

# Застосування Ліваролу в терапії хронічного вульвовагінального кандидозу

**В.І. Пирогова, І.В. Козловський**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті наведено дані оцінки ефективності застосування м'яких лікарських форм Ліварол (вагінальні супозиторії) у комбінованій терапії хронічного вульвовагінального кандидозу.

**Ключові слова:** вагінальний кандидоз, м'які лікарські форми, Ліварол.

Вагінальний кандидоз є однією з найпоширеніших генітальних інфекцій у жінок. За оцінками експертів, до 75% жінок протягом життя переносять принаймні один епізод вагінального кандидозу, а в еру антибіотикотерапії ситуація навряд чи кардинально зміниться [1, 4, 5].

Збудником вульвовагінального кандидозу є дріжджоподібні гриби роду *Candida*, яких нині налічується близько 170 видів, але найчастіше – у 85–90% випадків – *C. albicans*. Крім того, збудниками кандидозу є *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. pseudotropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* [1, 2, 4, 5].

Виникненню вагінального кандидозу сприяють наступні фактори:

- антибіотикотерапія – відіграє важливу роль у порушенні нормального балансу мікрофлори піхви і розцінюється як один з найголовніших факторів ризику кандидозу;
- порушення співвідношення естрогени/прогестерон – у разі ендокринних та гінекологічних захворювань, вживання гормональних контрацептивів;
- вагітність – часто перша маніфестація хвороби відбувається саме в цей період;
- цукровий діабет – сприяє надмірному росту грибів унаслідок порушення метаболізму.
- місцевоподразнювальні засоби (дезодоранти, спреї) – епітелій, впливають на сапрофітну мікрофлору і таким чином сприяють росту грибів;
- цитостатична, імуносупресивна, гормональна терапія внаслідок пригнічення імунної відповіді.

Останнім часом частіше трапляються випадки довготривалого перебігу та рецидивування вульвовагінального кандидозу, при цьому головним чином страждають жінки репродуктивного віку, проте захворювання може виникати і в літніх жінок та дівчаток; також є ризик інфікування новонароджених від хворих матерів [4, 5].

Досягнення сучасної фармакології дає надію позбавитися від цієї досить серйозної, а інколи і небезпечної патології. Серед найсучасніших і найперспективніших антимікотиків виділяють препарати триазолового ряду, до яких належать препарати флуконазолу. Нині вони є «золотим стандартом» у лікуванні хворих на кандидоз. Необхідно відзначити, що триада провідних збудників кандидозу (*C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*) спричинює понад 95% випадків кандидозу всіх локалізацій, а серед грибів роду *Candida* вона є найчутливішою до флуконазолу. Оптимальною схемою лікування хронічного вульвовагінального кандидозу вважається застосування як системної, так і місцевої терапії з наступною профілактикою рецидивів [3, 5].

**Мета роботи** – вивчення ефективності комбінованої терапії протикандидозним засобом Ліварол та препаратом флуконазол хронічного рецидивного вульвовагінального кандидозу.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебувало 30 пацієнток з діагностованим вульвовагінальним кандидозом. Середній вік пацієнток становив  $(24,5 \pm 2,6)$  року. До звернення в клініку 10 (33,3%) хворих отримували антибіотикотерапію з приводу запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ). На обстеження з приводу безплідності були скеровані 14 (46,2%) пацієнток, до застосування допоміжних репродуктивних технологій готувались 11 (36,6%) жінок.

Оцінку біоценозу піхви проводили шляхом визначення видового та кількісного складу мікроорганізмів шляхом бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження піхвового вмісту на основі культуральних посівів з використанням селективних диференціально-діагностичних поживних середовищ за загальноприйнятими методиками.

Діагноз вульвовагінального кандидозу встановлювали на підставі клінічних проявів та виявлення колоній грибів у кількості  $10^4$  КУО/мл і більше.

Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою комп'ютерних програм «Statistica 6.0» та «Excel 5.0». Відмінності вважали вірогідними за  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Перед початком лікування оцінювали суб'єктивні скарги пацієнток: свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів, надмірна кількість виділень з піхви, дискомфорт під час статевих стосунків, дизуричні явища. Під час огляду в усіх пацієнток відзначалися набряк та гіперемія слизових оболонок вульви та піхви (мал. 1). Такі скарги періодично з'являлись у пацієнток від 4 до 6 разів на рік.

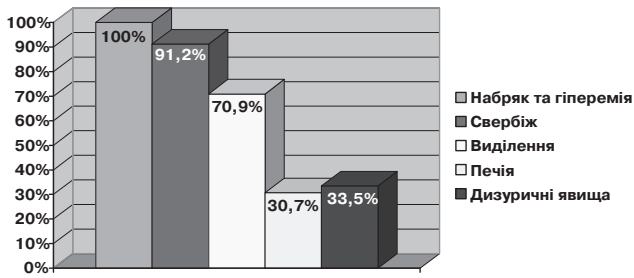
До призначення терапії визначали видовий та кількісний склад мікроорганізмів шляхом бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження піхвового вмісту.

Під час мікроскопії піхвових виділень у всіх пацієнток виявлено міцелій та грибові спори.

