

Лечение рецидивирующего вульвовагинального кандидоза у женщин, планирующих беременность

К.м.н. И.О. Боровиков, д.м.н. И.И. Куценко, Е.Э. Герасименко

ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, Краснодар

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценка методов лечения рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ВВК) у пациенток, планирующих беременность.

Материал и методы: проведено сравнительное открытое рандомизированное исследование результатов лечения 150 женщин, больных рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (РВВК), у которых после окончания курса предложенной терапии в течение 6 мес. произошло оплодотворение с последующим успешным вынашиванием плода и рождением ребенка. Пациентки I группы (n=50) получали интравагинальные аппликации клотримазола 2% крема 1 р./сут в течение 6 дней; II группы (n=50) – полиеновый макролид натамицин интравагинально в дозе 100 мг 1 р./сут в течение 10 дней; III группы (n=50) – перорально флуконазол для снижения частоты рецидивов ВВК 150 мг каждые 3 дня (в 1-й, 4-й и 7-й день). Использовались методы контроля: прямая микроскопия, измерение pH среды влагалища, культуральный метод.

Результаты исследования: установлено, что интравагинальное применение клотримазола и флуконазола по клинической и микробиологической эффективности успешнее в $1,6 \pm 0,2$ раза и $1,2 \pm 0,15$ раза соответственно, чем при интравагинальном применении натамицина. Преимущество клотримазола выразалось в более быстром облегчении симптомов кандидоза, более высоком профиле безопасности и способности осуществлять микробиологическую санацию от сопутствующей условно-патогенной микрофлоры.

Ключевые слова: рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз, антимикотики, клотримазол, натамицин, флуконазол, планирование беременности.

Для цитирования: Боровиков И.О., Куценко И.И., Герасименко Е.Э. Лечение рецидивирующего вульвовагинального кандидоза у женщин, планирующих беременность // РМЖ. 2018. № 2(1). С. 13–18.

ABSTRACT

Treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis in women planning a pregnancy

Borovikov I.O., Kutsenko I.I., Gerasimenko E.E.

Kuban State Medical University, Krasnodar

Aim: evaluation of treatment methods for recurrent vulvovaginal candidiasis (VVC) in patients planning pregnancy.

Patients and Methods: a comparative, open, randomized study of the results of treatment of 150 women with recurrent vulvovaginal candidiasis (RVVK) in which, after completing the course of the proposed therapy, fertilization took place within 6 months, followed by successful fetal bearing and childbirth: group I (n = 50) - intravaginal clotrimazole cream 2% application once a day for 6 days; II group (n = 50) - polyenic macrolide natamycin intravaginally at a dose of 100 mg once a day for 10 days; III group (n = 50) - orally fluconazole to reduce the recurrence rate of VVC 150 mg every 3 days (1st, 4th and 7th day). The direct microscopy method, measurement of the pH level of the vaginal environment and culture technique was used.

Results: it has been established that the intravaginal application of clotrimazole and fluconazole according to the clinical and microbiological efficacy of RVVK therapy is comparable and is 1.6 ± 0.2 times higher in clinical and 1.2 ± 0.15 times in microbiological efficacy than the intravaginal application of natamycin. The advantage of clotrimazole is a faster relief of candidiasis symptoms, a higher safety profile and microbiological sanitation from the concomitant opportunistic pathogenic microflora.

Key words: recurrent vulvovaginal candidiasis, antimycotics, clotrimazole, natamycin, fluconazole, planning pregnancy.

For citation: Borovikov I.O., Kutsenko I.I., Gerasimenko E.E. Treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis in women planning a pregnancy // RMJ. 2018. № 2(1). P. 13–18.

