

- 1998; № 2: 68–71.
2. Сергеев А. Ю., Сергеев Ю.В., Жарикова Н.Е., Зайцева О.Ю. Онихомикоз, вызванный *Aspergillus ustus*. Росс. ж. кож. вен. бол. 1998; №3: 52–4.
 3. Сергеев А.Ю. Современные представления о патогенезе онихомикозов. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2000; 1: 101–10.
 4. Ellis D.H., Watson A.B., Marley J.E., Williams T.G. Non-dermatophytes in onychomycosis of the toenails. Br. J. Dermatol. 1997; № 136 (4): 490–3.
 5. Шеклаков Н.Д. Болезни ногтей. М: Медицина; 1974: 62–4.
 6. English M.P. Nails and fungi. Br. J. Dermatol. 1976; № 94 (6): 697–701.
 7. Kane J. Laboratory handbook of dermatophytes: a clinical guide and laboratory handbook of dermatophytes and other filamentous fungi from skin, hair, and nails. Belmont, CA: Star Pub. 1997: 143–205.
 8. Сергеев А.Ю. Руководство по лабораторной диагностике онихомикозов. М. 2000: 59–66.
 9. Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю. Онихомикозы. М.: Гэотар–Медицина; 1998.

Ю.В. СЕРГЕЕВ,
А.Ю. СЕРГЕЕВ
Институт аллергологии
и клинической иммунологии,
Москва

УДК 618.16-002

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

За последние годы в диагностику и лечение вульвовагинального кандидоза были внедрены многие новые методы. Наиболее рациональным подходом к лабораторной диагностике остается микроскопия мазка и посев с подсчетом колоний, иногда требуется видовая идентификация. В лечении вульвовагинального кандидоза остается много проблем. Далеко не все препараты приемлемы при хронических формах инфекции и во время беременности. В статье приводится опыт лечения больных с хроническими формами кандидного вульвовагинита. Изложены принципы использования разных противогрибковых средств при кандидозе. Показаны преимущества современного комбинированного препарата “тержинан”.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вульвовагинальный кандидоз, лабораторная диагностика, местная терапия, “тержинан”

Иммунопатология, аллергология, инфектология 2001, 2: 85-91.

MODERN APPROACHES TO VAGINAL CANDIDIASIS DIAGNOSTICS AND TREATMENT

YU.V. SERGEYEV, A.YU. SERGEYEV

Institute of Allergy and Clinical Immunology, Moscow

Last years novel methods in diagnostics and treatment of vaginal candidiasis were worked out. The most rational ones are the microscopy of material followed by microbial growth estimation and determination of colonies quantity. Sometimes species identification of fungi is necessary. There are many problems in candidiasis treatment. Some drugs are not available

in pregnant women. In this paper methods of treatment of chronic forms of vaginal candidiasis are presented. The advantages of modern anti-fungal drug “terginan” are shown in the article.

KEY WORDS: vaginal candidiasis, laboratory diagnostics, local therapy, “terginan”.
Immunopathol., allergol., infectol. 2001, 2: 85-91.

Кандидоз влагалища и вульвы является одной из наиболее распространенных причин обращения к гинекологу. По данным зарубежных авторов, к 25 годам более чем половине женщин хотя бы один раз ставился диагноз вагинального кандидоза [1]. Заболеваемость вагинальным кандидозом значительно возросла в течение двух последних декад XX века. В настоящее время вульвовагинальный кандидоз стоит на втором после бактериального вагиноза месте среди всех инфекций влагалища, а в ряде работ выходит на первое место с частотой около 20% и более [2]. За прошедшее время был накоплен немалый опыт в диагностике и лечении заболевания. Методы лабораторной диагностики на современном этапе включают усовершенствованные методики выделения возбудителя и биохимические тесты идентификации, возможность определения чувствительности *Candida spp.* к большинству антимикотиков. Список противогрибковых препаратов в настоящее время насчитывает не менее 20 препаратов разных классов, включая большое количество специально разработанных местных форм. Тем не менее, в диагностике и лечении вульвовагинального кандидоза остается много спорных и нерешенных вопросов. Нет и универсальных обоснованных рекомендаций по использованию диагностических методов и противогрибковых средств, корригирующей терапии. Иногда это приводит к ошибкам в диагностической тактике и интерпретации результатов анализов, а при лечении кандидоза – к назначению неадекватных клинической картине схем или ненужной полипрагмазии.

