

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ КАНДИДОЗАМИ
Ф.Н. НУРАЛИЕВ

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗЛАР КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАР КЛИНИК ТАВСИФИ

Ф.Н. НУРАЛИЕВ

Тошкент Тиббиёт Академияси Ургенч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Ургенч ш.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UROGENITAL CANDIDOSIS

F.N. NURALIEV

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench

Мақсад беморлар жинси, турар жойига боғлиқ ҳолда урогенитал кандидозлар асосий симптомларини ўрганиш бўлди. Аниқланишича, урогенитал кандидозлар келиб чиқиши асосий сабабларига эндокринопатиялар, антибиотиклар ва цитостатикларнинг узоқ вақт қўлланилиши, гиповитаминозлар киради. Урогенитал кандидозлар махсус клиник симптомлари беморлар ёши ва турар жойидан қатъий назар аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ намоён бўлган.

Калим сўзлар: *урогенитал кандидозлар, клиник симптомлар, касаллик келиб чиқиши сабаблари, клиник тавсиф.*

The goal was to study the main symptoms of urogenital candidiasis depending on gender, place of residence of patients. Installed that the main causes of urogenital candidiasis were endocrinopathy, long-term antibiotics and cytotoxic drugs, hypovitaminosis. Specific clinical symptoms of urogenital candidiasis are most often detected in women than in men, without reference to age and place of residence.

Key words: *urogenital candidiasis, clinical symptoms, causes of the disease, clinical characteristics.*

Введение. Кандидоз - инфекция, вызываемая дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Кандидозная инфекция не передаётся от больного к здоровому человеку, но возникновение этой инфекции приводит к серьёзным медицинским и экономическим последствиям. Кандидоз развивается как при инфицировании извне, так и за счёт аутоинфекции. Этим объясняется его многоочаговость и хроническое рецидивирующее течение [2, 8]. Трансформация грибов из непатогенных комменсалов в агрессивные возбудители, так же как и инфицирование, извне, происходит в результате снижения деятельности иммунной системы организма, что обуславливается разнообразными состояниями [1, 3, 5].

Грибы рода *Candida* встречаются у 30-50% здоровых лиц при посеве мокроты, кала, мочи, соскобов от слизистых оболочек. На слизистой оболочке ротовой полости человека его содержание в последние годы возросло до 46-52%. На слизистой влагалища небеременных женщин высеваемость достигает 11-13%, но резко увеличивается в последнем триместре беременности, составляя по разным данным от 29% до 86%.

В фекалиях людей частота выделения грибов рода *Candida* достигает до 80%, а на неповрежденной коже до 9% [7, 9]. Грибы рода *Candida* имеют особенность влиять на возникновение и течение инфекционных заболеваний, вызванных другими микроорганизмами. Это влияние характеризуется действием на организм больного и на возбудитель [10].

Цель исследования. Изучение и оценка основных симптомов урогенитальных кандидозов в зависимости от пола, место жительства больных и причин возникновения заболевания.

Материалы и методы исследования. Всего были обследованы 81 больных женщин и 15 мужчин (контрольная группа) урогенитальными кандидозами в возрасте 18-55 лет. Распределение обследованных по возрасту дали следующие результаты: 18-21 год - 2,1±1,4% (n=2), 22-30 лет - 49,0±5,1% (n=47), 31-40 лет - 36,4±4,9% (n=35), 41-50 лет - 8,3±2,8% (n=8) и 50-60 лет - 4,2±2,0% (n=4). Основную группу больных составили лица 22-30 и 31-40 лет.

Больные в основном постоянно проживали в Ташкентской (n=46) и Хорезмской областях (n=50). Большая часть больных Ташкентской области были сельскими жителями (73,9±6,5%, n=34), по Хорезмской области этот показатель был несколько ниже - 22,0±5,9% (n=11).

Распределение больных по социальному положению дали следующие результаты: рабочие и работницы фермерских хозяйств 52,1±5,1% (n=50), домохозяйки 36,4±4,9% (n=35), студенты и студентки 2,1±1,4% (n=2) и временно не работающие 9,4±3,0% (n=9). Среди больных отсутствовали служащие или лица с высшим образованием. Все этические принципы, связанные с привлечением больных для медицинских исследований проведены на основании Хельсинкской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации

(Хельсинки, 1964 год, последнее дополнение, Селл, 2008 год).