В сложившейся в настоящее время ситуации изменения структуры инфекционных болезней урогенитальной сферы все большее значение приобретают микроорганизмы, патогенные потенции которых ранее слабо учитывались здравоохранением [1, 2]. К таким заболеваниям относится вульвовагинальный кандидоз (ВВК), удельный вес которого среди урогенитальных инфекций у женщин составляет 20–70% [1–4] и продолжает расти [2, 4]. ВВК относится к наиболее распространенным заболеваниям мочевого тракта у женщин репродуктивного возраста [1–5], приводя-

щим к самым разнообразным поражениям урогенитального тракта [3, 5, 6]. В настоящее время по частоте распространения ВВК занимает 2-е место после бактериального вагиноза. От 15 до 40% инфекционных поражений вульвы и влагалища обусловлены грибковой инфекцией [5, 7]. Около 75% женщин переносят это заболевание по крайней мере один раз в течение жизни [7, 8]. От 40 до 50% женщин имеют рецидивы вульвовагинита, а у 5–8% заболевание переходит в хроническую форму [8]. Манифестная картина рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (РВВК), многократно

повторяющаяся в течение многих лет, с выраженными белыми, зудом и жжением, дисурическими расстройствами, диспареунией приводит к бессоннице, невротическим состояниям, расстройству нормальных семейных отношений, ухудшению работоспособности женщины [3, 9]. В настоящее время данная инфекция принимает социальный характер, приводя к разводам, ослаблению семейного бюджета из-за высокой стоимости многих антимикотических препаратов, многократным пропускам работы по болезни [2, 3]. Особую опасность представляет заражение грибами рода *Candida* беременными, что нередко приводит к инфицированию плодных оболочек и плода [9, 10]. Заболевание сопровождается хроническим невынашиванием беременности, ранним отхождением околоплодных вод, внутриутробным кандидозом плода [1, 2, 9–11].

Целью лечения ВВК является эрадикация возбудителя. В большинстве случаев ВВК поддается терапии местными противогрибковыми средствами [7, 12]. К преимуществам местных средств относят их безопасность, высокие концентрации антимикотиков, создаваемые на поверхности слизистой оболочки, и меньшую вероятность развития устойчивости к ним [7, 13, 14]. Кроме того, многие антимикотики местного действия быстрее купируют симптомы, в основном за счет мазевой основы. Интравагинальное и пероральное применение препаратов одинаково эффективно (уровень доказательности II, класс А) [7, 12, 15]. К тому же местные формы более безопасны, т. к. практически не оказывают системного действия и создают высокие концентрации активного вещества в месте применения [7, 12, 15]. Среди системных препаратов применяется флуконазол. При лечении ВВК, вызванного грибами *Candida non-albicans*, распространенность которого в последнее время неуклонно растет, применение флуконазола неэффективно [6, 7, 12]. Потому возрастает актуальность других групп антимикотиков.

Несмотря на появление в последнее время значительного количества противогрибковых препаратов различных групп, эффективное лечение кандидозов из-за быстрого развития резистентности и возможности повторного инфицирования остается проблематичным. Еще больше затрудняет выздоровление рецидивирующая форма заболевания [10, 13, 16–18]. Это связано с незнанием принципов направленного назначения антимикотических препаратов, подбор которых проводится в основном эмпирически, с отсутствием санации влагалища от оппортунистической инфекции, а также ограниченностью представлений о реакции местных иммунных механизмов слизистых мочеполовой системы на эти воздействия. Несмотря на разнообразие антимикотиков, эффективность лечения кандидозов из-за быстрого развития резистентности и повторного инфицирования недостаточна [3, 6, 19]. Возбудителем хронического РВВК в 85% случаев является смешанная кандидозная инфекция, устойчивая к широко используемым антимикотическим средствам. Потому использование антимикотических препаратов, оказывающих и антимикробное действие на сопутствующую микробную флору, имеет принципиальное значение. Примером такого препарата является производное имидазола – клотримазол, который оказывает в числе прочего и антимикробное действие в отношении грамположительных микроорганизмов и анаэробов [7, 15, 18]. Главный механизм действия клотримазола в отношении дрожжей основан на подавлении энзиматического превращения ланостерола в эргостерол (последний является эссенциальным компонен-

