

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В статье представлены результаты исследования клинической эффективности препарата Гинофорт (бутоконазол) в лечении острого вульвовагинального кандидоза у небеременных женщин раннего репродуктивного возраста. Продемонстрирована удобность применения препарата, а также его высокая эффективность в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Монотерапия острого ВВК в виде однократного интравагинального введения крема Гинофорт, содержащего 100 мкг бутоконазола, приводит к эридикации грибов рода *Candida* у 95 % пациенток.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, бутоконазол, женщины репродуктивного возраста.

In clause the results of research of clinical efficiency of a preparation Gynofort (butoconasolum) in therapeutic acute invaginal candidiasis at the not pregnant young women are submitted. The convenience of application of a preparation, and also its high efficiency is shown concerning mushrooms of a sort *Candida*. The monotherapy acute invaginal candidiasis as unitary of introduction Gynofort, containing 100 мкг butoconasolum, results in distance of mushrooms of a sort *Candida* at 95 % of the patients.

Key words: invaginal candidiasis, butoconasolum, women are submitted.

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) — заболевание нижних отделов половой системы женщины, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, является наиболее частым инфекционным поражением слизистой оболочки влагалища у женщин репродуктивного возраста. Частота его в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий составляет 40-70 % [1]. Практически у всех женщин на протяжении жизни регистрируется как минимум один эпизод ВВК. У 40-50 % женщин бывают повторные эпизоды, а у 5 % развивается хронический рецидивирующий кандидоз [2, 3].

Известно более 100 видов грибов рода *Candida*, но наиболее частым возбудителем ВВК является *Candida Albicans*. Грибы *C. Albicans* считаются условно-патогенными и живут на коже и слизистых оболочках человека. Воспалительный процесс они вызывают при ослаблении защитных сил организма или при появлении благоприятных условий для размножения. В связи с этим, ВВК чаще возникает на фоне состояний, изменяющих сопротивляемость макроорганизма: иммунодефицит, психоэмоциональные стрессы, гормональные нарушения, прием антибиотиков, кортикостероидов, гормональных контрацептивов, эн-

докринные и другие экстрагенитальные заболевания [1].

Длительность острой формы ВВК не превышает 2-х месяцев и проявляется ярко выраженной клинической картиной: выраженный зуд либо чувство жжения в области вульвы и/или влагалища, белые творожистые или густые сметанообразные выделения, жжение при мочеиспускании, диспареуния, гиперемия и отек слизистой. При хронической форме преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации, атрофии [3, 4].

Для лечения ВВК применяются как системные, так и интравагинальные антимикотические препараты. Интравагинальное введение антимикотических препаратов имеет ряд преимуществ: возможность создания высокой концентрации действующего вещества при его минимальной системной абсорбции, в связи с чем редко возникают побочные явления и нежелательные лекарственные взаимодействия. Наряду с высокой эффективностью и безопасностью, лекарственный препарат должен быть также удобен в применении.

Учитывая широкую распространенность ВВК и влияние его на качество жизни пациенток, есть заинтересованность в появлении новых эффективных

антимикотических препаратов. Всем вышеперечисленным требованиям, на наш взгляд, соответствует препарат Гинофорт, выпускаемый в виде 2 % вагинального крема, содержащего 100 мкг бутоконазола.

Бутоконазол относится к азольным антимикотикам, обладает преимущественно фунгистатическим эффектом, который связан с ингибированием цитохром Р-450-зависимой 14 α -деметилазы, катализирующей превращение ланостерола в эргостерол — основной структурный компонент клеточной стенки грибов [5]. Использование уникальной биоадгезивной технологии VagiSite™ позволяет бутоконазолу длительно удерживаться на влажной слизистой оболочке половых органов. Благодаря технологии VagiSite™, достигается постоянное дозированное высвобождение лекарственного вещества, в среднем, в течение 4 дней, также повышается комплаенс пациенток.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности препарата Гинофорт при лечении острого ВВК у небеременных женщин раннего репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 40 женщин, живущих половой жизнью, в возрасте 17-26 лет (средний возраст 20,5 \pm 0,5 лет) с жалобами на выделения из половых путей (100 %), зуд, жжение во влагалище (82,5 %), болезненное мочеиспускание (7,5 %), диспареунию (5 %).

Начало заболевания связывали с переохлаждением (купание в естественных водоемах, посещение бассейна и др.) 11 женщин (27,5%), с приемом антибиотиков — 9 (22,5 %), с приемом гормональных контрацептивов — 5 (12,5 %), с другими причинами (использование спермицидов, перенесенные ОРВИ и др.) — 7 (17,5 %). Не смогли назвать возможную причину заболевания 8 женщин (20 %). Давность заболевания составила от 3 дней до 4 недель.

Всем женщинам проводилось микроскопическое исследование микробиоценоза влагалища и бактериологическое исследование отделяемого половых путей с целью выявления факультативно-анаэробных микроорганизмов и дрожжеподобных грибов.

Контрольное микробиологическое исследование проводилось через 7 дней, а также через 1 месяц после окончания лечения. В период наблюдения пациентки не получали других антимикотических и антибактериальных препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинически ВВК проявлял себя обильными вагинальными выделениями (100 %), диффузной гиперемией слизистой вульвы и влагалища (92,5 %), отеком слизистой вульвы и влагалища (47,5 %), наличием творожистого налета на стенках влагалища (57,5 %).

При микроскопическом исследовании у всех обследуемых были обнаружены дрожжевые клетки и псевдомицелий дрожжеподобных грибов, III и IV картина микробиоценоза влагалища. При культуральном исследовании выделены грибы рода *Candida* в титре 10³-10⁸ КОЕ/мл, другие патогенные микроорганизмы не выделены.