Для верификации диагноза урогенитальный кандидоз (для женщин вагинальный кандидоз) использовали общепринятые в дерматологии клинические методы исследования [2, 6].

Идентификация грибов рода *Candida* были проведены в 3 этапа: взятие биологического материала от больных; микроскопические исследования; микологические исследования - выделение чистых культур и их идентификация до вида [7].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью традиционных методов вариационной статистики с применением пакета прикладных программ Excel в персональном компьютере на базе процессора «Pentium-IV». При организации и проведении исследований использованы принципы доказательной медицины.

Результаты исследований и их обсуждение. Учитывая не однозначное место в формировании и развитии урогенитальных кандидозов у больных различных факторов, нами была изучена выявляемость разных причин возникновения заболеваемости в сравнительном аспекте по изученным регионам. Нами установлено, что основными причинами формирования урогенитальных кандидозов у обследованных были: эндокринопатии, гиповитаминозы, длительный приём цитостатиков, длительный приём антибиотиков и другие причины. Параметры больных, постоянно проживающих в Хорезмской области, приведены в табл. 1.

По показателю основных причин возникновения урогенитальных кандидозов были выявлены межполовые различия. Если, у женщин ведущими причинами были эндокринопатии, то у мужчин на первом месте был такой признак как «длительный приём антибиотиков». По другим причинам возникновения урогенитальных кандидозов указанных в табл. 1 достоверных отличий не наблюдали ($P > 0,05$). Эти же параметры были изучены у обследованных больных, проживающих в Ташкентской области (табл. 2).

В отличие от жителей Хорезмской области в сравниваемом регионе эндокринопатии у женщин выявлялись заметно больше ($69,3 \pm 7,4\%$ против $54,8 \pm 7,7\%$). Такую же тенденцию наблюдали у мужчин по признаку «длительный приём антибиотиков» - $57,1 \pm 18,7\%$ против $37,5 \pm 17,1\%$. По другим причинам формирования изучаемой нозологической единицы отличий не обнаружено.

Следующим признаком, характеризующим течение и прогноз патологического состояния, является давность заболевания. Известно, что от этого параметра зависит успех лечения, чем быстрее больные обратятся для специализированного лечения, тем быстрее возможность купирования симптомов заболевания. В связи с этим нами изучены параметры сроков первичной обращаемости больных урогенитальными кандидозами в зависимости от места проживания при осмотре и опросе пациентов (табл. 3). Полученные данные показывают, что больные жители Ташкентской области обращались в основном на 4-день и 5-день (по $30,4 \pm 6,8\%$) болезни.

Таблица 1.

Показатели основных причин возникновения урогенитальных кандидозов у обследованных, проживающих в Хорезмской области

Признак	Женщины, n=42		Мужчины, n=8	
	абс	%	абс	%
Эндокринопатии	23	$54,8 \pm 7,7$	2	$25,0 \pm 15,3$
Длительный приём антибиотиков	8	$19,0 \pm 6,1$	3	$37,5 \pm 17,1$
Длительный приём цитостатиков	5	$11,9 \pm 5,0$	1	$12,5 \pm 11,7$
Гиповитаминозы	4	$9,5 \pm 4,5$	1	$12,5 \pm 11,7$
Другие причины	2	$4,8 \pm 3,3$	1	$12,5 \pm 11,7$

Таблица 2.

Параметры основных причин возникновения урогенитальных кандидозов у обследованных, проживающих в Ташкентской области

Признак	Женщины, n=39		Мужчины, n=7	
	абс	%	абс	%
Эндокринопатии	27	$69,3 \pm 7,4$	1	$14,3 \pm 13,2$
Длительный приём антибиотиков	7	$17,9 \pm 6,1$	4	$57,1 \pm 18,7$
Длительный приём цитостатиков	2	$5,1 \pm 3,5$	1	$14,3 \pm 13,2$
Гиповитаминозы	2	$5,1 \pm 3,5$	1	$14,3 \pm 13,2$
Другие причины	1	$2,6 \pm 2,5$	0	0

Таблица 3.