том клеточной мембраны гриба) [11, 16–17, 20]. Клотримазол проникает внутрь грибковой клетки и нарушает синтез эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что изменяет проницаемость мембраны и вызывает последующий лизис клетки, а в фунгицидных концентрациях взаимодействует с митохондриальными и пероксидазными ферментами, в результате чего происходит увеличение концентрации перекиси водорода до токсического уровня, что также способствует разрушению грибковых клеток. Основными преимуществами клотримазола перед иными антимикотиками являются: эффективное воздействие на патогенные формы грибов и сопутствующую бактериальную флору – грамположительную (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*) и анаэробы (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*); подавление размножения бактерий семейства *Corinebacteria* и грамположительных кокков; трихомонадоцидное действие; минимальное количество противопоказаний к использованию и побочных эффектов; экономическая доступность препарата; отсутствие влияния на лактобактерии влагалища. По данным открытого проспективного рандомизированного исследования по изучению эффективности и безопасности клотримазола у больных тяжелым ВВК, проведенного X. Zhou et al. [17], облегчение зуда, жжения, уменьшение выделений и эритемы в группе клотримазола достигалось значительно быстрее, чем в группе флуконазола. В группе клотримазола побочные эффекты имели преимущественно локальный и легкий характер. Большинство побочных эффектов в группе флуконазола были системными. Исследование показало, что у пациенток с тяжелым ВВК две дозы клотримазола в форме вагинальных таблеток 500 мг и перорального флуконазола 150 мг обеспечивают одинаковые показатели клинического и микологического излечения. Преимуществом клотримазола являлось более быстрое облегчение симптомов кандидоза и более высокий профиль безопасности, что обусловлено местным применением препарата.

Цель настоящей работы: оценка методов лечения РВВК у пациенток, планирующих беременность.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России и в женских консультациях Краснодара с февраля 2016 г. по октябрь 2017 г. Наблюдалось и было обследовано 150 женщин в возрасте от 17 до 34 лет (средний возраст $26,8 \pm 4,3$ года) с РВВК, у которых после окончания курса предложенной терапии в течение 6 мес. произошло оплодотворение с последующим успешным вынашиванием плода и рождением ребенка. Всем женщинам согласно приказу № 572н от 12.11.2012 г. Минздрава России проведено клинико-лабораторное, общесоматическое, гинекологическое обследование, а также ультразвуковое исследование органов малого таза, по показаниям – мазки на онкоцитологию, кольпоскопия. Для исключения заболеваний, передающихся половым путем, выполнена полимеразная цепная реакция. Диагноз РВВК устанавливался на основании клинико-микробиологического обследования.

Диагностику инфицированности различными видами *Candida spp.* проводили в четыре этапа.

1. Прямая микроскопия. Материалом для исследования служили соскобы со слизистой влагалища, вульвы и цервикального канала. Из полученного материала го-

товились мазки для прямой микроскопии, бактериологический посев на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Для микроскопии использовались неокрашенные и окрашенные по Граму мазки.

2. Культуральный метод. Соскоб со слизистой влагалища в транспортном среде Mycoline (BioMerieux, Франция) транспортировался в лабораторию.
3. Окончательная идентификация проводилась в автоматизированной системе API 20 C Aux (BioMerieux, Франция).
4. Определение чувствительности *Candida spp.* к антимикотикам на стрип-тесте Etest (AB Biodisk, Франция) с использованием агара RPMI с буфером MOPS и набора Fungitest (Sanofi Pasteur, Франция). Чувствительность к системным антимикотикам определяли согласно критериям NCCLS.

Методом случайной выборки все 150 пациенток были разделены на три репрезентативные группы с различным способом терапии ПВБК:

I группа (n=50) – интравагинальная терапия клотримазолом (Клотримазол крем 2%), аппликации 1 р./сут в течение 6 дней (перед сном в положении лежа на спине, со слегка согнутыми ногами препарат (около 5 г) аппликатором вводился во влагалище);

II группа (n=50) – интравагинальная терапия полиеновым макролидом натамицин в дозе 100 мг 1 р./сут в течение 10 дней;

III группа (n=50) – пероральная терапия флуконазолом для снижения частоты рецидивов ВВК 150 мг каждые 3 дня (в 1-й, 4-й и 7-й день).

