

в конце зачетного и учебного занятия определяется программой как «нормальный уровень системы», а работоспособность — незначительно снижена. Среднее значение ФУС у студентов в конце учебного занятия характеризуется как сниженный уровень функционального состояния нервной системы и несколько сниженным уровнем работоспособности. В конце зачетного занятия этот показатель имеет достоверно более низкое значение, что определяется программой как низкое функциональное состояние ЦНС и низкая работоспособность.

Заключение

Критерии зрительно-моторной реакции реализуются через формирование процессов возбуждения и торможения в нервной системы и отражают ее функциональное состояние. Проведенные исследования выявили различия в зрительно-моторной реакции у студентов в условиях учебного и зачетного занятия. Достоверное изменение показателей времени реакции и функционального уровня системы у студентов в конце зачетного занятия по сравнению с обычным говорит о сниженном уровне активации нервной системы и избыточном ее напряжении, что отражается и на уровне работоспособности. Экспресс диагностика функционального состояния ЦНС с помощью «НС-Психотест» по показателям простой зрительно-моторной реакции можно использовать в качестве одного из критериев оценки текущего функционального состояния и работоспособности нервной системы, а так же для динамического наблюдения за интенсивностью психологического напряжения и скоростью восстановления в различных условиях эмоционального стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Физиология центральной нервной системы: учеб. пособие / Т. В. Алейникова [и др.]. — 2-е изд. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 384 с.
2. Чирков, В. И. Диагностика качественного своеобразия и интенсивности функциональных психофизиологических состояний человека: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. И. Чирков. — Л., 1983. — 22 с.
3. Данилова, Н. И. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний: учеб. пособие / Н. И. Данилова. — М.: Изд-во МГУ, 1992. — 192 с.

УДК 618.3-002.828

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Крупейченко В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

При беременности вульвовагинальный кандидоз встречается в 2–3 раза чаще, чем у небеременных женщин, данным заболеванием болеют от 19,9 до 50,8 % беременных [1]. При остром кандидозе больные жалуются на зуд и жжение в области наружных половых органов и влагалище, беловатые творожистые выделения из влагалища. По сравнению с острым заболеванием при хроническом рецидивирующем кандидозе гениталий клинические проявления могут быть менее яркими [2].

Цель

Изучить особенности жалоб и клинических проявлений вульвовагинального кандидоза в период гестации в зависимости от частоты эпизодов заболевания и микрофлоры нижних отделов половых путей у беременных.

Материал и методы исследования

Обследованы 62 беременные с клинически и лабораторно подтвержденным вульвовагинальным кандидозом. Изучены жалобы пациенток. При объективном осмотре наружных половых органов и осмотре с помощью влагалищных зеркал оценены признаки воспаления, характер и количество вагинальных выделений. Микрофлора половых путей определена бакте-

риоскопическим, бактериологическим методами и методом ПЦР. Маркеры инфекций специфичных для перинатального периода определены в сыворотке крови беременных методом ИФА.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с использованием пакетов прикладных программ «Statistica» 10.0 («StatSoft», США), «MedCalc 10.2.2.0» («MariaKerke» Бельгия).

Результаты исследования и их обсуждение

Большинство пациенток — 35 (56,5 ± 6,3 %) имели более одного эпизода вульвовагинального кандидоза в течение беременности, однократно болели 16 (25,8 ± 5,6 %) женщин ($\chi^2 = 12$, $p = 0,0005$), у 11 (17,7 ± 4,9 %) ($\chi^2 = 20,6$, $p = 0,00001$) — клинические симптомы заболевания были практически постоянно с момента первичной манифестации инфекционного процесса и исчезали на непродолжительный промежуток времени во время и после проводимого лечения, что расценено как персистирующая форма вульвовагинального кандидоза. Изучив микрофлору половых путей и маркеры перинатальных инфекций установлено, что ВВК как моноинфекция диагностирована в 23 (37,1 ± 6,1%) случаях, в остальных 39 (62,9 ± 6,1 %) выявлено микстинфицирование. Сочетанная кандидозно-бактериальной инфекции — 25 (40,3 ± 6,2 %), кандидозно-вирусная инфекция — 6 (9,7 ± 3,8 %), кандидозно-бактериально-вирусная инфекция — 8 (12,9 ± 4,3 %). Зависимости между составом микрофлоры половых путей и частотой эпизодов ВВК в период гестации не обнаружено.