Сравнительные параметры сроков первичной обращаемости больных урогенитальными кандидозами в зависимости от места проживания

Дни	Хорезмская область, n=50		Ташкентская область, n=46	
	абс	%	абс	%
4 дня	13	26,0±6,2	14	30,4±6,8
5 дней	14	28,0±6,3	14	30,4±6,8
6 дней	13	26,0±6,2	5	10,9±4,6
7 дней	4	8,0±3,8	6	13,1±5,0
8 дней и более	6	12,0±4,6	7	15,2±5,3

Таблица 4.

Показатели выявляемости основных клинических симптомов у женщин урогенитальными кандидозами, n=81

Симптомы	абс	%
Жжение и зуд, усиливающиеся к вечеру, при переохлаждении, при несвоевременной гигиене, до или после менструации	80	98,8±1,1
Покраснение и отёк слизистых оболочек половых органов	79	97,5±1,7
Обильные или скудные белые выделения творожистой консистенции	77	95,1±2,4
Наличие кислого запаха от выделений из влагалища	77	95,1±2,4
Боль и жжение при мочеиспускании	75	92,6±2,9
Дискомфорт при половом контакте	61	75,3±4,8

Таблица 5.

Параметры выявляемости основных клинических симптомов у мужчин урогенитальными кандидозами, n=15

Симптомы	абс	%
Покраснение и зуд в области головки полового члена	14	93,3±6,5
Боллезненность в области головки полового члена	13	86,7±8,8
Белый, творожистый налёт на головке полового члена	12	80,0±10,3
Боль при мочеиспускании	12	80,0±10,3
Боль и дискомфорт при половом контакте	11	73,3±11,4
Отёк головки полового члена	10	66,7±12,2

Эти же показатели по Хорезмской области составили соответственно 26,0±6,2% и 28,0±6,3%, что указывает на отсутствие статистически значимой разницы между показателями ($P>0,05$). По описываемому признаку отсутствовали межполовые различия и по этой причине привести данные отдельно по полу мы сочли нецелесообразным.

Таким образом, по показателям основных причин возникновения урогенитальных кандидозов были выявлены межполовые различия по эндокринопатиям и длительному приёму антибиотиков, но отличий по месту жительства (Хорезмская и Ташкентская области) достоверных различий не обнаружены. По первичной обращаемости пациентов за специализированной помощью также отличий по месту жительства не выявлены. В обоих регионах больные в медицинские учреждения обращались поздно - только на 4- и 5-дни, а в Хорезмской области большой процент больных обращались и на 6-день болезни.

Следующим этапом наших исследований было изучение показателей выявляемости основ-

ных клинических симптомов у данного обследованного контингента. Установлено, что по этим параметрам практически отсутствовала разница по месту жительства, в связи с чем, мы сочли нецелесообразным привести эти одинаковые цифры. Выявлены межполовые отличия по определению клинических симптомов у обследованных. У больных женщин урогенитальными кандидозами были выявлены 6 основных клинических симптомов (табл. 4).

Полученные результаты показывают, что чаще всего у больных женщин в качестве клинических симптомов выявляли жжение и зуд, усиливающиеся к вечеру, при переохлаждении, при несвоевременной гигиене, до или после менструации (98,8±1,1%, n=80), покраснение и отёк слизистых оболочек половых органов (97,5±1,7%, n=79). На последующих местах были следующие клинические симптомы: обильные белые выделения творожистой консистенции (95,1±2,4%, n=77), наличие кислого запаха от выделений из влагалища (95,1±2,4%, n=77), боль и жжение при

мочеиспускании ($92,6 \pm 2,9\%$, $n=75$) и дискомфорт при половом контакте ($75,3 \pm 4,8\%$, $n=61$).

У больных мужчин симптомы были выявлены специфические для данного заболевания клинические симптомы (табл. 5).

У больных мужчин наиболее часто выявлялись покраснение и зуд в области головки полового члена ($93,3 \pm 6,5\%$, $n=14$). На последующих местах по выявляемости были следующие симптомы: болезненность в области головки полового члена ($86,7 \pm 8,8\%$, $n=13$), белый, творожистый налёт на головке полового члена ($80,0 \pm 10,3\%$, $n=12$); боль при мочеиспускании ($80,0 \pm 10,3\%$, $n=12$); боль и дискомфорт при половом контакте ($73,3 \pm 11,4\%$, $n=11$) отёк головки полового члена ($66,7 \pm 12,2\%$, $n=10$).

