

©С.В. Лукашук-Федик

## ЛІКУВАННЯ ГРИБКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Поліклініка «Медікус» м. Тернопіль

ЛІКУВАННЯ ГРИБКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. Серед етіологічних чинників хронічних запальних захворювань геніталій у жінок фертильного віку значна роль належить грибовій інфекції, яка частіше зустрічається в асоціації з мікроорганізмами та вірусами. Запропоновані схеми лікування цієї групи захворювань з використанням препаратів «Грін-Віза» (Україна) дозволяють ефективно вирішити цю проблему.

ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ. Среди этнологических факторов хронических воспалительных заболеваний гениталий у женщин фертильного возраста немаловажная роль принадлежит грибковой инфекции, которая чаще встречается в ассоциации с микроорганизмами и вирусами. Предложенные схемы лечения этой группы заболеваний с использованием препаратов «Грин-Виза» (Украина) позволяют эффективно решить эту проблему.

FUNGUS INFECTION TREATMENT IN WOMEN WITH CHRONIC INFLAMMATORY GENITAL DISEASES. Fungous infection, more often in combination with germs and viruses, are among the most important etiological factors of chronic inflammatory genital diseases in women of fertile age. The problem may be efficiently of treatment of these diseases with «Green Visa» remedies (Ukrainian).

**Ключові слова:** лікування грибової інфекції, «Грін-Віза», хронічні запальні захворювання геніталій, жінки фертильного віку.

**Ключевые слова:** лечение грибковой инфекции, «Грин-Виза», хронические воспалительные заболевания гениталий, женщины фертильного возраста.

**Key words:** treatment of fungus infections, «Green Visa», chronic inflammatory genital disease, women of fertile age.

**ВСТУП.** Урогенітальний кандидоз – грибок за-  
хворювання слизових оболонок та шкіри сечостате-  
вих органів, що викликається дріжджоподібними гри-  
бами роду *Candida*, які є умовно-патогенною флорою.  
У 80–92 % випадків збудником кандидозного вагіні-  
ту є *Candida albicans* [3, 4, 6].

Захворюваність піхвовим кандидозом за останній  
час різко зросла і складає до 20% серед усіх інфекцій  
піхви. Пік часу захворюваності спостерігається у віці  
20–45 років.

До факторів ризику розвитку піхвового кандидозу  
відносять вагітність, застосування гормональної конт-  
рацепції препаратами першого покоління та заміс-  
ної гормонотерапії, лікування антибактеріальними пре-  
паратами, цукровий діабет, імуносупресія [1, 4, 5].

У розвитку кандидозної інфекції розрізняють на-  
ступні етапи: адгезія грибів до поверхні слизової обо-  
лонки та її колонізація, проникнення їх в епітелій,  
подолання епітеліального бар'єру слизової оболо-  
нки. Псевдо-міцелій проникає вглибину до 4–6 шарів  
піхвового епітелію. Проникнення в середину клітини  
дозволяє грибам протистояти факторам захисту мак-  
роорганізму. Всередині клітини навколо гриба утво-  
рюється фагосома, яка захищає його від дії лікарсь-  
ких засобів та факторів імунного захисту. Далі мож-  
ливо проникнення в сполучну тканину, судини. Транс-  
формації кандидозу в інвазивну форму сприяють різні  
імунodefіцитні стани.

По характеру протікання захворювання виділяють:

– гострий (спорадичний) кандидоз – протікає не  
більше 2 міс;

– хронічний, в тому числі: рецидивуючий (не мен-  
ше 4-х епізодів на рік) та персистуючий (симптоми  
захворювання зберігаються постійно, дещо стихають  
після лікування).

В літературі нерідко зустрічаються терміни усклад-  
нений та вторинний піхвовий кандидоз. До усклад-  
неного відносять як хронічні форми, так і форми з  
нетиповою етіологією, виражені клінічні прояви, про-  
тікання на фоні факторів ризику (цукровий діабет, рак,  
захворювання крові, імунodefіцитні стани). До вто-  
ринного піхвового кандидозу зазвичай відносять ви-  
падки виникнення інфекції на фоні неінфекційного  
ураження статевих органів при червоному плескато-  
му лишаю, хворобі Бехчета, пемфігоїді.

Для гострого генітального кандидозу характерна  
картина запального процесу зі скаргами на свербін-  
ня, печію, біль ділянки вульви та піхви, що підсилю-  
ються під час коїтуса та призводить до диспареунії.  
Піхвові виділення при кандидозі – білого кольору,  
густі, сливкоподібні або творожисті, пльвчасті, мають  
нерізкий кислуватий запах. Деколи бувають водянисті,  
з крошкуватими вкрапленнями, можуть бути взагалі  
відсутні. При ураженні шкірних покривів вульви спосте-  
рігають гіперемію, мацерацію шкіри, пустули, свербін-  
ня ділянки анусу.