Клиническая диагностика

Наиболее приемлемым названием заболевания считается вульвовагинальный кандидоз (кандидный вульвовагинит), поскольку поражение вульвы, как правило, обуславливает большую часть клинической картины. Соответственно локализации выделяют, помимо вагинита и вульвита, кандидные цервициты, кольпиты, уретриты, бартолиниты.

В течении заболевания выделяют острую (свежую, или спорадическую) и хроническую формы. Острая форма протекает не более 2 мес. Для вуль-

вовагинального кандидоза вообще характерны рецидивы. Тем не менее, рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз рассматривается как особый вариант течения хронической формы заболевания. В этом случае под рецидивированием понимают не просто повторное появление симптомов, но довольно частое (4 и более эпизодов в течение 1 года) их возникновение, чередующееся с неманифестными периодами, в течение которых во влагалище могут обнаруживаться *Candida spp.* (или не обнаруживаться в ближайшие после проведенного курса лечения сроки). Другим, более тяжелым вариантом течения хронической формы, является персистирующий вульвовагинальный кандидоз. При нем симптомы заболевания сохраняются постоянно с той или иной степенью выраженности, обычно стихая после проведенного лечения.

По особенностям клинической картины выделяют псевдомембранозную (молочница) и эритематозную/атрофическую формы заболевания. Кроме того, в зарубежной литературе нередко употребляются термины “осложненный” и “вторичный” вагинальный кандидоз. К осложненному кандидозу относят как хронические формы, так и нетипичную этиологию, выраженные клинические проявления, течение на фоне тяжелых предрасполагающих состояний (сахарный диабет, иммунодефицит), т.е. случаи, плохо поддающиеся терапии. К вторичному вульвовагинальному кандидозу обычно относят случаи возникновения инфекции на фоне существующего неинфекционного поражения половых органов при красном плоском лишае, болезни Бехчета, пемфигоиде.

Основными симптомами кандидного вульвовагинита являются зуд и жжение. Эти симптомы бывают постоянными или усиливаются во второй половине дня, вечером, ночью, при нахождении в теплой постели, ванной, после длительной ходьбы, а у пациентов с atopической предрасположенностью – под действием множества разных факторов. В области вульвы и половых губ зуд, как правило, интенсивный, сопровождается расчесами. Сильный постоянный зуд нередко ведет к бессоннице, неврозам.

Чувство зуда и жжения, боли, особенно в области расчесов, препятствуют мочеиспусканию и могут приводить к задержке мочи. Болезненность и чувство жжения во влагалище усиливаются во время коитуса и приводят к появлению страха перед половым сношением, расстройству половой жизни, что также способствует формированию невротических расстройств.

Следующим симптомом заболевания является наличие влагалищных выделений. Типичные выделения (бели, лейкорея) не обильны, белого цвета, густые (сливкообразные), или хлопьевидные, творожистые, пленчатые, имеют нерезкий кисловатый запах. Редко они бывают водянистыми с творожистокрошковатыми вкраплениями. Выделения могут отсутствовать.

Как правило, симптомы развиваются быстро за неделю до менструации, несколько стихают во время менструации. При хроническом рецидивирующей форме заболевания симптомы возобновляются перед следующей менструацией, при персистирующей форме нарастает их интенсивность.

