

©Т.В. Фартушок

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра акушерства та гінекології*

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ. Під спостереженням знаходилося 25 хворих у віці 18-35 років з кандидозним вульвовагінітом. Проводилася порівняльна оцінка різних методів лікування кандидозного вульвовагініту. Показана роль системних препаратів у лікуванні кандидозного вульвовагініту. Препарати системної дії можуть бути препаратами першого вибору як для лікування, так і для профілактики епізодів кандидозу.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА. Под наблюдением находилось 25 больных в возрасте 18-35 лет с кандидозным вульвовагинитом. Проводилась сравнительная оценка различных методов лечения кандидозного вульвовагинита. Показана роль системных препаратов в лечении кандидозного вульвовагинита. Препараты системного действия могут быть препаратами первого выбора как для лечения, так и для профилактики эпизодов кандидоза.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT KANDIDOVULVOVAGINITIS. Under supervision there were 25 patients aged 18-35 years with kandidovulvovaginitis. Has comparative assessment of different treatment of Candida vulvovaginitis. The role of systemic drugs for treatment of Candida vulvovaginitis. Preparations for systemic effects may be first for the treatment and prevention of episodes of candidiasis.

Ключові слова: вульвовагініт, кандидоз, лікування, системна терапія.

Ключевые слова: вульвовагинит, кандидоз, лечение, системная терапия.

Key words: vulvovaginitis, candidiasis, treatment, systemic therapy.

ВСТУП. Незважаючи на велику кількість публікацій в останні роки щодо профілактики та лікування мікозів, кандидоз слизових оболонок займає провідне місце у структурі акушерсько-гінекологічної захворюваності [2,7,9,11]. За даними літератури 75 % жінок репродуктивного віку мають принаймні один епізод вульвовагінального кандидозу [1,4,10,13].

В останні роки є багато повідомлень про зниження чутливості грибів *Candida* до протигрибкових препаратів, що може бути однією з причин рецидивів кандидозної інфекції [3,5,8, 2].

При вульвовагінальному кандидозі інфекційний процес найчастіше локалізується в поверхневих шарах епітелію піхви. На цьому рівні інфекція може персистувати тривалий час [1,6,9]. Рецидивуючий кандидоз розглядається, як особливий варіант перебігу хронічної форми захворювання [3, 4, 13].

Існує безліч препаратів і схем лікування урогенітального кандидозу. Однак немає оптимального препарату, який би відповідав всім вимогам і давав стопроцентну ефективність.

Метою роботи була порівняльна оцінка різних методів лікування кандидозного вульвовагініту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстеження проведено на базі кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та у гінекологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні.

Під спостереженням знаходилося 25 хворих у віці 18-35 років з кандидозним вульвовагінітом. Всі пацієнтки обстежені та ліковані амбулаторно або в стаціонарі.

Комплексне обстеження включало аналіз скарг і клінічного перебігу захворювання з урахуванням хронізації процесу і преморбідного стану, ступінь фізичного і статевого розвитку, характер менструальної функції. Діагноз верифікували на основі мікробіоло-

гічного, серологічного, цитологічного вивчення виділень з піхви, уретри, шийки матки, проводилася ехо-сонографія органів малого тазу. При проведенні скринінг-діагностики в першу чергу виділяли хворих, яким необхідні міроприємства – це пацієнтки зі скаргами на сильний зуд, печіння, біль у ділянці статевих органів, з різко вираженими клінічними проявами запального процесу, виявленими при оцінці гінекологічного статусу. Ці хворі були обстежені і проліковані в умовах стаціонару.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Встановлено, що у 20 пацієнток (82 %) обох груп виявлена екстрагенітальна патологія. У жінок до 25 років це здебільшого хронічний риніт, отит, тонзиліт, захворювання сечовидільної системи. У жінок старших 25 років – захворювання серцево-судинної системи, астено-невротичний синдром, захворювання травного тракту і гепатобіліарної системи. 11 пацієнток (45 %) були на обліку в групі тих, які часто хворіють гострими вірусними респіраторними захворюваннями. У 13 (52 %) пацієнток виявлено поєднання двох і більше екстрагенітальних захворювань.