О клинической эффективности лечения судили по динамике: симптомов заболевания; лабораторных показателей; состояния микробиоценоза влагалища; количества рецидивов заболевания в течение года. Улучшение определяли как значительное (на $\geq 50\%$) уменьшение тяжести исходных симптомов. При отсутствии клинического излечения или улучшения лечение считали неэффективным. Оценка клинических проявлений проводилась до начала терапии, через 14, 30, 60 и 90 дней после окончания терапии. Микологическое излечение определяли по отрицательным результатам культурального исследования (отсутствии мицелия или собственно клеток дрожжевых грибов рода *Candida*).

Ввиду того что группы по всем исследованным параметрам были однородными, нами без определения достоверной массовой доли каждого исследуемого признака для суждения о клиническом состоянии больной была предложена интегральная субъективно-объективная балльная оценка (0 баллов – отсутствие симптома, 1 балл – средняя степень выраженности симптома, 2 балла – выраженная симптоматика). Это позволяет в динамике оценивать как интенсивность каждого симптома, так и суммарную интегральную балльную оценку клинической картины. Если балльная оценка каждого из monitored объективных и субъективных показателей, отражающих в динамике тот или иной симптом или синдром заболевания, позволяет оценить ведущие проявления, то сумма балльной оценки субъективной и объективной симптоматики является интегральным показателем интенсивности клинических проявлений болезни, и ее исследование в динамике мониторинга позволяет отразить действительную клиническую эффективность терапии как индивидуально, так и в среднем по группе.

Во время беременности оценивались наличие симптомов ВВК, признаков внутриутробной инфекции (ультра-



Регистрационный номер:
ЛП - 004092 от 23.01.17

Клотримазол 2%

крем для лечения вагинального кандидоза
Не допусти неловких ситуаций!

esparma[®]

Отпускается без рецепта

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306.

Тел.: +7 (499) 579-33-7 / Факс: +7 (499) 579-33-71

www.esparma-gmbh.ru

НОВИНКА*

*Новый препарат в портфеле компании «Эспарма ГмбХ» в РФ.

Таблица 1. Клинико-микробиологическая характеристика пациенток с РВБК

Параметр	I группа (n=50)	II группа (n=50)	III группа (n=50)	P
Возраст, лет	26,5±3,7	28,1±3,9	26,3±3,6	0,324
Оценка клинической картины до лечения	5,4±0,3	5,2±0,2	5,2±0,3	0,873
Штаммы <i>Candida spp.</i> (n)				
<i>C. albicans</i>	32	27	30	0,712
<i>C. glabrata</i>	4	3	4	—
<i>C. tropicalis</i>	2	1	1	—
<i>C. parapsilosis</i>	2	2	1	—
<i>C. krusei</i>	1	—	1	—
<i>C. albicans</i> + <i>C. glabrata</i>	3	4	2	—
<i>C. albicans</i> + <i>C. parapsilosis</i>	2	1	—	—
<i>C. albicans</i> + <i>C. tropicalis</i>	3	2	1	—

звуковые маркеры, постгравидарная инфекция у плода), течение родов (аномалии родовой деятельности, преждевременное отхождение околоплодных вод, наличие гипоксии плода, исход родов).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики с определением непараметрических критериев χ^2 и Фишера с поправкой Йетса по качественным признакам и критерия Манна–Уитни и Стьюдента для количественных признаков. Использовались пакеты прикладных программ Statistica 7.0 и SPSS 16.0 for Windows. Различия между исследуемыми группами считали достоверными при $p < 0,05$.

