



## КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

**Ахмедов Шавкат Курбоналиевич**

*Ассистент кафедры кожных и венерических заболеваний Самаркандского  
Государственного Медицинского Университета  
[dr.shavkat2011@mail.ru](mailto:dr.shavkat2011@mail.ru)*

**Аннотация:** Урогенитальный кандидоз является широко распространенным заболеванием, чаще развивается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации кандидозного вульвовагинита составляет 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70-75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом у 5-15% из них заболевание приобретает рецидивирующий характер. К 25 годам около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Кандидозный вульвовагинит редко наблюдается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию. Объективные симптомы у мужчин проявляется следующими клиническими явлениями: гиперемия и отечность в области головки полового члена; высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом; трещины в области головки полового члена, гиперемия губок уретры, выделения из уретры, нередко творожистого характера (кандидозный баланопостит в сочетании с кандидозным уретритом).

**Ключевые слова:** *Candida albicans*, кандидозный вульвовагинит, кандидозный баланопостит в сочетании с кандидозным уретритом, фуцис, иммуномакс,

**Актуальность:** Урогенитальный кандидоз (молочница) – грибковое заболевание слизистых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, который насчитывает более 150 видов. Поражение мочеполовых путей является одним из наиболее часто встречающихся проявлений кандидоза. Инфекция может поражать любые участки кожного покрова, и чаще всего процесс локализуется в кожных складках, межпальцевых складках, в области гениталий, кутикулы ногтей и на слизистой оболочке ротовой полости. Кандидоз чаще всего возникает в интертригинозных областях, таких как подмышечные ямки, пах и ягодичные складки (например, сыпь в области подгузника), межпальцевые складки, головка полового члена, складки под молочными железами. Вульвовагинальный кандидоз распространен среди женщин. После неправильно сделанного маникюра, у посудомойщиц и лиц, часто работающих



руками в воде, могут развиваться кандидозное поражение ногтевых пластин и паронихия (Онихомикоз). У больных с ожирением кандидозная инфекция может возникнуть в области паннуса (в складках живота). Орофарингеальный кандидоз является частым признаком локальной или системной иммуносупрессии. При хроническом слизисто-кожном кандидозе обычно поражаются ногти, кожа и ротоглотка. У больных отсутствуют защитные реакции кожи в отношении *Candida*, отсутствует пролиферативная реакция на антиген *Candida* (но сохраняется нормальная пролиферативная реакция на митогены) и сохранна реакция антител на антигены *Candida* и другие антигены. У них также нарушен опосредованный Т-клетками иммунитет. Хронический слизисто-кожный кандидоз может развиваться как аутосомно-рецессивное заболевание, ассоциированное с гипопаратиреозом и болезнью Аддисона (синдром *Candida*-эндокринопатии). Симптомы кандидоза у мужчин и женщин отличаются. Кандидоз или молочница является крайне неприятным грибковым заболеванием, которое зачастую появляется на слизистой половых органов и свидетельствует о факте сниженного иммунитета человека. Кандидоз, иначе называемый как «молочница слизистой оболочки», главным образом проявляется в виде изолированных или сплошных участков налета белого цвета. Места, которые поражены молочницей, обычно, бывают безболезненными, однако с образованием трещин либо уплотнением налета, может появиться слабовыраженная боль. При развитии кандидоза появляется краснота, кожная мацерация, зуд в анальном отверстии и около него. Врачи дерматовенерологи всегда занимаются с разработкой новых методов терапии больных различными урогенитальными инфекциями. Этот поиск ведется в двух направлениях- создание и усовершенствование традиционных противомикробных, противогрибковых, противовирусных препаратов или разработка принципиально новых лекарственных препаратов, обладающих комбинированным этиопатогенетическим действием.

**Цель исследования:** Для лечения больных одной из наиболее распространенных и часто рецидивирующих инфекций урогенитального тракта вызванными грибами рода *Candida* в проведенном нами исследовании мы попытались изучить клиническую эффективность и безопасность применения новой комбинации препаратов в виде: фуцис (внутрь), «мирамистин» (местно для промывания) и иммуномакс (внутримышечно).

**Материалы и методы:** В исследование включили 48 пациентов в возрасте от 25 до 40 лет, из которых было 28 женщин и 20 мужчин. Критериями включения в исследование служили: наличие клинических проявлений кожи и слизистых оболочек, вызванных грибами рода *Candida*; безуспешное лечение этих инфекций другими препаратами; микроскопическое (бактериологическое) подтверждение инфекции, вызванной *Candida*. В своих проявлениях кандидозные поражения имели классическую клиническую картину.