В плане дифференциальной диагностики при этих симптомах следует, прежде всего, думать о наиболее частой инфекции влагалища – бактериальном вагинозе. Многие симптомы – зуд, жжение, дизурия – являются общими для кандидоза, вагиноза и других инфекций влагалища.

Симптомы бактериального вагиноза, как правило, возникают в первую неделю менструального цикла, самостоятельно проходят в середине цикла. При хроническом бактериальном вагинозе симптомы появляются во время менструации. Рецидив бактериального вагиноза иногда следует за рецидивом вагинального кандидоза. Регресс бактериального вагиноза часто происходит после полового сношения. Субъективные ощущения при вагинозе менее выражены. Выделения при бактериальном вагинозе более обильные, имеют жидкую консистенцию и сопровождаются неприятным запахом. Для острого вагинального трихомониаза характерны зуд и более выраженное жжение. Выделения, как правило, более обильные, жидкие, пенные.

В острой стадии заболевания при осмотре выявляются гиперемия и отечность вульвы, клитора, половых губ. Между малыми половыми губами могут располагаться легко снимаемые белые творожистые пленки. На границе слизистой и кожи у входа во влагалище образуются трещины. Иногда на коже

половых губ и перианальной области можно видеть также мелкие папулы, пузырьки и пустулы с вялой покрывкой, по вскрытии которых образуются небольшие эрозии, окаймленные полоской отслоившегося эпителия. Для хронических форм характерно наличие инфильтрации и трещин в области клитора, половых губ, промежности, перианальной зоны.

На слизистой влагалища, реже шейки матки, располагаются небольшие, точечные или в виде бляшек диаметром до 0,5 см плотные белесоватые пленки налета, расположенные изолированно или сливающиеся друг с другом. В острой стадии налеты снимаются с трудом, слизистая оболочка под ними склонна к кровоточивости. Слизистая влагалища при острой форме и выраженных обострениях хронических форм диффузно гиперемирована, яркая гиперемия отмечается под налетом и по его периферии. Хронические стадии кандидоза отличаются меньшей распространенностью поражений, менее интенсивной гиперемией и отечностью, легко отходящими немногочисленными пленками налета. При эритематозной/атрофической разновидности вагинального кандидоза налет отсутствует.

Лабораторная диагностика

Материалом для исследования служат соскобы со слизистой влагалища, вульвы, окружающей кожи. Соскобы выполняют стерильным, желателно специальным одноразовым тампоном, или стерильной петлей, собирают влагалищные выделения. Процедура производится в гинекологическом кресле после обнажения шейки матки в зеркалах. Традиционно материал рекомендуется собирать с задней и боковых стенок влагалища, по данным нескольких исследований наиболее информативными оказываются соскобы с переднего свода по сравнению с боковыми стенками и заднего свода по сравнению с шейкой матки. Из полученного материала готовят мазки для прямой микроскопии, цитологического исследования, при необходимости помещают его в стерильную транспортную среду или физиологический раствор и направляют в лабораторию для посева.

Для микроскопии используют неокрашенные препараты (материал, растертый в капле физиологического раствора, а при исследовании пленок помещенный в 10 % раствор едкого кали), или окрашенные по Граму, Романовскому и метиленовым синим. При изучении мазков обращают внимание не

только на наличие дрожжевых клеток или псевдомицелия, но также и на количество лейкоцитов, состав бактериальной флоры. Следует помнить, что *C. glabrata* и некоторые другие виды *Candida* не образуют псевдомицелия.

Микроскопия неокрашенного мазка имеет высокую чувствительность и специфичность и является наиболее эффективным методом диагностики, четко коррелируя с симптомами вульвовагинального кандидоза. Клиническое обследование в сочетании с положительным результатом микроскопии неокрашенного мазка считаются высокоспецифичными методами диагностики.

По результатам проспективного исследования микроскопия с окраской по Граму оказалась наиболее надежным и достоверным способом диагностики, по чувствительности не уступающим микроскопии неокрашенных препаратов [3].