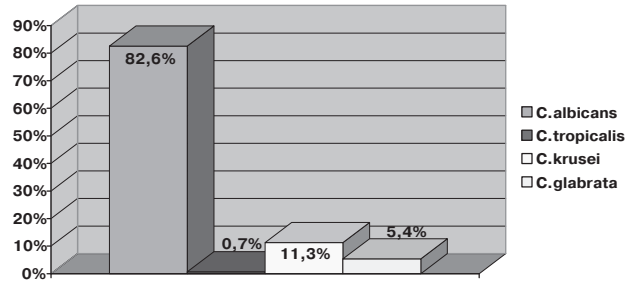
Проведене бактеріологічне дослідження дозволило виявити структуру збудників хронічного вульвовагінального кандидозу (мал. 2).

Усім пацієнткам призначали лікування за наступною схемою: флуконазол застосовували двічі: першу дозу (150 мг) призначали спільно з початком терапії Ліваролом, другу дозу (50 мг) – на 7-й день лікування. Ліварол застосовували по 400 мг щоденно протягом 10 днів.

Ліварол у вигляді вагінальних супозиторіїв містить в одній свічці 400 мг кетоконазолу – синтетична похідна імідазолдіоксолана. Виявляє фунгіцидну та фунгістатичну дію щодо дерматофітів, дріжджів, диморфних та ви-



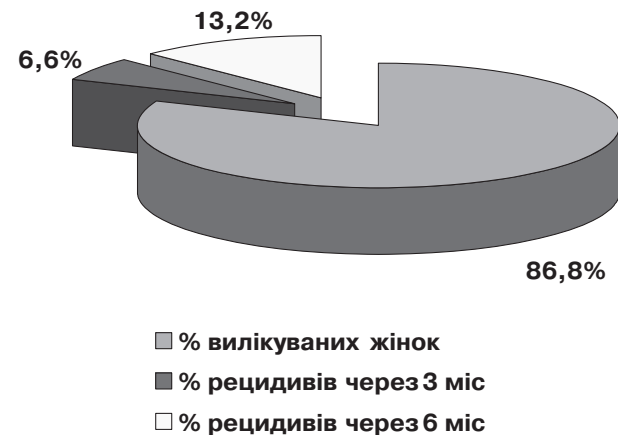
Мал. 1. Клінічні прояви хронічного вульвовагінального кандидозу



Мал. 2. Спектр виявлених грибів роду Candida за наявності хронічного кандидозу



Мал. 3. Клініко-мікробіологічна ефективність проведеного лікування



Мал. 4. Частота виникнення рецидивів без застосування протирецидивної терапії

щиків грибів. За фармакологічними властивостями препарат справляє пошкоджувальну дію на клітинну мембрану грибів за рахунок інгібіції біосинтезу ергостеролу, пригнічення процесів клітинного дихання, порушення трансформації дріжджових грибів у міцелярні форми.

Оцінку ефективності лікування проводили клінічним, бактеріоскопічним та бактеріологічним методами на 5-ту та 10-ту добу лікування. Клінічну ефективність оцінювали лікар і пацієнтка. Зникнення дискомфорту, свербіжу в ділянці статевих органів, дизуричних явищ та набряку слизових оболонок статевих органів на 5-й день лікування відмітили 17 (56,7%) пацієнток, 29 (96,7%) хворих після завершення лікування не мали жодних скарг.

У процесі динамічного спостереження за матеріалами мікроскопії мазків вагінальних виділень встановлено, що в усіх жінок на 5-ту добу лікування візуалізуються лише спори дріжджового гриба й відсутні нитки міцелію.

За результатами бакпосівів виявлено, що на 5-ту добу лікування елімінація збудників та нормалізація мікрофлори піхви відбулись у 25 (83,3%) пацієнток, на 10-ту добу – у 29 (96,7%) жінок (мал. 3).

У подальшому залежно від обраної схеми лікування пацієнтки були розподілені на 2 групи:

I група – 15 пацієнток, яким не призначали протирецидивну терапію;

II група – 15 пацієнток, які отримували протирецидивну терапію (Ліварол по 1 супозиторію протягом 5 днів після менструації) упродовж 3 міс.

Під час клініко-мікробіологічного дослідження через 3 та 6 міс у I групи виявлено 2 жінки з рецидивом вагінального кандидозу (мал. 4). У II групі протягом даного періоду спостереження рецидивів не виявлено.

Побічних ефектів під час проведення лікування не виявлено.

## ВИСНОВКИ

1. Проведення комбінованої терапії протикандидозним засобом Ліварол у поєднанні з препаратом флуконазол є ефективним методом лікування хронічного рецидивного вульвовагінального кандидозу. Ефективність лікування становила 96,7%

2. З метою протирецидивного лікування доцільно застосування супозиторіїв Ліварол як монотерапії впродовж на 3 міс після основного курсу лікування.

## Использование Ливарола в терапии хронического вульвовагинального кандидоза В.И. Пирогова, И.В. Козловский

В статье приведены данные оценки эффективности использования мягких лекарственных форм Ливарол (вагинальные суппозитории) в комбинированной терапии хронического вульвовагинального кандидоза.

**Ключевые слова:** вагинальный кандидоз, мягкие лекарственные средства, Ливарол.

## ЛІТЕРАТУРА

- Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. – М.: Медицина, 2001. – 413 с.
- Діагностика та лікування запальних захворювань сечовидільних шляхів та геніталій у жінок репродуктивного віку / Ромащенко О.В., Руденко А.В., Білоголовська В.В. та ін. // ПАГ. – 2003. – № 4. – С. 95–99.
- Петрух Л.І., Пронюк О.В. Аналіз сучасних антибактеріальних супозиторіїв для лікування уrogenітальної інфекції // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 1. – С. 116–119.
- Прилепская В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: современные методы лечения. Практическая гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – С. 178–185.
- Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. – М., 2003. – 439 с.