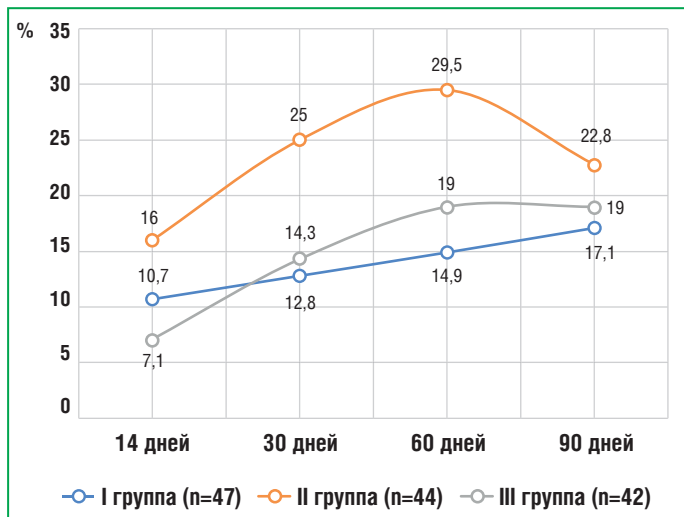
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинической картине РВБК преобладали патологические выделения из половых путей, субъективные – зуд, жжение, диспареуния, сухость влагалища, вплоть до образования трещин и эрозий. В объективном исследовании отмечались изменения слизистых, характерные для кандидозного вульвовагинита (отечность, инфильтрация тканей с очагами атрофии, рыхлый белый налет, выделения творожистого или молочного вида и др.). В мазках из влагалища и цервикального канала обнаруживался мицелий или собственно клетки дрожжевых грибов. У всех больных выявлены те или иные психосоматические расстройства, повлекшие за собой ухудшение качества жизни.

При микробиологическом исследовании выявлено, что наиболее частым этиологическим фактором является *C. albicans* (самостоятельно и в ассоциациях в 71,3%). Штаммы *non-albicans* включали *C. glabrata* (14,0%),

Таблица 2. Чувствительность *Candida spp.* к антимикотикам (критерии NCCLS)

Виды грибов рода <i>Candida</i>	Антимикотический препарат		
	Клотримазол	Флуконазол	Натамицин
<i>C. albicans</i> (n=107), %	91,5	89,7	76,6
<i>C. glabrata</i> (n=20), %	90,0	60,0	55,0
<i>C. tropicalis</i> (n=10), %	90,0	50,0	70,0
<i>C. parapsilosis</i> (n=8), %	100,0	62,5	75,0
<i>C. krusei</i> (n=2), %	100,0	–	50,0

**Рис. 1.** Клиническая неэффективность терапии РВБК

C. parapsilosis (5,3%), *C. tropicalis* (6,6%) и *C. krusei* (1,3%). То есть всего самостоятельно и в ассоциациях с *C. albicans* и *non-albicans* штаммы встречались в 27,2% случаев. Показатели рН-метрии вагинального отделяемого отмечались в пределах 3,5–6,0 (в среднем $4,7 \pm 0,01$). По исходным клинико-демографическим характеристикам исследуемые группы статистически не различались. Характеристика пациенток дана в таблице 1.

В соответствии с критериями NCCLS выделенные штаммы *C. albicans* оказались наиболее чувствительными к клотримазолу и флуконазолу (91,5 и 89,7% штаммов соответственно). Чувствительность *C. albicans* к натамицину составила 76,6%. *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* и *C. krusei* проявили себя более устойчиво к современным антимикотикам, но, учитывая их малую выборку, результаты считаются нерепрезентативными (табл. 2).

В ходе исследования проведен сравнительный анализ клинико-микробиологической эффективности терапии РВБК в течение года. Пять пациенток (2 во II и III группах и 1 в I группе) досрочно завершили исследование из-за нежелания продолжать лечение. Семь женщин (4 из III группы и 3 из II группы) прекратили терапию вследствие побочных эффектов. Четыре пациентки (2 из I группы и по одной из II и III групп) не явились на контрольное обследование. Таким образом, в окончательном исследовании в I группе осталось 47 женщин, во II группе – 44 и в III группе – 42.

Клиническая эффективность. Частота клинического излечения при обследовании через 14 дней от начала терапии в исследуемых группах составила 87,2% в I группе (интравагинальное введение клотримазола), 79,5% во II группе (интравагинальное введение натамицина) и 90,5% в III группе (пероральное применение флуконазола). Улучшение в I–III группах отметили соответственно 2,1, 4,5 и 2,4% пациенток. То есть неэффективность лечения составила 10,7, 16,0 и 7,1%. Через 30 дней полное отсутствие симптоматики ВВК (излечение) зафиксировали 83,0% женщин в I группе, 72,7% – в II группе и 80,9% – в III группе. При этом частота рецидивов ВВК (неэффективность терапии) на данном сроке мониторинга составила в I–III группах 12,8, 25,0 и 14,3% соответственно. Через 60 и 90 дней наблюдения сохранилась такая же тенденция: в I группе рецидивов ВВК выявлено 14,9 и 17,1% соответственно, во II группе – 29,5 и 22,8%, в III группе – 19,0% (рис. 1).