У 16 пациенток был единичный эпизод ВВК при доношенной беременности в сроке 38–40 недель. У остальных 44 беременных первичные клинические проявления кандидозной инфекции вульвы и влагалища возникали в различные триместры беременности. Установлено увеличение вероятности развития персистирующего варианта течения ВВК при возникновении первичного эпизода клинических проявлений кандидозной инфекции в первом триместре беременности (ОШ = 9, 95 % ДИ = 1,9–42,1, $p = 0,005$), данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Триместр беременности при первичном эпизоде клинической манифестации кандидозной инфекции вульвы и влагалища, n (p ± s_p %)

Триместр беременности	Повторные эпизоды ВВК (N = 35)	Персистирующий ВВК (N = 11)	Коэффициент значимости
Первый	8 (22,9 ± 7,1 %)	8 (72,7 ± 13,4 %)	p = 0,004*
Второй	17 (48,6 ± 8,4 %)	2 (18,2 ± 11,6 %)	p = 0,09
Третий	10 (28,6 ± 7,6 %)	1 (9,1 ± 8,7 %)	p = 0,3

* — Статистически значимое различие между группами.

Выявлена сильная корреляционная зависимость между сроком беременности при первичной клинической манифестации кандидозной инфекции вульвы и влагалища и частотой эпизодов заболевания (гамма корреляция = -0,78).

Изучены жалобы пациенток с ВВК. Всех беременных беспокоило увеличение количества выделений из половых путей и (или) изменение их характера. Зуд в области наружных половых органов отмечали 20 (32,3 ± 5,9 %) пациенток, чувство жжение — 8 (12,9 ± 5 %). Проведен анализ выраженности жалоб в зависимости от частоты эпизодов клинической манифестации кандидозной инфекции. Установлено изменение субъективных ощущений беременных при различных вариантах течения ВВК. Зуд преобладает в жалобах беременных с первичными эпизодами ВВК, интенсивность зуда при повторных проявлениях заболевания уменьшается, при персистирующем течении ВВК зуд слабой интенсивности беспокоил 1 пациентку. Жжение в области наружных половых органов умеренной интенсивности также характерно для первичного клинического эпизода кандидозной инфекции в сравнении с повторными проявлениями заболевания. Полученные результаты представлены в таблице 2.

При объективном осмотре в зеркалах выделения творожистого характера выявлены у 43 (69,4 ± 5,9 %) женщин, густые сливкообразные — у 19 (30,6 ± 5,9), гиперемия вульвы — у 47 (75,8 ± 5,4 %), отек вульвы — у 3 (4,8 ± 2,7 %), микротрещины слизистой вульвы — у 1 (1,61 ± 1,59 %). Характеристика клинических проявлений при различных вариантах течения ВВК у

беременных отражена в таблице 3. Объем патологических выделений из половых путей при разных вариантах течения ВВК был сопоставим. При первичных эпизодах клинической манифестации кандидозной инфекции обильные выделения ($n = 9$), умеренные ($n = 5$), скудные ($n = 2$); при повторных эпизодах обильные выделения ($n = 23$), умеренного характера ($n = 10$), скудные ($n = 2$); при персистирующем ВВК обильные ($n = 7$), умеренные ($n = 4$), скудных выделений не было. Интенсивная гиперемия вульвы и влагалища преобладала при первичных — 9 ($56,3 \pm 12,4 \%$) ($p = 0,02$) и повторных эпизодах заболевания — 15 ($42,9 \pm 8,4 \%$) ($p = 0,007$) в сравнении с персистирующим вариантом течения ВВК, при котором она в 100 % случаях была слабо выражена.

