

Современные подходы к лечению вульвовагинального кандидоза

Вульвовагинальный кандидоз по-прежнему остается одной из наиболее актуальных проблем в области гинекологии вследствие своей широкой распространенности, а также длительного и зачастую устойчивого к терапии течения. О подходах к диагностике и лечению данного состояния рассказывает ассистент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук Татьяна Анатольевна Струк.

? Как часто к Вам обращаются пациентки с симптомами вульвовагинального кандидоза?

— Подавляющее большинство представительниц прекрасного пола хорошо знают о существовании заболевания, за которым прочно закрепилось бытовое название «молочница». Впрочем, подобная фамильярность не должна вводить в заблуждение: победить безобидную «молочницу» нелегко.

Пресловутая «молочница» благодаря рекламе в СМИ давно вошла в категорию заболеваний, наиболее недооцененных в плане тяжести воздействия на организм. Многие пациентки, обнаружив неприятные симптомы, абсолютно уверены в том, что при богатстве выбора антимикотических средств быстрое излечение им гарантировано. Тем не менее на практике все оказывается не так просто. К тому же самолечение зачастую приводит к развитию рецидивирующих форм заболевания.

Как правило, под термином «молочница» понимают кандидозный вульвовагинит (вульвовагинальный кандидоз) — воспалительное поражение женских наружных половых органов и влагалища, вызываемое дрожжевыми грибами рода *Candida*, главным образом *Candida albicans* (85-90% случаев). Согласно статистическим данным, в течение жизни однократный острый эпизод кандидозного вульвовагинита наблюдается у 75%, один и более рецидивов — у 50% женщин.

? Каковы причины вульвовагинального кандидоза?

— Факторы, при определенных условиях провоцирующие развитие кандидозного вульвовагинита, весьма разнообразны. Можно условно выделить следующие:

- механические (синтетическое белье, первый половой контакт, травматические повреждения тканей влагалища);
- иммунные (вторичный иммунодефицит, обусловленный онкологическими и инфекционными заболеваниями, интоксикациями, болезнями крови);
- эндокринные (дисфункция половых желез и надпочечников, сахарный диабет, гипотиреоз);
- физиологические (беременность, менструация);
- прием некоторых препаратов, в особенности длительная антибактериальная терапия, применение кортикостероидов, иммуносупрессоров, оральных контрацептивов, химио- и лучевая терапия.

Также развитию заболевания могут способствовать гипо- и авитаминозы, длительные погрешности в питании, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовых органов, половые инфекции.

Возбудителем кандидозного вульвовагинита являются условно-патогенные микроорганизмы — дрожжевые грибы рода *Candida*. Среди многочисленных представителей грибов этого рода у человека чаще всего выявляются *C. albicans*, *C. glabrata* — 5-10%, *C. tropicalis* (3-5%), *C. parapsilosis* (3-5%), *C. krusei* (1-3%). Значительно реже встречается *C. pseudotropicalis*.

В норме грибы рода *Candida* обнаруживаются на коже и слизистых оболочках большинства здоровых людей. При снижении сопротивляемости организма они становятся патогенными, вызывая развитие инфекционного процесса, чаще всего затрагивающего поверхностные слои эпителия влагалища.

В половые пути женщины грибы *Candida* попадают из кишечника, при контакте

с экзогенными источниками инфекции, через бытовые предметы, вследствие дисметаболических расстройств и дисфункции иммунной системы. В настоящее время большинство исследований отрицает возможность заражения грибами *Candida* половым путем, однако данный вопрос по-прежнему широко дискутируется. Международная классификация болезней не относит кандидозный вульвовагинит к инфекциям, передающимся преимущественно половым путем.

В период беременности рост заболеваемости кандидозным вульвовагинитом увеличивается до 10-20% и становится одной из значимых причин развития осложнений. Так, в 1,5 раза возрастает число самопроизвольных выкидышей на ранних сроках и эпизодов угрозы прерывания беременности; в 2,4 раза — инфицирования плода и новорожденного. Кроме того, кандидозный вульвовагинит диагностируется у 30% онкологических больных и у 64% больных с различными эндокринными заболеваниями, что значительно осложняет выбор требуемой терапии.

? Какие формы кандидоза встречаются наиболее часто?

— На текущем этапе принято выделять следующие формы вульвовагинального кандидоза: острую, хроническую (проявления сохраняются более 2 мес), рецидивирующую (4 и более эпизодов за год, персистирующую (без периодов ремиссии), а также носительство (10-20%).