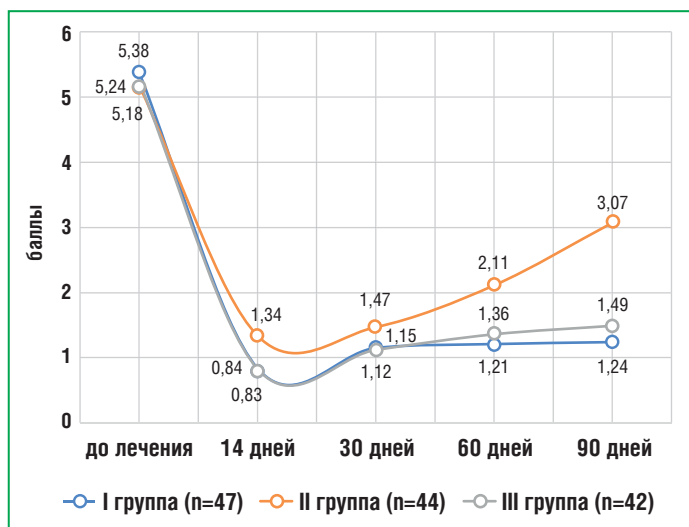


Рис. 2. Динамика клинической эффективности в группах

При интерпретации интегральной суммарной балльной субъективно-объективной оценки клинической картины выявлено, что на 14-е сутки мониторинга во всех группах отмечено достоверное ($p < 0,001$) снижение суммы баллов, что свидетельствует о правильности выбора антимикотика. Но если в I группе, в которой получали местную антимикотическую терапию клотримазолом, данный показатель снизился в 6,4 раза, в III группе получавших пероральную терапию флуконазолом – в 6,2 раза, то во II группе (локальное применение натамицина) оценка снизилась в 3,9 раза. То есть, даже не имея данных микробиологического исследования, можно сделать заключение о более высокой эффективности интравагинальных препаратов, особенно в отношении патологических процессов, сопровождающихся воспалением и повреждением ткани (вульвовагинит, трещины, язвы влагалища и наружных половых органов) (рис. 2).

В течение 90 дней динамического наблюдения за состоянием пациенток исследуемых групп выявлено значительное возрастание (до $3,07 \pm 0,22$ балла, т. е. в 2,3 раза) как объективных, так и субъективных клинических признаков ВВК у больных II группы. Увеличение интенсивности проявлений РВВК выражалось в основном в увеличении зуда и жжения в области половых органов (в 1,8 раза; $p < 0,05$) и количества патологических выделений (в 1,5 раза; $p < 0,05$). Объективная симптоматика кандидозного вульвовагинита возросла в этой группе за 2 мес. наблюдения в 1,6 раза ($p < 0,05$). В I и III группах на данных сроках мониторинга, количественная оценка симптоматики ВВК хотя и увеличилась, но это увеличение не было столь значительным (до $1,24 \pm 0,13$ баллов в I группе и до $1,49 \pm 0,27$ баллов в III группе – в 1,5 и 1,8 раза выше по сравнению с первыми 14 днями наблюдения; $p > 0,05$).

Микробиологическая эффективность. Частота микробиологического излечения через 14 дней составила 89,4% в I группе (клотримазол), 81,8% – во II группе (натамицин) и 80,9% в III группе (флуконазол). Через 30 дней – 72,3, 63,6 и 66,7% соответственно. При последнем микробиологическом исследовании (90 дней) микологическое излечение зафиксировано у 69,5% пациенток I группы, 43,1% – II группы и 59,5% – III группы (рис. 3). Медиана микробиологической эффективности в I группе составила $74,3 \pm 5,9$, во II группе – $59,0 \pm 4,3$, в III группе – $66,7 \pm 5,2$.