Всем пациенткам был выставлен диагноз острого ВВК на основании сочетания клинических и лабораторных данных. При проведении исследования для лечения ВВК применялся вагинальный крем Гинофорт в виде однократного интравагинального введения.

Через 1 неделю 39 пациенток (97,5 %) считали себя здоровыми и жалоб не предъявляли. У 1 обследуемой (2,5 %) сохранялись жалобы на умеренные выделения из половых путей. У 39 женщин (97,5 %), обследованных через неделю, микроскопически была констатирована I степень микробиоценоза влагалища. У 1 пациентки (2,5 %) обнаружилась II степень чистоты влагалища. При этом у 100 % обследуемых дрожжевых клеток и псевдомицелия при микроскопии мазков со слизистых оболочек влагалища, цервикального канала и уретры не обнаружено.

Через месяц женщины были приглашены для проведения повторного исследования. У 38 (95 %) из 40 женщин жалобы отсутствовали. Микроскопически у них была выявлена I степень микробиоценоза влагалища, дрожжевые клетки и псевдомицелий в мазках отсутствовали. При бактериологическом исследовании отделяемого влагалища у всех пациенток выделялись лактобациллы в количестве более 10⁵ КОЕ/мл. Рост дрожжеподобных грибов не был отмечен ни в одном случае. Две пациентки (5 %) предъявляли жалобы на наличие выделений из половых путей. Микроскопически у одной из них были выявлены единичные дрожжевые клетки; микробиологически был выделен эпидермальный стафилококк в количестве 10⁴ КОЕ/мл, лактобациллы в количестве 10³ КОЕ/мл; грибы рода *Candida* не высеяны. У второй женщины микроскопически отмечена III степень микробиоценоза влагалища, выявлены дрожжеподобные грибы; в посевах — грибы рода *Candida* в количестве 10³ КОЕ/мл, лактобациллы в количестве 10²-10³ КОЕ/мл.

Таким образом, проведенное исследование показало, что Гинофорт оказался высоко эффективным препаратом при лечении острого ВВК в качестве монотерапии. Эффективность применения вагинального крема Гинофорт у больных с острым ВВК в виде однократной аппликации составила 97,5 % через 1 неделю после окончания лечения, и 95 % — через 30 дней. В ходе исследования не отмечено ни одного случая непереносимости препарата или возникновения каких-либо нежелательных явлений.

ВЫВОДЫ:

1. Основными клиническими проявлениями острого вульвовагинального кандидоза у небеременных женщин являются обильные вагинальные выделения, зуд или жжение в области гениталий,

диффузная гиперемия слизистых оболочек нижнего отдела половых путей.

2. Монаотерапия острого ВВК в виде однократного интравагинального введения крема Гинофорт, содержащего 100 мкг бутаконазола, приводит к эридикации грибов рода *Candida* у 95 % пациентов.
3. Использование Гинофорта у большинства пациенток приводит к исчезновению таких клинических проявлений ВВК, как обильные вагинальные выделения, зуд в области гениталий, гиперемия слизистой оболочки влагалища.
4. Терапия Гинофортом не сопровождалась аллергическими реакциями и явлениями непереносимости препарата.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Прилепская, В.Н. Современное представление о вагинальном кандидозе /Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. //Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 1. – С. 56-60.
2. Адаскевич, В.П. Инфекции, передаваемые половым путем /В.П. Адаскевич. – Н-Новгород, 2001. – 416 с.
3. Кузьмин, В.Н. Современные аспекты терапии кандидозного вульвовагинита /Кузьмин В. Н. //Гинекология. – 2002. – № 3. – С. 94-97.
4. Вульвовагинальный кандидоз в клинической больнице /Курдина М.И., Маликов В.Е., Жарикова А.А., Бурова А.А. //Акушерство и гинекология. – 2005. – № 1. – С. 38-40.
5. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии /под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – М.: Боррес, 2002.



ЛЮБОВЬ К ОВОЩАМ ЗАВИСИТ ОТ ДИЕТЫ МАТЕРИ

Мать может привить ребенку любовь к овощам и фруктам, если сама будет есть их в период кормления грудью, а также регулярно давать овощи ребенку при введении прикорма.

Известно, что обилие овощей и фруктов в рационе защищает от ожирения, некоторых видов рака. Несмотря на это, многие взрослые и дети едят зелень мало и нерегулярно. "Количество съедаемых овощей и фруктов сильно зависит от того, нравится ли ребенку их вкус. Если мы поймем, как научить детей любить эти вкусы, мы сможем с раннего возраста приучить их к здоровому питанию", - говорит Julie A. Mennella из Monell Chemical Senses Center (Филадельфия, США).

В исследовании участвовали 45 детей в возрасте от 4 до 8 месяцев, 20 из которых находились на грудном вскармливании. Детей разделили на две группы. В первой группе детям восемь дней подряд давали зеленую фасоль, во второй группе - зеленую фасоль и персики. До и после оценили отношение детей к этим продуктам.

Авторы отмечают, что у детей, вскармливаемых грудью, отношение к фасоли и персикам зависело от того, насколько регулярно эти продукты употребляла сама мать. Вероятно, ребенок ощущает вкус овощей и фруктов в материнском молоке.

В течение 8 дней, когда детям давали фасоль, отношение к овощу постепенно улучшалось и у детей, вскармливаемых грудью, и у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Дети стали съедать почти в три раза больше фасоли. "Ребенку с самого рождения не нравится горький вкус. Чтобы приучить его к овощам, нужно дать ему возможность привыкнуть к их вкусу", - говорят авторы.

Они также советуют матерям не отказываться от полезных продуктов только потому, что ребенок гримасничает, когда их пробует. По данным исследования, выражение лица детей зачастую не связано с их желанием продолжить прием пищи.

Источник: www.medlinks.ru