Основні скарги у хворих обох груп з вульвовагінітом: зуд, печіння, біль у ділянці зовнішніх статевих органів, наявність виділень зі статевих шляхів слизового, гнійного, сирнистого характеру в поєднанні з дизуричними проявами. Загальний стан хворих різко погіршувався – спостерігалася підвищена дратівливість, порушення сну, апетиту. 8 (32 %) пацієнток не жили статевим життям, проте половина з них мали хронічний рецидивуючий кандидозний вульвовагініт. Середній вік статевого дебюту склав 16,2 років \pm 4 місяці. У кожній другій пацієнтки до моменту обстеження було не менше двох статевих партнерів.

Клінічно у хворих обох груп виявлений такий симптомкомплекс: набряк статевих губ і тканин проме-

жини, у частини пацієнток – з мацерацією внутрішніх поверхонь стегон і пігментацією навколо анусу, гіперемія і мацерація слизової оболонки піхви, гнійні виділення з піхви. У 12 (48 %) пацієнток кольпіт поєднувався з одно- і двостороннім сальпінгофоритом, параметритом у 1 (4 %) пацієнтки, бартолінітом у 5 (20 %) пацієнток. При огляді шийки матки в дзеркалах виявлено ендощервіцит і ерозія шийки матки у 8 (32 %) з кольпоскопічним виключенням онкологічного процесу.

Ультразвукові ознаки сальпінгофориту виражалися зміною розмірів, структури і ехопровідності яєчників, наявністю тубооваріальних утворів, посилення ехогенності тканин у ділянці придатків і в дугласово-просторі.

Аналіз гормонального профілю показав, що у половини жінок відмічені патологічні зміни менструальної функції за типом дисменореї, гіпоменструального синдрому.

В етіологічному спектрі збудників запального процесу переважали умовно патогенні збудники: кишкова паличка, стафілококи, стрептококи, бактероїди. У 7 (30 %) пацієнток у відповідності з критеріями R. Amsel, виявлено бактеріальний вагіноз, який підтверджений клінічно і лабораторно.

Головний критерій необхідності лікування – це специфічні скарги, підтверджені результатами бактеріоскопії та/або посіву. Дослідження проводили до лікування і через 7-10 днів після лікування і відновлення мікробіоценозу піхви. Кандидоз не належить до класичних захворювань, що передаються статевим шляхом, це внутрішній стан, причиною якого є зниження імунітету.

Причинами стійкого кандидозу є: наявність хронічної інфекції статевої системи або будь-якої іншої системи організму; імунна система виснажується в боротьбі з хронічним запаленням, і це проявляється в тому числі і кандидозом; захворювання, що передаються статевим шляхом; хронічні захворювання нирок, печінки, кишечника (коліт, дисбактеріоз); гормональні порушення (знижена функція щитоподібної залози, цукровий діабет, ожиріння); прийом гормональних препаратів: преднізолону, дексаметазону, метилпреднізолону (для лікування імунних порушень, гіперандрогенії), прийом антибіотиків, що викликають імунодефіцит і дисбактеріоз кишечника. Резервуар кандидозу в організмі – кишечник, звідти гриби потрапляють в інші місця локалізації; неправильне харчування (зокрема, надлишок солодкого) також може призводити до розвитку дисбактеріозу і розмноження грибків; неправильне застосування еубіотиків.

Все вищесказане стверджує, що кандидоз – це маркер неблагополуччя в організмі, і, крім специфічного лікування протигрибковими препаратами, вимагає повноцінного обстеження та усунення першопричини імунодефіциту.

Виникаючи як внутрішній стан, кандидоз може передаватися статевим шляхом, тому лікування призначали обом партнерам. Терапію урогенітального кандидозу проводили тільки при наявності клінічних ознак вульвовагініту та при виявленні *Candida* при мікроскопії або культуральному дослідженні. При без-

симптомному носійстві лікування не потрібно. [2, 3, 9, 12].