Специфичность микроскопии объясняется тем, что это – полуколичественный метод диагностики. Положительные результаты микроскопии соответствуют превышению содержания грибов в материале более $1 \text{ г } 10^3 \text{ КОЕ/мл}$.

При изучении мазков рекомендуется также определять рН среды влагалища. При кандидозе рН обычно находится в пределах 4,5, а при бактериальном вагинозе поднимается выше 5,0. Кроме того, при вагинозе заметно увеличивается число лейкоцитов.

Использование цитологических мазков по Папаниколау не рекомендуется в качестве стандартной методики лабораторной диагностики вагинального кандидоза, однако помогает в проведении дифференциального диагноза, оценке микрофлоры влагалища и воспалительных явлений. При цитологическом исследовании воспалительные явления при кандидозе умеренные, в отличие от трихомониаза.

Посев и выделение культуры не относятся к стандартным методикам диагностики вульвовагинального кандидоза. Их применение рекомендуется в следующих случаях:

1. для подтверждения диагноза при отрицательном результате микроскопии и наличии типичных симптомов заболевания,
2. для видовой идентификации при подозрении на нетипичную этиологию кандидоза,
3. для определения чувствительности к антимикотикам (как правило, одновременно с видовой идентификацией).

В связи с распространенностью кандидоноси-

тельства и бессимптомной колонизации влагалища при использовании культурального метода для подтверждения диагноза имеет значение не просто выделение возбудителя, но определение степени колонизации.

Для этого собранный тампоном материал помещают во флакон с бусами, содержащий 5 мл физиологического раствора. Флакон встряхивают в течение 5 мин, после чего 0,5 мл взвеси стерильным шпателем равномерно распределяют по поверхности чашки Петри с агаром Сабуро. Подсчитывают выросшие колонии и помножают их число на 50, чтобы получить представление о количестве клеток гриба, содержащемся в смыве с 1 тампона в 1 мл среды (физиологического раствора). Число колоний выражают в КОЕ/мл. Подсчет числа колоний должен проводиться по возможности скорее (48–72 ч) во избежание ложноположительных результатов. Незначительное количество выросших колоний свидетельствует о носительстве. В настоящее время о колонизации/инфекции заключают при обнаружении более $1 \text{ г } 10^4 \text{ КОЕ/мл}$. Диагноз вагинального кандидоза ставится только при наличии клинических проявлений, а случаи выделения более $1 \text{ г } 10^4 \text{ КОЕ } Candida/\text{мл}$ в отсутствие проявлений расценивают как бессимптомную колонизацию. Количество выделенных грибов не ассоциируется с выраженностью клинических проявлений.

Более точным методом количественного исследования является определение кандидных антигенов в отделяемом с помощью теста латекс-агглютинации.

В настоящее время предпринимаются попытки внедрения в диагностику вагинального кандидоза такого высокочувствительного метода, как ПЦР. Следует признать, что целесообразность применения современных, неколичественных модификаций ПЦР в диагностике вагинального кандидоза невелика [4]. Микробиологические тесты немногим менее чувствительны, но значительно более специфичны, чем ПЦР. Специфичность, а не чувствительность является основным требованием, предъявляемым к методам диагностики вагинального кандидоза.

Подходы к терапии. Приступая к лечению вульвовагинального кандидоза, следует помнить о том, что целью медикаментозного воздействия является прежде всего эрадикация возбудителя. Наличие специфических симптомов наряду с лабораторным свидетельством кандидной колонизации и воспали-

тельных явлений должно убеждать врача в том, что ему необходимо лечить в первую очередь не расстройство вагинального микроценоза и не предрасполагающие состояния, а инфекцию, вызванную *Candida spp.* Зачастую практикуемые комплексные подходы, учитывающие массу сопутствующих факторов и предполагающие одновременное воздействие на них, нередко приводят к необоснованной полипрагмазии, излишнему усложнению схемы лечения как для врача, так и для пациента, а иногда способствуют торпидному течению заболевания.