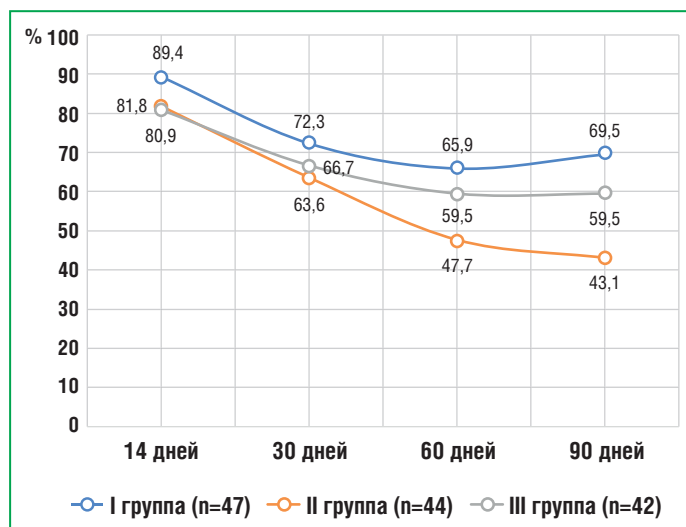


Рис. 3. Динамика микробиологической эффективности

При оценке микробиологической эффективности штаммов грибов *non-albicans* рода *Candida* микробиологическая санация, оцененная через 14 и 30 дней, в I группе наблюдалась у 13 пациенток из 17 (76,4%) (устойчивыми к терапии остались 3 штамма *C. glabrata* (2 в сочетании с *C. albicans*), и 1 – *C. parapsilosis*), во II группе – 30,8% (из 13 штаммов устойчивыми к терапии натамицином оказались 9 штаммов: 4 – *C. glabrata* (из них 2 в сочетании с *C. albicans*), 2 – *C. parapsilosis* (1 в сочетании с *C. albicans*), 2 – *C. tropicalis*), в III группе – 40,0% (из 10 штаммов устойчивыми к терапии флуконазолом оказались 6 штаммов: 3 – *C. glabrata* (из них 1 в сочетании с *C. albicans*), 1 – *C. parapsilosis*, 2 – *C. tropicalis* (1 в сочетании с *C. albicans*)). При дальнейшем наблюдении соотношение грибов *non-albicans* с другими штаммами существенно не изменилось.

Следует отметить, что вероятнее всего выявленные рецидивы были истинными, т. к. при этом обнаруживались те же виды *Candida*, что и в исходном состоянии. Но делать достоверные выводы по данному постулату нельзя, во-первых, из-за немногочисленности выборки (133 пациентки) и, во-вторых, из-за превалирования в регионе исследования грибов вида *C. albicans*.

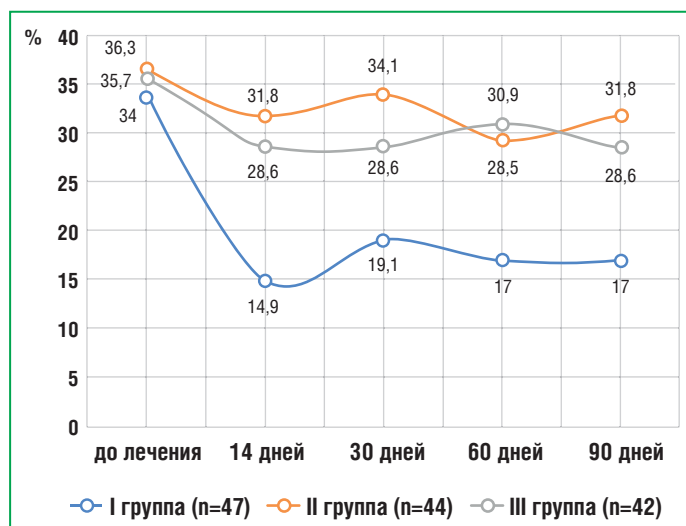


Рис. 4. Динамика балльной оценки вагинального дисбиоза (7–10 баллов по Nugent)

До начала терапии нормальная вагинальная микрофлора оценивалась по шкале Nugent (рис. 4). Признакам бактериального вагиноза (7–10 баллов по Nugent) соответствовало $35,3 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$) пациенток с РВБК. Таким образом, вагинальный дисбиоз является одним из основных факторов затяжного рецидивирующего течения кандидозной инфекции.