Препарати для лікування кандидозу ділять на системні та місцеві. Системні приймаються в середину і діють, перш за все, в кишечнику, а потім всмоктуються в кров і проникають у всі органи і тканини організму. Поза вагітністю такий прийом препаратів є основним і переважним в порівнянні з місцевим, оскільки основне вогнище грибів перебуває в кишечнику, і саме там потрібно їх знищувати в першу чергу. Крім того, навіть в піхві гриби живуть в товщі стінок, а місцеві препарати діють лише на поверхні, зменшуючи прояви кандидозу, але не вбиваючи повністю їх збудника. Місцеве лікування – це свічки, вагінальні таблетки і креми. Воно може поєднуватися із системним, а під час вагітності є в деяких випадках кращим.

У процесі дослідження пацієнтів було поділено на дві клінічні групи. Першу групу склали 12 пацієнток, які отримували місцеві препарати для лікування кандидозного вульвовагініту, другу групу відповідно склали 13 пацієнток, які отримували системні препарати для лікування кандидозу. Головний критерій необхідності лікування – це специфічні скарги, підтверджені результатами бактеріоскопії та/або посіву. Дослідження проводили до лікування і через 7-10 днів після лікування та відновлення мікробіоценозу піхви. Лікування пацієнток першої групи було комплексним, яке включало загальноукріплюючі заходи, направлені на підвищення опірності організму, терапію екстрагенітальної патології, санацію вогнищ хронічної інфекції. При наявності хронічної інфекції в поєднанні з вульвовагінітом і запаленням верхнього геніального тракту призначалася антибактеріальна, антигістамінна, вітамінотерапія, імунокоректори. Для покращення функції печінки з урахуванням високої частоти соматичної патології курсами призначався препарат Хофітол. Після проведеного першого курсу лікування покращення наставало на другу добу від початку терапії, проте рецидиви виникали вже на 10-14 добу від початку лікування у 8 (66 %) пацієнток. Серед пацієнток другої групи частота рецидивів після проведеного лікування становила 3 (23 %) випадки. Схема терапії встановлювалася індивідуально для кожної конкретної хворої, тим більше, що вульвовагінальний кандидоз нерідко поєднується з іншими інфекційно-запальними захворюваннями статевої сфери. При гострому вульвовагінальному кандидозі призначають 150 мг флуконазолу одноразово, при хронічній формі – 150 мг двічі з інтервалом 72 год (на розсуд лікаря можливий прийом ще однієї (третьої) капсули 150 мг також через 72 години). Для профілактики рецидивів використовують 1 капсулу (150 мг) препарату протягом 6 місяців. Дані опитування пацієнток показали, що вже на 2-3 день лікування спостерігалось поліпшення загального стану. Після закінчення курсу терапії у переважної більшості 23 (95 %) жінок відзначалось покращення стану. В мазках і бактеріологічному посіві не було виявлено ні ниток міцелію, ні дріжджових клітин. У мазках з піхви лейкоцитоз становив 8-10 в полі зору. Після лікування приступали до відновлення мікроценозу піхви. Для цього місцево застосовували біфідумбактерин (5-10 доз на добу) у вигляді

піхвових аплікацій протягом 8 днів або ацилакт у вигляді вагінальних свічок по 1-й на ніч 1 раз протягом 10 днів.

Таким чином, при лікуванні кандидозу флуконазолом клінічне та етіологічне вилікування наступило практично у всіх пацієнток, що свідчить про те, що препарат є високоефективним засобом лікування кандидозу, він зменшує колонізацію грибів роду *Candida* у прямій кишці після його прийому. Препарати флуконазолу можуть бути препаратами першого вибору як для лікування, так і для профілактики епізодів кандидозу.