У пацієнтів з факторами ризику кандидоз нерідко  
рецидивує, тобто спостерігається повернення захво-  
рювання після повного затухання клінічних проявів  
та встановлення порушених функцій слизової у про-  
цесі лікування. Якщо такі рецидиви спостерігаються  
більше 4 разів на рік, то захворювання класифікуєть-  
ся як хронічний рецидивуючий піхвовий кандидоз.  
Тактика лікування у цьому випадку відрізняється від  
тактики лікування при спорадичних епізодах. При пер-  
систуючому піхвовому кандидозі клінічні симптоми збе-  
рігаються постійно, лише дещо стихають після ліку-  
вання. Рецидиви слід відрізнити від загострень, які роз-  
виваються не після лікування, а на фоні клінічної симп-  
томатики.

При хронічних формах кандидозу на шкірі та слизових оболонках статевих органів спостерігаються вторинні елементи у вигляді інфільтрації, ліхенізації та атрофії тканин.

У зв'язку з вираженою тенденцією до розповсюдження кандидозу особливе значення має проблема його лікування.

Тому, як свідчать численні наукові джерела, локальна протигрибкова терапія залишається ключовою ланкою будь-якої системи лікування кандидозу сечостатевих органів. Головні переваги локальної терапії перед системною – це пряма дія на орган-мішень і відсутність системних побічних ефектів, серед яких найбільш частішими є подразнювальна дія на слизові оболонки травного тракту, гепатобіліарний апарат і підшлункову залозу. Мала кількість протипоказань та зменшення фармакологічного навантаження на організм, зручність використання – це теж важливі чинники для призначення місцевого лікування [2, 5, 6].

Вибір фармакологічних препаратів для лікування генітального кандидозу великий, але клінічна ефективність, переносимість неоднозначні. Так, терапевтична цінність багатьох препаратів, які використовуються для лікування УГК у жінок, які живуть активним статевим життям (статевий шлях передачі сягає 40–50 %), нижче, ніж у дівчат і жінок, які не мали сексуальних контактів. У зв'язку з цим доцільність одночасного лікування статевого партнера для зменшення ризику реінфекції і рецидиву захворювання не викликає сумніву. Не менш актуальною є і проблема вибору лікувального засобу, прийнятного для сумісного лікування пацієнтки та її партнера [2, 5].

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування препаратів «Грін-Віза» (Україна) у лікуванні грибової інфекції у жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Об'єктом дослідження стали 43 жінки репродуктивного віку із хронічними запальними захворюваннями статевих органів. Найбільшу групу склали жінки (69 %) у віці 20–35 років. Гострий кандидоз діагностовано у 14 пацієнток (I група) та хронічний рецидивуючий піхвовий кандидоз у 29 жінок (критерієм відбору II групи пацієнток були: перебіг захворювання більше року, наявність в анамнезі більше 4 рецидивів). Діагноз визначався на основі скарг, даних анамнезу, суб'єктивних та об'єктивних клінічних ознак, результатів лабораторного обстеження.

Основні методи діагностики: бактеріоскопія нативних та зафарбованих по Граму та Романовському-Гімза препаратів та бактеріологічний метод з посівом на поживні середовища.

Пацієнток обстежували три рази: до лікування, через 7 днів після лікування та через 1 місяць після завершення лікування.

Лікування гострого піхвового кандидозу проводили традиційно Ністатином (по 500 мг Х 2 рази в день протягом 10 днів) та місцевим застосуванням препаратів «Грін-Віза» (свічки із масляним екстрактом насіння льону і чистотілу – по 1 свічці у піхву та ректально протягом 10 днів).

Лікування хронічного піхвового кандидозу про-

дили Фунітом та комплексом препаратів «Грін-Віза» у наступальному режимі:

I етап:

– Фуніт – по 1 капсулі протягом 15 днів (починаючи з першого дня менструації);

– Свічки з масляним екстрактом насіння льону та чистотілу («Грін-Віза»: піхвово та ректально протягом 20 днів починаючи з першого дня менструації);

– Для оптимізації ефекту призначали фіточай «Для жінок» («Грін-Віза» – 1 раз в день протягом 20 днів).