В ходе проведения антимикотической терапии через 14 дней показатель дисбиоза в I группе составил 14,9%, во II и III группах он практически не изменился – 31,8 и 28,6% соответственно, при последующих исследованиях балльная оценка статистически не менялась. При этом количество лактобацилл в группах оставалось на одном уровне.

Беременность и роды. В наше исследование были включены только те пациентки, у которых в течение 6 мес. после лечения РВБК наступила беременность. Нами проведено динамическое наблюдение за всеми пациентками, прошедшими предложенную прекоцепционную подготовку. Выявлено, что во II группе во время беременности обострения ВВК наблюдались у 84,1% женщин, в III группе – у 64,3% и в I группе – у 55,3%.

Наличие УЗ-маркеров внутриутробной инфекции выявлено у 17,0% беременных I группы, у 38,6% – II группы и у 40,5% – III группы. Осложненные роды с преждевременным излитием околоплодных вод, аномалиями родовой деятельности в I группе зарегистрированы в 23,4% случаев, во II группе – в 31,8%, в III группе – в 28,6%. Наличие признаков внутриутробной инфекции было отмечено у 14,9% новорожденных в I группе, у 20,4% – во II группе и у 19,0% – в III группе.

Вывод

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что у женщин с РВБК интравагинальное введение клотримазола (2% крема) и пероральное введение флуконазола обеспечивает практически одинаковые показатели клинического и микологического излечения (за исключением штаммов грибов *non-albicans* рода *Candida*, относительно которых клиническая и микробиологическая эффективность клотримазола в $1,6 \pm 0,2$ раза и в $1,2 \pm 0,15$ раза соответственно выше, чем аналогичная эффективность натамицина). При этом преимущество клотримазола выражается в более быстром облегчении симптомов кандидоза, более высоком профиле безопасности (благодаря местному применению снижается вероятность развития системных побочных эффектов) и влиянии на сопутствующую патогенную микрофлору, которая несет угрозу рецидивов ВВК и внутриутробного инфицирования во время беременности. При этом увеличение количества штаммов грибов *non-albicans* рода *Candida* ведет к потере эффективности терапии флуконазолом из-за резистентности их к данному антимикотику.

Литература

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 80 с. [Prilepskaya V.N., Bajramova G.R. Vul'vovaginal'nyj kandidoz. Klinika, diagnostika, principy terapii. M.: GEHOTAR-Media, 2010. 80 s. (in Russian)].
2. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Вульвовагинальный кандидоз. Новые подходы к лечению // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015. Т.4. №4 [Radzinskij V.E., Ordyanec I.M. Vul'vovaginal'nyj kandidoz. Novye podhody k lecheniyu // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015. T.4. №4 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>



II Евразийский саммит «ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

является продолжением
Восточно-Европейского саммита акушеров,
гинекологов и перинатологов,
прошедшего в мае 2017 г.

29–30 мая 2018 года <http://eswh.ru>

Проблемы акушерско-гинекологической и перинатальной практики теперь будут рассматриваться более широко и глобально, ведь женское здоровье – это фактор, влияющий не только на качество жизни самой женщины, но и на благополучие каждой семьи и общества в целом.

Саммит вновь проводится при поддержке Минздрава России, а одним из организаторов впервые выступит Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO). Среди организаторов – ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» и Российское общество акушеров-гинекологов.

Место проведения: ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, ул. Академика Опарина, 4.

В программе саммита:

- секционные занятия по акушерству и гинекологии;
- заседания, в рамках которых будут проведены круглые столы;
- прекурсы:
 - по акушерству (кесарево сечение, симуляционное акушерство);
 - по гинекологии (УЗИ в акушерстве, интранатальный мониторинг, эстетическая гинекология, пролапс гениталий, роботизированная хирургия в гинекологии);
- посткурсы (симуляционный курс по эндоскопии, заболевания шейки матки).

По вопросам научной программы обращаться к доценту кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России **Лапиной Ирине Александровне**, doclarina@mail.ru.

Сопредседатель научного комитета саммита – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России д.м.н., профессор **Юлия Эдуардовна Доброхотова**.