Большинство случаев вульвовагинального кандидоза поддается терапии местными противогрибковыми средствами и антисептиками.

Местная терапия кандидоза

Преимуществами местных средств являются безопасность, высокие концентрации антимикотиков, создаваемые на поверхности слизистой и меньшая вероятность развития устойчивости. Кроме того, многие антимикотики местного действия быстрее обеспечивают отмену симптомов, в основном за счет мазовой основы. При выраженных симптомах заболевания местные средства предпочитают системным.

Местные противогрибковые средства выпускаются в специальных формах – вагинальных суппозиториях и таблетках, кремах, растворах для спринцеваний.

Из азольных антимикотиков в России зарегистрированы вагинальные формы изоконазола, клотримазола, миконазола и эконазола, из полиеновых антибиотиков используется натамицин, а также разные формы нистатина и леворина. За рубежом распространены также местные препараты бутоконазола, тиокконазола, терконазола и фентиконазола, отличающихся более высокой активностью, чем традиционные азолы. Арсенал вагинальных форм антимикотиков в России постоянно изменяется, что иногда вводит врачей в заблуждение относительно доступных в настоящее время препаратов.

Вагинальные кремы рекомендуются для лечения вульвитов, таблетки и суппозитории – вагинитов. Препараты, как правило, вводят перед сном, с помощью прилагаемых аппликаторов (кремы) или напальчников (суппозитории).

При лечении беременных местные азольные антимикотики использовать не рекомендуется, а при необходимости – разрешается только в I триместре. Натамицин (“пимафуцин”) разрешается использо-

вать при беременности, но также желательно в первом триместре. Таким образом, из современных препаратов только нистатин можно назвать относительно безопасным при беременности. Это играет большую роль при вагинальном кандидозе, причиной возникновения или обострения которого являются изменения гормонального фона во время беременности.

Выпускаются и комбинированные препараты, содержащие одновременно антимикотик и другое противомикробное средство. К таковым относятся “макмирор комплекс 500” (нифурател и нистатин), “полижинакс” (неомицин, нистатин и полимиксин), “клион-д” (метронидазол и миконазол). Несмотря на очевидное удобство использования подобных препаратов для лечения смешанных инфекций, зарубежные авторы не рекомендуют такой подход, мотивируя это ухудшением фармакокинетики за счет конкуренции составляющих комбинированного препарата. В комбинированной терапии ими рекомендуется не использовать два или более местных средства одновременно, а сочетать системное лечение с местным. Кроме того, использование безрецептурных комбинированных средств, позиционируемых как средства универсального действия, по мнению некоторых зарубежных исследователей, допускает неконтролируемое самолечение.

Лечение хронических форм кандидного вульвовагинита

Хронические формы заболевания, неоднократно леченные, протекающие на фоне сахарного диабета, хронических заболеваний и иммунодефицита, относятся к категории осложненного вульвовагинального кандидоза, плохо поддающегося терапии.

Неудачи системной и местной терапии редко бывают связаны с селекцией устойчивых штаммов грибов. Резистентность к антимикотиками встречается нечасто и в целом намного ниже, чем при орофарингеальном кандидозе. Также редко удается объяснить устойчивость к терапии сменой этиологии на редкие виды *Candida*. Тем не менее, наблюдаются случаи устойчивости возбудителя как к системным препаратам из группы азолов, так и к местным антимикотикам. К последним, в частности к клотримазолу, может развиваться и контактный алергический вульвовагинит.

Общей рекомендацией по лечению осложненных форм кандидного вульвовагинита является удлинение терапевтической схемы. При использовании ме-

стных средств продолжительность лечения возрастает вдвое (10 дней вместо 5, 2 недели вместо 1, повторный прием той же дозы через неделю при однократном назначении и т.д.). Таким же образом продлевают схемы системной терапии.

