

Новый подход к лечению рецидивирующего урогенитального кандидоза

#03/02 Ключевые слова / keywords: [Уронефрология](#), [Uronefrologiya](#)

А. Л. Тищенко, доктор медицинских наук, РУДН, Москва

Оппортунистическая инфекция слизистых, вызванная грибами *Candida*, встречается довольно часто у условно здоровых людей и еще чаще у лиц с ослабленным иммунитетом. Например, вульвовагинальный кандидоз развивается хотя бы один раз у 75% женщин репродуктивного возраста; только в США ежегодно регистрируется 13 млн случаев этого заболевания. При этом 5% женщин планеты страдают рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (РВВК), для которого характерны три или более эпизодов обострения инфекции в течение года. Противогрибковая терапия позволяет эффективно излечивать обострения РВВК, но не предотвращает возникновения новых рецидивов. Причина этого кроется в несостоятельности иммунного контроля инфекции. В частности, считается, что ключевую роль в этом процессе играет недостаточность локальных иммунных механизмов, опосредованных клетками иммунной системы.

В нашем исследовании принимали участие 70 женщин репродуктивного возраста, больных урогенитальным кандидозом. У всех больных на момент поступления имелись клинические проявления инфекций слизистых, вызванных грибами рода *Candida*, а в анамнезе — многократные безуспешные попытки лечения этих инфекций.

Клинические проявления инфекции были различными. Вагинальный кандидоз или кандидозный вульвовагинит были установлены у всех 70 исследованных, цервицит — у 35, бактериальный вульвовагинит — у 32, бактериальный вагиноз — у 3. При поступлении пациентки жаловались на зуд (n=70) или жжение (n=43) в области половых губ или входа во влагалище. Дискомфорт в области гениталий и промежности отмечали почти все исследованные (n=66), боли в низу живота или в промежности — 25 человек, рези при мочеиспускании — 9 человек.

При объективном исследовании у всех 70 больных были обнаружены признаки воспалительного процесса — на слизистой влагалища, у 31 женщины — на коже гениталий и слизистой преддверия влагалища, у 45 — на шейке матки.

У всех женщин, вовлеченных в данное клиническое исследование, при микроскопии выявилось значительное количество псевдомицелиев и почкующихся форм кандид, поэтому бактериологического посева на наличие кандид не потребовалось ни в одном случае. У 44 пациенток интенсивность кандидоза была максимальной, количество кандид в мазках оценивалось +++. В мазках 23 пациенток содержание кандид составило +++, и лишь у 3 больных оценивалось как ++.

Цитологическое исследование мазков позволило определить интенсивность воспалительного процесса и характер микрофлоры, вызвавшей воспаление слизистой урогенитального тракта и участков кожи, прилегающих ко входу во влагалище. У всех больных в мазках были обнаружены много эпителиальных клеток и массивный лейкоцитоз, характерный для воспалительного процесса, вызванного грибами *Candida*.

Наряду с кандидами у 60 пациенток в мазках были обнаружены кокковые, а у 35 больных — палочковидные формы бактерий. Ни у одной из 70 больных, вовлеченных в исследование, не выявлено гонококков или трихомонад.

Лечение больных рецидивирующей инфекцией, вызванной грибами *Candida*, в рамках данного клинического исследования состояло в активации местного иммунитета с помощью иммуномодулятора гепон. Такой подход основывался на имеющихся данных о ключевой роли недостаточности местных механизмов иммунной защиты в развитии рецидивирующих форм кандидоза слизистых. Все 70 больных, принимавшие участие в данном исследовании, неоднократно получали лечение по поводу кандидоза в виде противогрибковых препаратов (леворин, кетоконазол, флюконазол, тербинафин, итраконазол), однако такая терапия не предотвратила рецидивов инфекции. Подобный анамнез подтверждал необходимость активации иммунной защиты против кандид.

Активацию местного иммунитета осуществляли с помощью препарата гепон. Лиофильно высушенный гепон 0,002 г. растворяли перед употреблением в 5 мл стерильного физиологического раствора NaCl. Полученным 0,04%-ным раствором орошали слизистую стенок и сводов влагалища. После орошения пациентка оставалась в положении лежа в течение 10 минут. Процедуру повторяли три раза с интервалом в 2-3 дня.

При необходимости лечения кожных поражений, вызванных кандидой, к пораженным участкам кожи прикладывали марлевую салфетку, пропитанную 0,04% раствором гепона. Процедуру повторяли три раза с интервалом в 2-3 дня.

Эффективность лечения оценивали по количеству мицелиев и почкующихся форм кандид в материале, полученном из секретов влагалища, цервикса и уретры. Одновременно с количеством кандид оценивали наличие и количество эпителиальных клеток, лейкоцитов, кокковых и палочковых форм бактерий.

Результаты лечения представлены в таблице.

Количество мицелиев кандид в мазке	Число пациентов, в мазке которых обнаружено указанное количество мицелиев кандид		
	до лечения	сразу после лечения	через месяц после лечения
abs*	0	15	65
+	0	52	2
++	3	3	3
+++	23	0	0
++++	44	0	0

* abs — отсутствие кандид

Через месяц после лечения гепоном кандиды не обнаружены у 65 (93%) больных, а у 5 больных количество кандид было незначительным.

Исчезновение кандид в результате лечения гепоном сопровождалось значительным улучшением микробиологического пейзажа влагалища, цервикального и уретрального каналов. Через месяц после местного лечения гепоном кокки исчезли у 49 (81%) из 60 пациентов. Несколько менее эффективным оказалось лечение гепоном в отношении палочковых форм бактерий. Через месяц после лечения палочки исчезли или их количество стало соответствовать допустимым значениям у 26 (74%) из 35 пациенток.

Применение гепона оказывало выраженный противовоспалительный эффект. Симптомы воспаления уменьшались или исчезали в течение 1-2 дней, хотя полное излечение наступало существенно позже, через 4 недели, то есть клиническое выздоровление опережало этиологическое.

При осмотре в зеркалах через 2 дня после первого орошения гепоном наблюдалось значительное уменьшение гиперемии и отечности слизистой влагалища, цервикса, половых губ. Белесоватый налет и мацерации исчезли у 100% больных, явления цервицита — у 84%. Особо следует отметить, что лечение гепоном оказалось эффективным в отношении сухости слизистой влагалища, а также изъязвлений слизистой.

В более поздние сроки наблюдения, к концу лечения или через месяц после лечения, наблюдалось или изменение характера выделений одновременно с уменьшением их количества, или полное прекращение патологических выделений. Через месяц после лечения гепоном ключевые симптомы кандидоза (творожистые выделения) остались только у 3 больных, а небольшое количество молочных выделений — у 4 пациенток. Следовательно, клиническое излечение наступило у 63 (90%) из 70 пациенток.

Выделения гнойного или слизисто-гнойного характера отражали наличие сопутствующей бактериальной инфекции у 41 пациентки. После лечения гепоном ни у одной больной не было гнойных или слизисто-гнойных выделений, но у 32 пациенток присутствовало небольшое количество слизистых выделений.

В целом, учитывая жалобы и объективные данные физикального исследования, полное клиническое выздоровление можно было констатировать у 59 (84%) из 70 больных, получивших лечение гепоном.