II етап – починаючи з першого дня наступного менструального циклу:

– Фуніт – по 1 капсулі протягом 5 днів;

– Свічки з масляним екстрактом зеленого грецького горіху та ефірним маслом чайного дерева («Грін-Віза»: піхвово та ректально протягом 10 днів);

– Фіточай «Для жінок» («Грін-Віза» – 20 днів).

III етап – починаючи з першого дня наступного менструального циклу:

– Фуніт – 1 капсула;

– Свічки з масляним екстрактом листя і кори дуба та ефірним маслом ялівця («Грін-Віза»: піхвово – 5 днів, ректально – 10 днів);

– Фіточай «Для жінок» («Грін-Віза» – 10 днів).

Перед призначенням комплексу антимікотичних препаратів «Грін-Віза» особливу увагу звертали на принципи терапії, що проводилася раніше.

Клінічні ознаки генітального кандидозу, що включали вагінальні виділення, свербіж, біль та еритему вульви та піхви, диспареунію, визначали як відсутні, незначні, помірні і тяжкі.

Ефективність лікування оцінювали як відмінну, задовільну та відсутність ефекту. Відмінний ефект – повне клінічне видужання та мікологічна санація, відсутність суб'єктивних клінічних ознак, загальних змін слизової оболонки вагіни та негативний результат бактеріоскопічного (зменшення лейкоцитів до одиничних, відсутність міцелію та спор грибів) та бактеріологічного досліджень (відсутність росту грибів у виділеннях із піхви та уретри). Задовільний ефект – значне покращення клінічної картини, результатів мікроскопічного дослідження (зниження лейкоцитів до 15–20 у полі зору), а також зниження бактеріальної контамінації піхвового та уретрального середовища. Відсутність ефекту – запальний процес залишився, мікроскопія мазків та бактеріологічний посів із піхви та уретри не змінився.

Переносимість препаратів «Грін-Віза» оцінювали як дуже добру (відсутність побічних ефектів), добру (наявність незначних або помірних побічних ефектів) або незадовільну (значні побічні реакції або повна відмова від лікування внаслідок їх появи).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Проведено обстеження 43 пацієнток із хронічними запальними захворюваннями геніталій. Середній вік хворих першої групи склав 20+4,5 роки, а другої групи – 29+6,5 роки.

Розподіл пацієнток по наявності чинників ризику показав, що найчастіше спостерігалися такі фактори як прийом антибактеріальних препаратів та гормональних контрацептивів, імунодефіцитні стани різного походження (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнок за наявністю чинників ризику

Чинники ризику	Перша група	Друга група
Прийом антибактеріальних препаратів в анамнезі	9 (64,3 %)	12 (41,3 %)
Гормональні контрацептиви	2 (14,2 %)	8 (27,6 %)
Імунодефіцитні стани	1 (7,1 %)	6 (21 %)
Інше	2 (14,2 %)	3 (10,3 %)

Частота суб'єктивних відчуттів та об'єктивних симптомів показана у табл. 2. В обох групах найчастіше спостерігалися такі симптоми: свербіння ділянки вульви, печія та подразнення піхви, патологія виділень, еритема вульви та піхви. Поряд з цим у 27 (63 %) жінок були такі суб'єктивні скарги як депресія, підвищена чутливість, сексуальні проблеми, порушення сну, що однозначно підкреслює важливість своєчасної діагностики і лікування.

Діагноз генітального кандидозу визначався на основі осмислювання клінічних ознак та виявлення у піховому секреті більше ніж 10<sup>4</sup> КУО/мл дріжджоподібних грибів у всіх пацієнок. Також, в результаті дослідження було виявлено, що у хворих обох груп є порушення кількісного та якісного складу піхової мікрофлори, зниження кількості лактобактерій та збільшення кількості умовно-патогенної та патогенної мікрофлори (табл. 3).

Таблиця 2. Частота суб'єктивних та об'єктивних ознак

Суб'єктивні та об'єктивні симптоми	Перша група, n=14	Друга група, n=29
Свербіння вульви	12 (85,7%)	27 (93,1%)
Печія, подразнення піхви	13 (76,4%)	28 (96,5%)
Піхові виділення	14 (100%)	29 (100%)
Еритема вульви	11 (78,5%)	26 (89,6%)
Еритема піхви	9 (64,2%)	21 (72,4%)
Диспареунія	3 (21,4%)	9 (31,03%)
Сексуальні розлади	8 (57,1%)	18 (62,06%)
Порушення нервово-психічного стану	6 (43%)	23 (79,3%)

Таблиця 3. Видовий склад бактеріальної флори піхви у хворих на генітальний кандидоз

Мікроорганізми	Перша група, n=14	Друга група, n=29
Candida albicans	12 (85,7 %)	28 (96,5 %)
S. epidermidis	6 (42,8 %)	7 (24,1 %)
S. aureus	2 (14,2 %)	4 (13,7 %)
S. pyogenus	2 (14,2 %)	3 (10,3 %)
E. coli	8 (57,1 %)	11 (37,9 %)
K. pneumoniae	3 (21,4 %)	2 (14,2 %)
Candida tropicalis	2 (14,2 %)	2 (14,2 %)

Як видно з представленої таблиці, флора піхового секрету хворих обох груп мала дуже широке розмаїття, що звичайно потребувало призначення додаткового лікування (це в свою чергу обумовлювало доцільність трьох етапного лікування хронічного процесу).

