31, N 1. - P. 118 - 119.
10. Eschenbach D., Hummel D., Ravett M. Recurrent and persistent vulvovaginal candidosis: treatment with ketoconazole. //Obstet. Gyn. -1985. - Vol. 66, N. 2- P. 248-254.
11. Goormans E. Efficacy of econazole Gyno-Pevaryl-150 in vaginal candidosis during pregnancy. //Curr. Med.Res. Opin. - 1985. - Vol. 9, N. 3. - P. 371-376.
12. Knutsel H. Vulvovaginale Mikosen mit Ekanazole. //Geburtsh. Frauenheilk. - 1987. - Vol. 37, N. 1. - P. 43-47.
13. Mastrantonio P., Conforti J. et. al. Vaginal Candidosis and its Therapy in Pregnancy.//Cervix.- 1986.- Vol. 4, N. 1.- P. 75-84.
14. Poludniewski G., Bielecki M., Kluz-Kowal A.B. [Prophylaxis of puerperal infections using the gyno-pevaryl 150 preparation] [Profilaktyka zarazen pologowych przez zastosowanie preparatu Gyno-Pevaryl 150.] // Ginekol. Pol. - 1995. - Vol.66, N 2. - P. 117 - 120.
15. Reef S.E., Levine W.C., McNeil M.M., Fisher-Hoch S., Holmberg S.D., Duerr A., Smith D., Sobel J.D., Pinner R.W. Treatment options for vulvovaginal candidosis, 1993 // Clin Infect Dis. - 1995. - Vol.20 Suppl., 1, P. 80-90.