Для хронических рецидивирующих и персистирующих форм вульвовагинального кандидоза зачастую характерно возобновление симптомов вскоре по окончании стандартного или удвоенного курса терапии. В этих случаях всегда рекомендуется провести начальный курс системной терапии, а затем курс профилактической терапии для предотвращения рецидива. Зарубежные авторы для профилактики рецидивов рекомендуют продолжать прием системных препаратов в меньших дозах в течение 6 мес. На наш взгляд, учитывая риск развития устойчивости при лечении низкими дозами азолов, возможность побочных эффектов, а также более высокую экономическую эффективность местных антимикотиков, местной противорецидивной терапии следует отдавать предпочтение. После проведенного курса лечения по этим схемам у большинства пациенток значительно сокращается частота рецидивов.

Борьба с рецидивами вульвовагинального кандидоза включает коррекцию предрасполагающих к нему состояний: хронических инфекционных и прочих заболеваний, сахарного диабета, расстройства иммунитета. В связи с частой аллергизацией больных не рекомендуется назначение иммунокорректоров без предварительного исследования иммунологического статуса и типа гиперчувствительности. Из иммунокорректоров, применявшихся нами, хорошо зарекомендовали себя изопринозин в небольших дозах (по 0,5–1,0 г/сут) и “милайф” (по 1 капс. 2 раза в день), при назначении в течение 1 мес.

Патогенетическая терапия обострений включает также использование антигистаминных препаратов (совместимых с пероральными азольными антимикотиками) и кетотифена.

Некоторые подходы, практиковавшиеся ранее в лечении рецидивирующего вагинального кандидоза, теперь признаются необоснованными. Так, по результатам сравнительных исследований, не способствует сокращению рецидивов лечение пероральными антимикотиками для исключения возможного источника реинфекции в кишечнике [5]. Целесообразность лечения полового партнера допускается, но не доказана убедительно [6]. При сахарном диабете и симптомах вульвовагинита не требуется эмпирическая противогрибковая терапия [7].

Использование эубиотиков для коррекции кишечного дисбиоза при вагинальном кандидозе не имеет научного обоснования, но тем не менее распространено во врачебной практике. Наряду с медицинскими препаратами, содержащими концентраты бактерий, применяются обогащенные ими биопродукты [8].

Тержинан в терапии вульвовагинального кандидоза

На наш взгляд, комбинированные препараты, включающие противогрибковое средство, антисептик и/или антибактериальный антибиотик, отличаются хорошей клинической эффективностью и могут с успехом применяться в терапии вульвовагинитов смешанной этиологии. Одним из таких препаратов является “тержинан” (в состав его входят, помимо нистатина и неомицина сульфата, орнидазол – противомикробное, антипротозойное и противогрибковое средство и преднизолон). Использование комбинированных местных препаратов в ряде случаев позволяет избежать назначения пероральных антибиотиков, способствующих развитию вагинального кандидоза и вагинитов, обусловленных устойчивыми бактериями.

В серии работ отечественных гинекологов было показано превосходство в эффективности тержинана при сравнении с рядом других комбинированных местных средств и системной терапии от 9 до 12% вне беременности и от 22 до 55% [9].

Кроме того, назначение комбинированного местного препарата типа “тержинана” может быть единственным приемлемым подходом в тех случаях, когда любые системные препараты противопоказаны, в частности – во время беременности. Вообще, “тержинан” выгодно отличается от большинства местных антимикотиков тем, что он может быть назначен в период беременности, в том числе – при подготовке к родам.

При выраженном кандидном вульвите обычно назначают теплые ванночки с содой, местные кортикостероидные кремы I–II классов (например, с гидрокортизоном, преднизолоном). Высокоактивные кортикостероидные мази III–IV классов могут привести к обострению, усилению симптомов. Из комбинированных противогрибковых препаратов, для которых созданы вагинальные формы, кортикостероидное средство (I класс активности) в своем составе имеет только тержинан.