ВИСНОВКИ

1. Кандидозний вульвовагініт має значні особливості клінічних проявів, різко порушує загальний стан і якість життя пацієнток, часто має тривалий рецидивуючий перебіг; у 82 % обстежених протікає на фоні екстрагенітальної патології, наявності вогнищ хронічної інфекції і на несприятливому преморбідному фоні.

2. За результатами порівняльних досліджень лікування антимікотиками місцевої дії не сприяє скоро-

ченню рецидивів захворювання, так як не виключається можливість джерела реінфекції в кишечнику.

3. При лікуванні рецидивуючого кандидозу може бути корисним поєднання препаратів для системної антимікотичної терапії та місцевих протигрибкових препаратів.

4. Основними підходами у лікуванні запальних захворювань геніталій є: рання діагностика захворювання, виявлення і санація всіх вогнищ інфікування, відновлення мікробіоценозу піхви, обстеження та одночасне лікування всіх партнерів, можливо членів сім'ї, клінічний, мікробіологічний контроль ефективності проведеного лікування на протязі 3 місяців після кожної менструації.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Впровадження у клінічну практику обґрунтованих ефективних методів лікування кандидозного вульвовагініту, які базуються на об'єктивних результатах лабораторної діагностики та патогенетичних механізмів розвитку запального процесу, буде сприяти попередженню хронізації та рецидивів захворювання.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Карапетян Т.Е., Тютюнник В.Л. Сучасні аспекти лікування кандидозного вульвовагініту // Український медичний журнал. – 2008. – Т. 12, №13 (213). – С. 752-754.

2. Корекція мікрофлори при вагінальних дисбактеріозах / [Коршунов В.М., Володін М.М., Єфімов Б.А. та ін.]: навчальний посібник. – М., ВУНМЦ, 2009. – 80 с.

3. Вагінальний кандидоз / [Прилепська В.М., Анкірський А.С., Байрамова Г.Д., Муравйова В.В.] – М., 2007. – 40 с.

4. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Вульвовагінальний кандидоз: особливості перебігу та принципи лікування // Фармаптека. – 2010. – №15 (110). – С. 38-43.

5. Тютюнник В.Л. Вульвовагінальний кандидоз: сучасні уявлення та основні принципи лікування // Медичний вісник. – 2010. – №23 (330). – С. 14-15.

6. Chatwani A.J., Mehta R., Hassan S. et al. Rapid testing for vaginal yeast detection: a prospective study // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 196, №4. – P. 309-314.

7. Fidel P. History and update on host defense against vaginal candidiasis // Am. J. Reprod. Immunol. – 2010. – Vol. 57, № 1. – P. 2-12.

8. Falagas M.E., Betsi G.I., Athanasiou S. Probiotics for

prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis: a review // J. Antimicrob. Chemother. – 2009. – Vol. 58, №2. – P. 21-27.

9. Paul L., Fidel J. History and Update on Host Defense Against Vaginal Candidiasis // Am. J. of Reproductive Immunology. – 2010. – Vol. 57, №1. – P. 1-10.

10. Paulitsch A., Weger W., Ginter-Hanselmayer G. et al. A 5-year (2003-2007) epidemiological survey of *Candida* and non-*Candida* yeast species causing vulvovaginal candidiasis in Graz, Austria // Mycoses. – 2011. – Vol. 49, №6. – P. 471-475.

11. Shi W.M., Mei X.Y., Gao F. et al. Analysis of genital *Candida albicans* infections by rapid microsatellite markers genotyping // Chin. Med. J. – 2011. – Vol. 120, №11. – P. 975-980.

12. Watson C., Calabretto H. Comprehensive review of conventional and non-conventional methods of management of recurrent vulvovaginal candidiasis // The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2011. – Vol. 47, №4. – P. 262-272.

13. Us E., Cengiz S.A. Prevalence and phenotypic evaluation of *Candida dubliniensis* in pregnant women with vulvovaginal candidosis in a university hospital in Ankara // Mycoses. – 2011. – Vol. 50, № 1. – P. 13-20.

Отримано 29.01.13