Основными жалобами женщин были зуд и выделения из половых путей; мужчин-зуд, жжение, дискомфорт в области головки полового члена и уретры. При клиническом обследовании у всех женщин выявляли гиперемию и отек слизистых половых путей, наличие во влагалище обильных молочных или творожистых выделений; у мужчин-покраснение слизистой головки полового члена (12 человек) и наличие белесоватого налета (10 человек), покраснение губок уретры и наличие слизистых выделений (10 человек), гиперемия, отек слизистой и наличие творожистого налета на языке и углах рта (4 человек), наличие покраснения, эрозий и шелушения на коже ногтевых валиков пальцев кисти (2 человек). Предшествующая терапия проводилась у всех 50 больных и включала как местное (нистатин, клотримазол, низорал, пимафуцин, певарил), так и общее лечение (леворин, низорал, пимафуцин, орунгал, ламизил). Методика применения препарата у женщин заключалась в орошениях 0,01% раствором мирамистина слизистой вульвы и влагалища; у мужчин в виде примочек 0,01% раствора мирамистина при поражениях слизистых оболочек головки полового члена и полости рта и инстилляций в уретру при уретрите. Процедуры выполняли 1 раз в сутки с интервалом 1-3 дня, на курс 7 процедуры. Кроме вышеуказанного применения мирамистина всем пациентам рекомендовали иммуномакс внутримышечно по 200 ЕД 1 раз в сутки. Курс лечения – 6 инъекций в 1, 2, 3, 8, 9, 10 дни лечения а также противокандидозный препарат фуцис по 100 мг 1 раз в день в течение 7 дней.

**Результаты:** Отметили выраженный эффект препаратов на клиническое состояние больных. Исчезновения признаков воспаления, наблюдаемое уже после первых процедур, удалось добиться практически у которых до лечения наблюдали очень сильные воспалительные явления, после лечения сохранялась легкая гиперемия слизистых (клиническая эффективность-98%). Столь выраженный клинический противовоспалительный эффект сопровождался положительной динамикой микроскопических исследований. Сразу после лечения у 22 женщин и 18 мужчин констатировали исчезновение спор и мицелия грибов рода *Candida* из урогенитального тракта и других слизистых оболочек (микробиологическая эффективность-80%). У 2 мужчины обнаружили незначительное количество спор гриба в материале со слизистой из уретры, у 8 женщин обнаруживали также незначительное количество спор и мицелия грибов в материале из влагалища и цервикального канала. Полученные положительные изменения оказались достаточно стойкими при обследовании больных через 1 месяц после лечения рецидив кандидоза выявили только у одной пациентки. У 2 пациенток, у которых после первого обследования несмотря на клиническое излечение обнаруживала мицелий и споры грибов, при микроскопическом исследовании через 1 месяц установили их исчезновение.



Иммуномакс усиливает иммунологические защитные механизмы при инфекциях, вызванных вирусами (вирус папилломы человека, вирус простого герпеса, парвовирус, вирус чумы плотоядных) или бактериями (кишечная палочка, сальмонелла, стафилококк, хламидия, микопlasма, уреаплазма). Это действие препарата проявляется у взрослых и новорожденных при введении Иммуномакса различными путями: в/м, в/в, внутривенно, перорально. Мирамистин обладает широким спектром антимикробного действия, включая госпитальные штаммы, резистентные к антибиотикам. Препарат оказывает выраженное бактерицидное действие в отношении грамположительных (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., в т.ч. *Streptococcus pneumoniae*, и других), грамотрицательных (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp.), аэробных и анаэробных бактерий, определяемых в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Оказывает противогрибковое действие на аскомицеты рода *Aspergillus* и рода *Penicillium*, дрожжевые (*Rhodotorula rubra*, *Torulopsis glabrata*) и дрожжеподобные грибы (*Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Pityrosporum orbiculare* (*Malassezia furfur*)), дерматофиты (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton schoenleinii*, *Trichophyton violaceum*, *Epidermophyton Kaufmann-Wolf*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum gypseum*, *Microsporum canis*), а также на другие патогенные грибы, в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая грибковую микрофлору с резистентностью к химиотерапевтическим препаратам. Обладает противовирусным действием, активен в отношении сложноустроенных вирусов (вирусы герпеса, вирус иммунодефицита человека).