Таким образом, установлено, что основными клиническими симптомами урогенитальных кандидозов у женщин были жжение и зуд половых органов, покраснение, отёк слизистых оболочек, обильные или скудные белые выделения творожистой консистенции с кислым запахом, боль при мочеиспускании и дискомфорт при половом контакте. У мужчин были схожие симптомы - покраснение, зуд, болезненность, отёк и белый творожистый налёт в области головки полового члена, боль при мочеиспускании и половом контакте. Привлекает внимание тот факт, что интенсивность выявления клинических симптомов урогенитальных кандидозов было достоверно больше у женщин, чем у мужчин.

Выводы.

1. Основными причинами возникновения и развития урогенитальных кандидозов были эндокринопатии, длительный приём антибиотиков, длительный приём цитостатиков и гиповитаминозы, причем первые две причины встречались наиболее часто. По показателям основных причин возникновения и развития урогенитальных кандидозов были некоторые межполовые различия по эндокринопатиям и длительному приёму антибиотиков, но отличий по месту жительства больных не обнаружены. 2. Установлено, что основные специфические клинические симптомы урогенитальных кандидозов наиболее часто выявляются у женщин, чем у мужчин не зависимо от возраста и место жительства.

Литература:

1. Абидова З.М., Байбеков И.М. Морфологические особенности культуры грибов и кожи при микозах стоп в аридном регионе // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2005. - №3-4. - С.16-19.
2. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология // Учебник для медицинских вузов. - Ташкент, 2013. - 386 с.

3. Артемова Е.В., Баженов Л.Г. Идентификация грибов рода *Candida*, выделенных из желудочного сока // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2004. - №5-6. - С.71-72.

4. Елинов Н.П. Медицинская микология к XXI веку – в начале третьего тысячелетия // Проблемы медицинской микологии - 2000. - Т.2. - №4. - С.6-12.

5. Кисина В.И., Степанова Ж.В., Мирзабекова М.А., Курчавов В.А. Клинические особенности первичного и рецидивирующего урогенитального кандидоза у женщин и эффективность фторкан в зависимости от видового состава *Candida* // Вестник дерматологии и венерологии. - Москва, 2002. - №2. - С.61-63.

6. МКБ-10 (Международная классификация болезней, 10-й пересмотр, ВОЗ, Женева, В37.8, в разделе «Кандидоз других локализаций») 1995. - Т.1.- С.156.

7. Нуралиев Н.А., Исхакова Х.И., Аллаберганова З.С., Бектимиров А.М.-Т. Биологические свойства дрожжеподобных грибов рода *Candida* и их бактериологическая диагностика // Методические рекомендации. - Ургенч, 2006. - 15 с.

8. Нурметов Ф.Э., Нуралиев Н.А. Урогенитал кандидозларнинг аҳоли орасида жинсга ва ёш гуруҳларига боғлиқ ҳолда тарқалганлигининг ўзига хос хусусиятлари // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Тошкент, 2011. - №1-2. - 54-58 б.

9. Rex J.H., Walsh T.J., Sobel J.D. Practice guidelines for the treatment of candidiasis // Clin. Infect. Dis. - 2000. - N30. - P.662-678.

10. Tonoco K., Tsujino T., Fujioka Y. *Candida parapsilosis* endocarditis that emerged 2 years after abdominal surgery // Heart Vessels. - 2004. - N19 (3). - P.149-152.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ КАНДИДОЗАМИ

Ф.Н. НУРАЛИЕВ

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Целью было изучение основных симптомов урогенитальных кандидозов в зависимости от пола, место жительства больных. Установлено, что основными причинами возникновения урогенитальных кандидозов были эндокринопатии, длительный приём антибиотиков и цитостатиков, гиповитаминозы. Специфические клинические симптомы урогенитальных кандидозов наиболее часто выявляются у женщин, чем у мужчин не зависимо от возраста и место жительства.

Ключевые слова: урогенитальные кандидозы, клинические симптомы, причины возникновения болезни, клиническая характеристика.