У части из обследованных нами пациенток с хроническим вульвовагинальным кандидозом после проведенного полноценного трехнедельного курса лечения (флуконазол 150 мг/сут или клотримазол в суппозиториях по 500 мг/сут в режиме пульс-терапии), на фоне санации половых путей сохранялись симптомы воспаления, жалобы на зуд и дискомфорт. У данной группы больных, несмотря на ранее подтвержденный микробиологическими и иммунологическими методами диагноз кандидной инфекции, сохранялся неспецифический или аллергический компонент вагинита. Это отчасти подтверждалось профилем сенсибилизации к антигену *C.*

albicans, смещенным в сторону IgE-зависимых реакций [2], особенностями иммунограммы (повышение экспрессии рецепторов HLA-DR, высокие уровни ЦИК) иногда – atopическим анамнезом.

Помимо назначения иммуномодуляторов и антигистаминных средств, с успехом применявшихся нами, в данной группе целесообразным является назначение местных противовоспалительных средств, быстрее купирующих симптомы и совместимых с системными препаратами. “Тержинан”, в состав которого входит кортикостероид I класса активности, с успехом может быть применен по этим показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Geiger AM, Foxman B. Risk factors in vulvovaginal candidiasis: a case-control study among college students. *Epidemiology*. 1996; 7: 182-7
2. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Караулов А.В., Маликов В.Е., Сергеев Ю.В., Жарикова Н.Е. Вагинальный кандидоз: этиология, эпидемиология, патогенез. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2000; 2: 99–107.
3. Abbott J. Clinical and microscopic diagnosis of vaginal yeast infection: a prospective analysis. *Ann Emerg Med*. 1995; № 25 (5): 587-91.
4. Сергеев А.Ю., Потехин В. Е. ПЦР-диагностика кандидоза: рациональный подход. Тез. Докл. I конференции по генодиагностике заболеваний человека. М.: 1999: 90.
5. Fong IW. The value of treating the sexual partners of women with recurrent vaginal candidiasis with ketoconazole. *Genitourin Med* 1992; 68: 174-6.
6. Spinillo A, Carrata L, Pizzoli G. Recurrent vulvovaginal candidiasis: results of a cohort study of sexual transmission and intestinal reservoir. *J Reprod Med* 1992; 37: 343-7.
7. Hoosen AA, Peer AK, Seedat MA, van den Ende J, Omar MA. Vaginal infections in diabetic women: is empiric antifungal therapy appropriate? *Sex Transm Dis*. 1993; №20 (5): 265-8.
8. Hilton E, Isenberg HD, Alperstein P, France K, Borenstein M. Ingestion of yogurt containing *Lactobacillus acidophilus* as prophylaxis for candidal vaginitis. *Ann Intern Med* 1992; 116: 353-7.
9. Савичева А. М., Захаревич Н. Н., Михнина Е. А. Применение препарата “тержинан” при вагинальном кандидозе. Тержинан. Результаты исследований. М.: 2000: 7–9.

Н.С. МОТАВКИНА,
Г.И. ЧУБЕНКО*,
Н.В. СИЛЬЧУК

Владивостокский
Государственный медицинский
университет, г. Владивосток,
Россия

*Амурская государственная
медицинская академия,
Благовещенск, Россия

УДК:615. 37-0533: 616. 348-002-053.33/6

ИММУННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

При острых кишечных инфекциях (дизентерия, сальмонеллез) у детей отмечена недостаточность IgA, IgM, дефицит Т-лимфоцитов. При дисбиотических нарушениях аутомикрофлоры кишечника, наряду с вышеотмеченными расстройствами наблюдается повышенное число 0- и D- клеток, усиление недостаточности Т-лимфоцитов за счет низкого содержания Т-теофиллинчувствительных