Мирамистин действует на возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (*Chlamydia* spp., *Treponema* spp., *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*). Эффективно предотвращает инфицирование ран и ожогов. Активизирует процессы регенерации. Стимулирует защитные реакции в месте применения за счет активации поглотительной и переваривающей функции фагоцитов, потенцирует активность моноцитарно-макрофагальной системы. Обладает выраженной гиперосмолярной активностью, вследствие чего купирует раневое и перифокальное воспаление, абсорбирует гнойный экссудат, способствуя формированию сухого струпа. Не повреждает грануляции и жизнеспособные клетки кожи, не угнетает краевую эпителизацию. Не обладает местнораздражающим действием и аллергизирующими свойствами.

Фуцис-флуконазол, триазольное противогрибковое средство, является селективным ингибитором синтеза стеролов в клетке грибов, проявляет активность при инфекциях, вызванных:

- *Candida* spp., включая генерализованный кандидоз
- *Cryptococcus neoformans*, включая внутричерепные инфекции
- *Microsporum* spp.



- Trychoptyton spp.
- Blastomyces dermatitides
- Coccidioides immitis
- Histoplasma capsulatum.

**Обсуждение:** Приоритетом в лечении кандидоза является быстрое облегчение клинических симптомов, значительно снижающих качество жизни пациентов. В этой связи обращает внимание выраженный эффект препарата на клиническое состояние больных. Практически у всех пациентов наблюдали быстрое стихание воспалительных явлений в урогенитальной тракте. Возможно, это связано с угнетением выработки грибами протеиназ, являющихся одним из ведущих компонентов воспаления. При оценки микроскопических данных до и после лечения мы обратили внимание на снижение количества лейкоцитов в мазках из уретры, влагалища и цервикального канала, исчезновение у 88% больных спор и мицелия грибов *Candida*. Обнаружение у 5 больных сразу после лечения незначительного количества спор и мицелия гриба, расцененное нами как отрицательный результат, по сути, таковым не является. Во-первых, потому что *Candida* относится к условно-патогенной микрофлоре, и, следовательно, просто обнаружение ее в материале из урогенитального тракта при отсутствии клинической симптоматики не всегда можно расценивать, как заболевание. Во-вторых, у 2 пациенток при повторном контрольном исследовании грибы при микроскопии не обнаруживали. Полученные положительные результаты оказались достаточно стойкими: при наблюдении за больными в течение 2-3 месяцев рецидив заболевания, сопровождающийся клинической симптоматикой, наблюдали лишь у 1 пациентки. При проведении терапии очень важно учитывать локализацию инфекционного процесса. Так, например, при лечении женщин необходимо учитывать возможность кандидозного процесса в кишечнике и вероятность проникновения патогенных штаммов *Candida* из прямой кишки в половые пути, что может сказаться на эффективности местной терапии. При лечении баланитов и баланопоститов у мужчин необходимо помнить о возможной локализации инфекции в уретре, которую можно устранить дополнением с аппликациям инстилляций Гепона в уретру. Предлагаемая схема применения препарата условна. Каждый врач на основании опыта практического применения Мирамистина, а также в зависимости от активности клинических проявлений заболевания, может изменять интервалы между процедурами и увеличивать их количество (более трех). Безусловно, во время лечения и на период контрольного наблюдения больные должны использовать при половых контактах барьерные контрацептивы. С целью предупреждения рецидивов врач должен дать подробные рекомендации по профилактике кандидоза и советы по индивидуальной гигиене.



