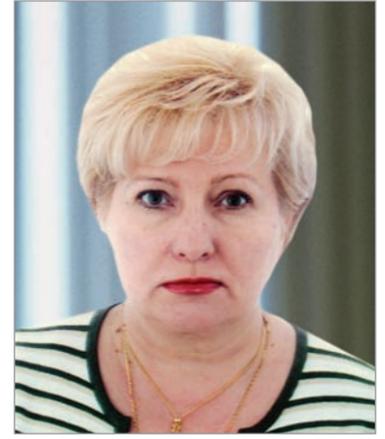


# Лечение вагинального кандидоза в практике врача

**Воспалительные заболевания женских половых органов встречаются у 60-65% гинекологических больных, занимая первое место среди всей гинекологической патологии. Частота вагинального кандидоза в последние годы увеличилась в 2 раза и составляет, по данным разных авторов, от 26 до 40-45% среди инфекционной патологии нижнего отдела половой системы. Прокомментировать ситуацию и высказать свой взгляд на проблему воспалительных заболеваний женских половых органов в целом, а также подробно остановиться на проблеме диагностики и лечения вагинального кандидоза мы попросили главного научного сотрудника отделения репродуктивной функции женщин ГУ «Институт акушерства, педиатрии и гинекологии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Аллу Ефремовну Дубчак.**



А.Е. Дубчак

— Скажите, пожалуйста, с какими нозологиями чаще всего приходится сталкиваться врачам-гинекологам в повседневной практике?

— Одной из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу являются воспалительные заболевания половой системы — инфекции влагалища, которые занимают первое место среди других нозологий. Наиболее часто встречаются три вида инфекций: бактериальный вагиноз, трихомоноз и кандидоз.

— На первый взгляд, перечисленные заболевания кажутся довольно банальными. Так ли это в действительности? К каким последствиям могут привести воспалительные заболевания женских половых органов?

— В целом воспалительные заболевания чаще всего становятся причиной негормонального бесплодия, эктопической беременности, невынашивания, болезней и пороков развития плода и, как следствие, большого числа оперативных вмешательств.

При этих нозологиях под действием эндогенных и экзогенных факторов нарушаются защитные механизмы, что приводит к развитию неспецифических патологических процессов во влагалище.

В возникновении воспалительных заболеваний репродуктивной системы женщины существенное значение имеет комбинированная инфекционная флора, состоящая из 2-6 возбудителей, нередко при ведущей роли неспорообразующих облигатно-анаэробных бактерий. Микстинфекция является серьезной проблемой, так как увеличивается патогенность каждого из возбудителей. В таких случаях воспаление вызывает выраженную реакцию тканей, сопровождающуюся повреждением эпителия, деструкцией и дисплазией.

Под воздействием токсических факторов ассоциированных инфекционных агентов происходят не только деструктивные изменения, но и хронизация процесса и развитие вторичного иммунодефицита, что может обусловить формирование эктопий шейки матки, tuboovarальных гнойных образований, эндометриоза, миомы матки, грозящих пациенткам радикальными операциями с возможной потерей ряда специфических функций женского организма.

— Существуют ли эффективные методы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов?

— Лечение вагинита (кольпита) должно быть не только этиотропным (после определения возбудителя заболевания или их ассоциаций), но и патогенетическим, и этапным. Поэтому для лечения вульвовагинитов смешанной этиологии рекомендуется применять комплексные препараты с антимикробным, антипротозойным и антибактериальным действием.

При выборе препарата опасен как консерватизм, лечение по традиции, так и слепое следование любым новейшим рекомендациям. Необходимо учитывать, что в начале патологического процесса лишь один инфекционный агент инициирует воспаление, изменяет функционирование локальных иммунных механизмов, подготавливая тем самым благоприятную почву для дальнейшего инфицирования другими микроорганизмами. Как правило, такими инициаторами выступают хламидии и гонококки.

Местное лечение необходимо сочетать с системным. Проведение специфической и неспецифической иммунокоррекции при вагинитах является обязательным, так как доказано, что видовой и количественный состав микроорганизмов слизистых оболочек регулируется иммунной и эндокринной системами и зависит от их состояния. Вторым обязательным этапом лечения вагинитов является восстановление лактофлоры.

— Насколько сейчас актуальна проблема вульвовагинального кандидоза?