Согласно классификации Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 2006 г. выделяют неосложненный кандидоз (спорадический или редкий с невыраженными симптомами, вызывается преимущественно *C. albicans*) и осложненный кандидоз, имеющий отчетливые клинические проявления, часто рецидивирующий, возникающий на фоне эндокринных нарушений, иммуносупрессии, у беременных.

Ведущими симптомами вульвовагинального кандидоза являются гиперемия, отек, обильные или умеренные творожистые выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов, эрозии и трещины слизистых оболочек вульвы, влагалища, дерматит перигенитальной области и межъягодичных складок.

? Какие группы препаратов используются сегодня для лечения кандидоза?

— Тактика лечения кандидозного вульвовагинита зависит от клинической формы заболевания и предусматривает применение антимикотических средств полиенового (натамицин, нистатин, леворин, амфотерицин В), имидазольного (клотримазол, кетоконазол, омиконозол, миконазол, бифоназол), триазольного ряда (флуконазол, итраконазол) и прочие препараты (гризеофулвин, флуцитозин, хлорнитрофенол, производные йода).

Основной целью терапии кандидозного вульвовагинита является эрадикация возбудителя при максимально шадящем воздействии на организм человека. Наиболее часто для лечения заболевания используются препараты группы азолов, в частности итраконазол и флуконазол. Однако терапия данными средствами не всегда оказывается эффективной в силу устойчивого роста грибов рода *Candida*, их общей резистентности к азолам, а также природной резистентности некоторых видов этого гриба, например отдельных

штаммов *C. glabrata* и *C. krusei*. По данным Е.Т. Мальбаховой и соавт. (2009), за последние годы число штаммов *Candida* spp., нечувствительных к флуконазолу, возросло примерно в 10 раз: с 4% в 1998-1999 гг. до 43% в 2006-2008 гг.

В указанной ситуации снижение чувствительности некоторых штаммов можно объяснить фунгистатическим механизмом действия флуконазола и широтой его применения в гинекологической практике. В связи с этим препаратами выбора для лечения кандидозного вульвовагинита все чаще становятся средства, обладающие фунгицидной активностью.

Натамицин (Пимафуцин) — это противогрибковый антибиотик из группы полиеновых макролидов, продуцируемый актиномицетом *Streptomyces natalensis*. Механизм фунгицидного действия натамицина заключается в том, что он связывается с эргостеролом — компонентом клеточной мембраны гриба, нарушая ее проницаемость, обуславливая потерю важнейших клеточных компонентов и лизис клетки.

Препарат активен в отношении большинства дрожжевых грибов, в первую очередь *C. albicans* и ряда других грибов (*Aspergillus*, *Penicillium*, *Fusarium*, *Cephalosporium*), а также трихомонад. Более низкую активность Пимафуцин проявляет к дерматомицетам (*Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*).

Натамицин относится к средствам местного действия, преимуществами которых являются относительная безопасность (по сравнению с препаратами системного действия), высокая концентрация на поверхности слизистой и меньшая вероятность развития лекарственной устойчивости.



Т.А. Струк

Особого внимания заслуживает тот факт, что в отличие от системных противогрибковых препаратов натамицин разрешен к использованию на всех сроках беременности и в период лактации (имидазольные антимикотики местного действия у беременных применять не рекомендуется).

По данным зарубежных исследований, эффективность применения натамицина при кандидозном вульвовагините составляет 85-94%. Российские исследователи указывают на то, что эффективность лечения данного заболевания натамицином может достигать 96,2%.

Для лечения кандидозного вульвовагинита натамицин применяется в форме вагинальных суппозиториев и кишечнорастворимых таблеток. Суппозитории назначаются интравагинально по 100 мг (1 супп.) в течение 3-6 дней 1 раз в сутки на ночь. При упорном течении вагинитов, вызванных *C. albicans*, дополнительно используются таблетки (по 1 таблетке 4 р/сут или по 2 таблетки 2 р/сут (у детей по 100 мг 2 р/сут) на протяжении 5-10 дней) для обеспечения адекватной санации очага кандидозной инфекции в кишечнике.

Подготовил Антон Пройдак



Пимафуцин®

натамицин



Деликатное избавление от молочницы

- Действует мягко и деликатно
- Действует непосредственно в очаге грибковой инфекции
- Надежно устраняет причину молочницы
- Быстро снимает симптомы

Разрешен к применению на всех сроках беременности и в период лактации



Информация для специалистов здравоохранения
* По данным продаж противогрибковых средств для местной терапии вульвовагинального кандидоза

Астеллас Фарма Юроп Б.В. Представительство в Украине
Украина, 04050 г. Киев, ул. Попельонко, 13 корпус 5А. Тел.: +38 044 490 68 25. Факс: +38 044 490 68 26.

astellas
Свет, ведущий к жизни