Ефективність лікування піхового кандидозу встановлювалось на основі вже вищевказаних методів на сьому добу те через один місяць після закінчення лікування.

У період лікування генітального кандидозу у пацієнок значно зменшились виділення з піхви, печія та свербіж у 8,1 % та зникла у 92,1 % жінок. Наприкінці лікування та у віддалений період через півтора місяці було констатовано досить високу ефективність проведеного лікування. Про позитивну динаміку призначеної терапії жінок фертильного віку із генітальним кандидозом свідчать результати проведеного порівняльного бактеріального та бактеріоскопічного аналізу (табл. 4).

Таблиця 4. Загальна оцінка терапевтичного ефекту під час першого та другого контрольних візитів

Оцінка ефекту	Перший контрольний візит		Другий контрольний візит	
	I група	II група	I група	II група
Відмінний	8 (57,1 %)	9 (31,03 %)	12 (85,7 %)	24 (82,75 %)
Задовільний	4 (28,6 %)	17 (58,62 %)	2 (14,28 %)	4 (13,79 %)
Відсутність ефекту	2 (14,3 %)	3 (10,34 %)	-	7 (3,44 %)
Всього	14 (100 %)	29 (100 %)	14 (100 %)	29 (100 %)

Відповідно до представлених у табл. 4 показників під час першого контрольного візиту у 8 (57,1 %) пацієнок першої групи та у 9 (31,03%) пацієнок другої групи було констатовано клінічне та мікологічне вилі-

кування. При проведенні другого контрольного візиту було виявлено, що відмінний ефект лікування відбувся у 12 (85,7 %) хворих на гострий генітальний кандидоз та у 24 (82,75 %) хворих на хронічний рецидивуючий.

Разом з тим, в процесі дослідження переносимість комплексу препаратів «Грін-Віза» (супозиторіїв) – оцінена як дуже добра в 92,4 % випадків, і як добра – у 7,8 %. Алергічних та інших побічних реакцій не було зафіксовано.

**ВИСНОВКИ.** Результати, що були отримані під час дослідження в загальному відповідають даним літератури. Традиційна пероральна терапія гострого та хронічного рецидивуючого кандидозу у поєднанні з антимікотичними препаратами «Грін-Віза» для місцевого застосування у запропонованому режимі виявилася

ефективною. Висока клінічна ефективність, зручність використання, відсутність побічної дії дозволяє визначати препарати «Грін-Віза» як перспективні у лікуванні урогенітального кандидозу.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**

Подальші дослідження щодо розробки оптимальних програм лікування та профілактики генітального кандидозу у жінок із хронічними запальними захворюваннями геніталій сприятимуть оптимізації лікувального ефекту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бакшеев С.Н., Неймарн С.Л. Вагинальный кандидоз как этиологический фактор хронических воспалительных процессов репродуктивной системы // Scheringnews. – 2002. – № 4. – С. 9–11.
2. Вдовіченко Ю.П., Соболева С.І., Феростяна Є.В. Сучасні аспекти лікування запальних захворювань геніталій, обумовлених мікст-інфекцією // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2005. – №1 (21). – С. 99–102.
3. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Терминология и классификация бактериальных инфекционных заболеваний женских

половых органов // Новости медицины и фармации. – 2002. – № 19–20. – С. 24–25.

4. Кунгурова Н.В., Герасимова Н.М., Вишневская М.Ф. Урогенитальный кандидоз: Уч.-метод. Рекомендации. – Екатеринбург, 2002. – 49 с.

5. Прилепская В.Н. Клиника, диагностика и лечение вульвовагинального кандидоза (клиническая лекция) // Гинекология. – 2001. – Т.3, № 6. – С. 201–205.

6. Сергійв А.Ю., Сергійв Ю.В. Етіологія, патогенез та терапія хронічного вагінального кандидозу // Акушерство та гінекологія. – 2001. – № 4. – С. 49–52.

Отримано 21.01.12 р.