— Вульвовагиниты, обусловленные грибковой инфекцией, составляют более трети в структуре инфекционных поражений наружных половых органов и влагалища. Около 70% женщин хотя бы раз в жизни перенесли это заболевание. Практически в половине случаев у женщин бывают повторные эпизоды заболевания. У каждой второй беременной встречаются признаки вагинального кандидоза (ВК). Кандидоносительство встречается у каждой десятой здоровой женщины и может при наличии факторов риска привести к развитию клинически выраженных признаков заболевания.

— Каковы основные причины рецидивов и хронизации процесса?

— Выделяют ряд предрасполагающих факторов (нередко их сочетание), которые могут привести к рецидивам заболевания: сахарный диабет, патология щитовидной железы, применение иммуносупрессантов, гормональных препаратов, присоединение заболеваний вирусной и бактериальной этиологии, генетически детерминированные иммунные состояния.

Существует мнение, что причиной формирования микстинфекций является неэффективность антибактериальной терапии. Неправильно подобранный или поддельный препарат, не содержащий активного вещества, несоблюдение пациентками схемы лечения — все это приводит лишь к стиханию острых симптомов и развитию хронического процесса.

Бесконтрольное и длительное применение антибиотиков широкого спектра действия также может способствовать развитию рецидивов кандидозной инфекции. Нередко острый кандидоз может перейти в хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (ХРВК) при неправильной тактике ведения заболевания и назначении терапии без предварительного проведения лабораторной диагностики, а также в связи с широким распространением в последние годы самолечения.

Ряд исследователей показали, что частая смена антимикробных средств, порой недостаточная их доза, применение препаратов без определения вида *Candida* тоже могут способствовать хронизации процесса и развитию резистентности.

Дисбиоз влагалища также является фактором риска в возникновении рецидивов и хронизации гинекологических заболеваний.

— Можно ли эффективно диагностировать ХРВК у женщины?

— Диагностика ХРВК должна быть комплексной и включать не только клинические, но и лабораторные методы исследования. Большое значение для правильной диагностики ХРВК имеет микробиологический метод, включающий комплексную оценку результатов культуральной диагностики и микроскопии мазков вагинального отделяемого. Учитывая тот факт, что вульвовагинальный кандидоз нередко диагностируется без исследования микробиологических методов исследования, примерно половина женщин, которым поставлен этот диагноз, имеют другое заболевание. Таким образом, в современных условиях, базируясь на результатах клинико-лабораторных исследований, можно правильно поставить диагноз и выработать тактику ведения пациенток.

— Какие схемы лечения наиболее эффективны в лечении ХРВК?

— До настоящего времени не существует единой и наиболее эффективной схемы терапии ХРВК. Лечение этой патологии предполагает назначение противогрибковых препаратов с целью быстрого устранения симптомов и в дальнейшем предотвращения рецидивов заболевания. Так, в руководстве CDC (Centers for Disease Control and Prevention — Центров по контролю и профилактике заболеваний США) рекомендуется увеличение курса терапии местными

имидазолами до 7-14 дней или назначение флуконазола в дозе 150 мг перорально с повторным приемом дозы через 3 дня. Поддерживающая терапия согласно рекомендациям CDC включает назначение системных препаратов, в частности 100-150 мг флуконазола 1 раз в неделю или 400 мг итраконазола 1 раз в месяц либо локальное применение клотримазола в дозе 500 мг 1 раз в неделю длительностью до 6 мес.

Европейское руководство по ведению больных с ХРВК рекомендует назначение флуконазола в дозе 100 мг раз в неделю в течение 6 мес. Руководство ВОЗ по ведению таких пациентов (2002) предполагает выявление и устранение факторов, способствующих рецидивированию процесса. Следует отметить, что после проведения поддерживающей терапии антимикотическими препаратами в течение 6 мес в 30-40% случаев отмечаются рецидивы заболевания.

Некоторые авторы рекомендуют комбинированную терапию ХРВК системными и местными антимикотиками.

Выбор метода лечения (локальное, системное, комбинированное) должен преследовать учитывать основную цель — элиминацию возбудителя. Кроме того, необходимо учитывать сочетание кандидозной инфекции с другими инфекциями бактериальной или вирусной этиологии, а также проводить дифференциальную диагностику с другими неинфекционными заболеваниями вульвы и влагалища для выбора оптимальной терапии и предотвращения рецидивов заболевания.

Частота положительных результатов лечения зависит от качества проведения этиотропной терапии, элиминации возбудителя и восстановлению нормальной микрофлоры влагалища.