**Выводы:** Указанная нами комбинация препаратов (мирамистин, фуцис и иммуномакс) в целом приводят к значительному повышению иммунной защиты организма от инфекций. Препарат Иммуномакс при комбинации с мирамистином в виде местного применения 0,01% раствора обладает выраженным клиническим противовоспалительным эффектом, позволяет достичь клинико-этиологического излечения у 98% больных мочеполовых кандидозом. Вышеуказанная комбинация препаратов может быть рекомендована для местного лечения инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных грибами рода *Candida*, а также для профилактики этих инфекций. Фуцис (Флуконазол) обладает высокой специфичностью в отношении грибковых ферментов, зависящих от цитохрома P - 450.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Орипов, Р. А., & Ахмедов, Ш. К. (2012). ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ. *Академический журнал Западной Сибири*, (4), 45-46.
2. Ахмедов, Ш. (2022). САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ТРИХОФИТИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ. *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 2(12), 260-273.
3. Akhmedov, S. (2022). A CLINICAL PICTURE OF SOME ALLERGIC DERMATOSES ASSOCIATED WITH LAMBLIASIS. *Science and innovation*, 1(D8), 786-795.
4. Ахмедов, Ш. К., Тураев, Х. Н., Абдурахмонов, И. Р., & Орипов, Р. А. (2021). НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРОДУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ.
5. Орипов, Р. А., & Ахмедов, Ш. К. (2012). Комплексный метод лечения кандидоза полости рта. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 59.
6. Ахмедов, Ш. К., Купадзе, Р. В., & Камолов, И. Ш. (2013). Микро-и макроэлементный статус крови у больных при алопеции. *Академический журнал Западной Сибири*, 9(3), 102-103.
7. Ахмедов, Ш. К., Баратова, М. Р., Орипов, Р. А., Саламова, Л. А., & Исламов, Н. Х. (2020). Эффективность влияния антиоксидантов и иммуностимуляторов на иммунологический статус больных сифилисом. *Достижения науки и образования*, (1 (55)), 111-114.
8. Орипов, Р. А., Абдурахмонов, И. Р., Ахмедов, Ш. К., & Тураев, Х. Н. (2021). ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕРМИТА.
9. Ахмедов, Ш. К., Абдуллаев, Д. М., Камалов, И. Ш., Эрназаров, С. М., & Сулаймонов, А. Л. (2015). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ДЕПИГМЕНТАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСОРИАЗА. *Академический журнал Западной Сибири*, 11(1), 57-57.



10. Kurbanalievich, A. S. (2022). GONOREYANI KOMPLEKS DAVOLASH SAMARADORLIGINI ISHLAB CHIQISH VA BAHOLASH. *BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI*, 437-440.

11. Ахмедов, Ш. К., Абдуллаев, Д. М., Камалов, И. Ш., Эрназаров, С. М., & Абдуллаев, Х. Д. (2015). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОТРЕТИНОИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ. *Академический журнал Западной Сибири*, 11(1), 56-56.

12. Kurbonalievich, A. S., Mardonovich, N. R., Muxammadievich, X. M., Anvarovich, O. R., Negmatovich, T. N., & Usmonovna, B. M. (2021). Experience of the Combination of Tiflox and Immunomax in the Treatment of Trichomoniasis Combined with a Bacterial Process. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 2376-2380.

13. Kurbonalievich, A. S., Abdurashidovich, N. J., Bakhodirovich, T. I., & Anvarovich, O. R. (2022). UROGENITAL CHLAMYDIOSIS IS A CAUSE OF STERILITY AND CHRONIC PROSTATITIS IN MEN. *Web of Scholars: Multidimensional Research Journal*, 1(6), 306-310.

14. Ахмедов, Ш. К., Баратова, М. Р., Орипов, Р. А., Саламова, Л. А., & Исламов, Н. Х. (2020). Эффективность влияния антиоксидантов и иммуностимуляторов на иммунологический статус больных сифилисом. *Достижения науки и образования*, (1 (55)), 111-114.

15. Ахмедов, Ш. К., Абдуллаев, Д. М., Камалов, И. Ш., Эрназаров, С. М., & Сулаймонов, А. Л. (2015). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ДЕПИГМЕНТАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСОРИАЗА. *Академический журнал Западной Сибири*, 11(1), 57-57.

16. Ахмедов, Ш. К., Абдиев, З. М., & Абдамитов, О. Р. (2013). Роль дисбактериоза кишечника при развитии атопического дерматита у детей. *Академический журнал Западной Сибири*, 9(3), 12-12.

17. Орипов, Р. А., Абдурахмонов, И. Р., Ахмедов, Ш. К., & Тураев, Х. Н. (2021). ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕРМИТА.

18. Орипов, Р. А., Абдурахмонов, И. Р., Ахмедов, Ш. К., & Тураев, Х. Н. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕРМИТА. *Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума*, 98.

19. Ахмедов, Ш. К., Орипов, Р. А., Нуруллаева, А. А., & Рахматова, А. Х. (2019). СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА. In *Актуальные тренды и перспективы развития науки, техники, технологий* (pp. 64-68).

20. Ахмедов, Ш. К., Купадзе, Р. В., & Камолов, И. Ш. (2013). Микро-и макроэлементный статус крови у больных при алопеции. *Академический журнал Западной Сибири*, 9(3), 102-103.



21. Ахмедов, Ш. К., Тураев, Х. Н., Абдурахмонов, И. Р., & Орипов, Р. А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРОДУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ. *Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума*, 93.

22. Орипов, Р. А., Абдурахмонов, И. Р., Ахмедов, Ш. К., & Тураев, Х. Н. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕРМИТА. *Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума*, 98.

23. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Анаферон при лечении генитального герпеса. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 49-50.