Таблица 2 — Особенности жалоб при вульвовагинальном кандидозе у беременных, n ($p \pm s_p \%$)

Жалобы	Первичный эпизод ВВК (N = 16)	Повторные эпизоды ВВК (N = 35)	Персистирующий ВВК (N = 11)
Изменение объема и (или) характера выделений из половых путей	16 (100 %)	35 (100 %)	11 (100 %)
Чувство жжения в области наружных половых органов:			
● → слабое	6 ($37,5 \pm 12,1 \%$)	1 ($2,9 \pm 2,8 \%$), $p = 0,003^*$	1 ($9,1 \pm 8,7 \%$)
● → умеренное	2 ($12,5 \pm 8,3 \%$)	0	1 ($9,1 \pm 8,7 \%$)
● → выраженное	4 ($25 \pm 10,8 \%$)	1 ($2,9 \pm 2,8 \%$), $p = 0,03^*$	0
	0	0	0
Зуд в области наружных половых органов:			
● → слабый	15 ($93,8 \pm 6,1 \%$)	4 ($11,4 \pm 5,4 \%$), $p = 0,00001^*$	1 ($9,1 \pm 8,7 \%$), $p = 0,00001^*$
● → умеренный	5 ($31,3 \pm 11,6 \%$)	1 ($2,9 \pm 2,8 \%$), $p = 0,009^*$	1 ($9,1 \pm 8,7 \%$)
● → выраженный	7 ($43,8 \pm 12,4 \%$)	3 ($8,6 \pm 4,7 \%$), $p = 0,007^*$	0, $p = 0,02^*$
	3 ($18,8 \pm 9,8 \%$)	0, $p = 0,03^*$	0

* — Статистически значимое различие с группой с первичными эпизодами ВВК.

Таблица 3 — Особенности клиники вульвовагинального кандидоза у беременных, n ($p \pm s_p \%$)

Клинические данные	Первичный эпизод ВВК (N = 16)	Повторные эпизоды ВВК (N = 35)	Персистирующий ВВК (N = 11)
Патологические выделения из половых путей	16 (100 %)	35 (100 %)	11 (100 %)
Гиперемия вульвы, влагалища	15 ($93,8 \pm 6,1 \%$)	25 ($71,4 \pm 7,6 \%$)	7 ($63,6 \pm 14,5 \%$)
Микротрещины слизистой вульвы	0	1 ($2,9 \pm 2,8 \%$)	0
Отек вульвы	3 ($18,8 \pm 9,8 \%$), $p = 0,03^*$	0	0

* — Статистически значимое различие с группой с повторными эпизодами.

Проведен анализ особенностей субъективных ощущений и клинических проявлений ВВК у беременных при монокандидозной инфекции и микстинфицировании. Жалобы беременных и объективные клинические проявления изучаемых групп статистически не различались. Патологические выделения из половых путей были у 100 % пациенток. Выделения творожистого характера обнаружены у 19 ($82,6 \pm 7,9 \%$) при монокандидозной инфекции и у 24 ($61,5 \pm 7,8 \%$) при микстинфицировании, для остальных пациенток характерны густые сливкообразные выделения. Объем выделений не отличался. У большинства беременных в группах выделения носили обильный характер: 13 ($56,5 \pm 10,3 \%$) при монокандидозной инфекции и 26 ($66,7 \pm 7,5 \%$) при микстинфицировании. Гиперемия наружных половых органов выявлена у сопоставимого числа пациенток в группах. Выраженная гиперемия встречалась у небольшого количества пациенток: 4 ($17,4 \pm 7,9 \%$) при монокандидозной инфекции и 8 ($20,5 \pm 6,5 \%$) при микстинфицировании. Гиперемия умеренной интенсивности преобладала при монокандидозной инфекции 8 ($34,8 \pm 9,9 \%$) в сравнении с микстинфицированием — 4 ($10,3 \pm 4,9 \%$) ($p = 0,04$). Гиперемия слабой интенсивности была в 8 ($34,8 \pm 9,9 \%$) и 16 ($41 \pm 7,9 \%$) случаев в группах соответственно. Отек вульвы встречался только в группе с микстинфицицией — 3 ($7,7 \pm 4,3 \%$).