— Какую роль играет состояние вагинальной микрофлоры в развитии этих заболеваний?

— Практически все микроорганизмы, находящиеся во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут участвовать в инфекционном процессе. Смешанные инфекции или инфекции, развившиеся на фоне выраженного дисбаланса микробиоценоза влагалища и этиологически связанные с условно-патогенной микрофлорой, наблюдаются в 20-60% случаев клинически выраженных генитальных инфекций.

Около половины нарушений состава микробиоценоза влагалища протекает без клинических проявлений, хотя влияние бессимптомных форм заболевания на репродуктивное здоровье женщин столь же значительно, как и при наличии жалоб, так как они остаются невыявленными и, следовательно, без лечения. Уменьшение (исчезновение) эндогенной микрофлоры влагалища и изменение pH вагинального секрета способствуют адгезии грибов рода *Candida* к эпителию влагалища. Поэтому следует уделять особое внимание восстановлению лактофлоры женщины после лечения вульвовагинитов любой этиологии.

— Что способствует эффективному восстановлению микрофлоры влагалища?

— Женщинам с хроническими рецидивирующими вагинитами, которые сопровождаются снижением или полным исчезновением эндогенных вагинальных видов лакто- и бифидобактерий, необходимо проведение реконструкции эндогенной вагинальной молочнокислой микрофлоры с помощью биотерапевтических препаратов (БТП).

Случаи безуспешных попыток восстановления нормальной вагинальной микрофлоры — результат ошибок при выборе бактерий, способных выживать во влагалище и обладающих всеми функциональными свойствами, присущими нормальной лакто- и бифидобактериям, контролирующим вагинальную микрофлору. Первое свойство БТП, которое играет важную роль в обеспечении терапевтического эффекта, — способность микроорганизмов, входящих в состав

БТП, приживляться во влагалище и колонизировать его продолжительное время.

Для успешной колонизации влагалища необходимо, чтобы экзогенные лактобактерии обладали способностью активно прикрепляться к вагинальным эпителиоцитам, были кислотоустойчивыми, а также резистентными к антагонистическому действию, проявляемому сосуществующими бактериальными видами, включенными в состав как нормальной, так и нарушенной микрофлоры. Лактобактерии, входящие в состав БТП, должны продуцировать молочную кислоту и, следовательно, обеспечивать нормальные показатели вагинальной кислотности. Мы рекомендуем использовать препарат Фермалак для восстановления лактофлоры женщины.

— На каком этапе лечения и как следует применять Фермалак?

— После проведения этиотропной, в том числе антимикотической, терапии на втором этапе лечения, который предусматривает восстановление нормального микробиоценоза влагалища, мы рекомендуем продолжить лечение системным антимикотиком и вагинально Фермалак по 1 капсуле на ночь в течение 10 дней. Фермалак способствует снижению количества рецидивов заболевания за счет стимуляции роста собственной лактофлоры и повышения защитных свойств влагалища, восстановлению местного иммунитета.

— Почему именно Фермалак вы рекомендуете использовать для восстановления микробиоценоза влагалища?

— Фермалак — вагинальный пробиотик, разработанный Institut Rosell (Канада), в основе которого ассоциация двух активных ингредиентов: *Lactobacillus rhamnosus* R0011 и йогуртовой культуры. Фермалак является высококонцентрированным продуктом — 2 млрд живых бактерий в одной капсуле. Именно такое сочетание и дозировка могут обеспечить стабильный терапевтический эффект.

Высокая адгезивная способность *L. rhamnosus* R0011 обеспечивает колонизацию влагалища с помощью двух основных эффектов — конкурентного исключения патогенов путем блокирования и создания условий для естественной флоры Doderlein к регенерации.

И что очень важно, *L. rhamnosus* R0011 обладает потенциалом для включения *in vitro* размножения клеток иммунной системы, тем самым повышая местный иммунитет.

Йогуртовая культура Rosell-94 обеспечивает быстрое подкисление влагалищной жидкости, производит фолиевую кислоту, которая является важнейшим условием для роста лактобацилл. Кроме того, йогуртовая культура производит перекись водорода, которая действует бактерицидно на анаэробные бактерии.

Применение пробиотика Фермалак в комплексном лечении женщин с хроническим кандидозным вагинитом и полимикробной инфекцией способствует восстановлению лактофлоры влагалища, уменьшает частоту рецидивов кандидозного вагинита, что обеспечивает длительный эффект лечения.



Подготовила **Наталья Карпенко**