Выводы

1. Течение ВВК в период беременности характеризуется развитием повторных эпизодов заболевания, единичные эпизоды клинической манифестации кандидозной инфекции половых путей ($\chi^2 = 12$, $p = 0,0005$) и персистирующий вариант течения заболевания ($\chi^2 = 20,6$, $p = 0,00001$) встречаются значительно реже. Вероятность развития персистирующего ВВК увеличивается при возникновении первичного эпизода клинических проявлений в первом триместре беременности (ОШ = 9, 95 % ДИ = 1,9–42,1, $p = 0,005$). Имеется сильная корреляционная зависимость между сроком беременности при первичной клинической манифестации кандидозной инфекции и частотой эпизодов заболевания (гамма корреляция = $-0,78$). Монокандидозная инфекция половых путей и микстинфицирование при беременности встречается в сопоставимых долях: 23 (37,1 ± 6,1 %) и 39 (62,9 ± 6,1 %).

2. Жалобы беременных зависят от варианта течения ВВК. Зуд преобладает в жалобах беременных с первичными эпизодами ВВК ($p = 0,00001$), интенсивность зуда при повторных проявлениях заболевания уменьшается ($p = 0,009$, $p = 0,007$, $p = 0,03$), при персистирующем течении ВВК зуд встречается крайне редко ($p = 0,02$). Жжение в области наружных половых органов умеренной интенсивности также характерно для первичного клинического эпизода кандидозной инфекции в сравнении с повторными проявлениями заболевания ($p = 0,003$).

3. Интенсивная гиперемия вульвы и влагалища характерна для первичных ($p = 0,02$) и повторных эпизодов ВВК ($p = 0,007$) в сравнении с персистирующим вариантом течения, при котором она в 100 % случаях слабо выражена. Отек вульвы также чаще встречается при первом клиническом проявлении генитального кандидоза ($p = 0,03$).

4. Субъективные ощущения беременных при монокандидозной инфекции и микстинфицировании сопоставимы. Однако, гиперемия умеренной интенсивности преобладала при монокандидозной инфекции в сравнении с микстинфицированием ($p = 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Занько, С. Н. Вагинальный кандидоз / С. Н. Занько // Охрана материнства и детства. — 2006. — № 5. — С. 64–71.
2. Мирзабалаева, А. К. Кандидоз гениталий у женщин в практике акушера-гинеколога: учеб. пособие / А. К. Мирзабалаева. — СПб., 2009. — 52 с.

УДК 618.3+618.16-002.828:301

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

Крупейченко В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитие кандидозной инфекции зависит от многочисленных экзогенных и эндогенных факторов. К одним из эндогенных факторов относят беременность [1]. Частота вульвовагинального кандидоза во время беременности достигает 30–35 %, в отдельных группах (эндокринологические больные, ВИЧ-инфицированные) увеличивается до 60 % [2].

Цель

Изучить социальный статус, гинекологическую и соматическую патологию беременных с вульвовагинальным кандидозом (ВВК).

Материал и методы исследования

Проведено проспективное исследование методом сплошной выборки. Основную группу составили 62 беременные с клинически и лабораторно подтвержденным ВВК. Контрольную группу сформировали 41 пациентка, беременность которых не осложнилась кандидозной инфекцией половых путей. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10.0 («StatSoft», США), «MedCalc 10.2.2.0» («MariaKerke» Бельгия).