

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ - ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ*

А.В. Игнатовский, Е.В. Соколовский

«Согласно классификации вульвовагинального кандидоза (CDC, 2002 г.) кандидоз, вызванный не *Candida albicans*, относится к осложненным формам, а значит при лечении таких пациенток, а также больных с рецидивирующим кандидозом следует избегать применения антимикотиков в однократных дозировках.»



*Статья опубликована в журнале
«Вестник дерматологии и венерологии», №6, 2009

Вульвовагинальный кандидоз - практические аспекты*

А.В. Игнатовский, Е.В. Соколовский

Vulvovaginal candidosis: practical aspects

A.V. Ignatovsky, Ye.V. Sokolovsky

Об авторах:

А.В. Игнатовский - Ассистент кафедры дерматовенерологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, к.м.н.

Е.В. Соколовский - Заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессор

Анализ амбулаторных карт показал, что предпочтение при лечении вульвовагинального кандидоза отдается препаратам флуконазола. В то же время, повторное назначение флуконазола не повышает эффективность терапии, так как некоторые виды *Candida* нечувствительны к флуконазолу или эффект имеет дозозависимый характер, что может приводить к селекции устойчивых штаммов *Candida*. Назначение итраконазола (Итразола) позволяет улучшить результаты терапии.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, итраконазол, флуконазол.

A study of extracts from patient medical records revealed that fluconazole-based drugs are the preferred treatment for vulvovaginal candidosis. At the same time, multiple doses of fluconazole fail to improve the treatment efficacy because some *Candida* species are insensitive to fluconazole or the effect is dose-independent, which can result in the selection of resistant *Candida* strains. Prescription of Itraconazole (Itrasole) improves the treatment results.

Key words: vulvovaginal candidosis, Itraconazole, fluconazole

Урогенитальная кандидозная инфекция относится к числу наиболее актуальных проблем в группе заболеваний репродуктивного тракта, а кандидозный вульвовагинит (ВВК) является наиболее часто встречающейся инфекцией урогенитального тракта как в России, так и в мировой практике.

Так, по данным ряда авторов [4, 5], на долю ВВК приходится до 20-30% в структуре инфекций влагалища. При этом почти у каждой второй пациентки наблюдаются повторные эпизоды заболевания, у 15-20 % пациенток - число эпизодов ВВК достигает 4 и более в год, что принято относить к хроническим рецидивирующим формам заболевания.

Вместе с тем, грибы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища и обычно не вызывают заболевание [1,2]. Относительно кандиданосительства данные разных исследователей варьируют. По данным одних авторов, кандиданосительство обнаруживается примерно у 10-20 % женщин при отсутствии жалоб и клинических проявлений заболевания, дрожжеподобные грибы выявляются в низком титре (менее 103 КОЕ/мл), по сведениям других авторов, - у 3-5% обследованных, причем как у беременных, так и у не беременных. В США ежегодно регистрируется 13 млн случаев ВВК. Кандидоз не является инфекцией, передаваемой половым путем, но серьезно влияет

на качество жизни пациенток.

Известно, что проявления заболевания возникают при нарушении иммунного и/или гормонального статуса больных. Кандидоз справедливо называют «болезнью больных».

Согласно имеющимся клиническим рекомендациям для лечения ВВК могут быть использованы как топические, так и системные формы антимикотиков. В связи с чем особый интерес представляет анализ выбора практическими врачами противокандидозных препаратов. Анализ амбулаторных карт, проведенный в различных лечебных учреждениях (женские консультации, молодежные консультации, кожно-венерологические диспансеры, частные медицинские центры) в трех федеральных округах Российской Федерации показал, что в 96% случаев пациенткам при обращении к гинекологам или дерматовенерологам по поводу ВВК назначались препараты флуконазола в однократной дозировке 150 мг. При этом в анамнезе у подавляющего большинства этих женщин (78%), несмотря на лечение каждого рецидива флуконазолом, кандидозная инфекция имела рецидивирующий характер - от 4 до 8 рецидивов в течение года.

Для клинического применения нам был предоставлен препарат Итразол (итраконазол), Вертекс, Санкт-Петербург.

Цель исследования: изучение эффективности и переносимости препарата Итразол при лечении больных ВВК.

*Статья опубликована в журнале
«Вестник дерматологии и венерологии», №6, 2009

Материалы и методы

Группу наблюдения составили 47 женщин с диагнозом вульвовагинального кандидоза, однако полностью выполнили условия протокола 35 пациенток. У 21 больной диагностирована рецидивирующая кандидозная инфекция, у 14 пациенток - острая кандидозная инфекция.

Все женщины в предшествующих курсах лечения получали препараты флуконазола. До начала лечения все пациентки предъявляли жалобы на чувство зуда, жжения и выделения из влагалища.

Препарат Итразол назначался по следующим схемам: 200 мг 2 раза в сутки (однодневная схема) - 10 пациенток с диагнозом острого течения ВВК; 200 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней (трехдневная схема) - 15 пациенток, в том числе 5 - с острым течением инфекционного процесса и 10 - с рецидивирующим течением кандидоза (группа 2Б); женщинам последней подгруппы после достижения улучшения в результате лечения был рекомендован прием Итразола в дозе 200 мг 1 раз в месяц в 1-й день каждого менструального цикла в течение 6 мес. в соответствии с инструкцией к препарату.

При назначении препарата каждой пациентке объяснялась необходимость приема препарата Итразол после еды. До начала лечения и через 4 нед. после окончания терапии всем пациенткам были выполнены следующие исследования:

- опрос и осмотр;
- биохимический анализ крови (аланин-, аспаратаминотрансферазы, общий билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза);
- микроскопическое исследование материала из влагалища (нативный препарат);
- исследование микробиоценоза влагалища;
- исследование соскобов из урогенитального тракта для выявления хламидий, мико- и уреаплазм методом ПЦР-RT;
- исследование сыворотки крови на сифилис; исследование на ВИЧ (после проведения собеседования);
- культуральное исследование отделяемого влагалища для выделения грибов рода *Candida* (у 16 пациенток).

Результаты исследования

Лечение закончили 35 женщин. Эффективность препарата (уменьшение чувства зуда, жжения, прекращение выделений из влагалища) женщины отмечали уже в 1-2-й день от начала лечения.

В процессе наблюдения не отмечено достоверных различий ($p=0,34$) в сроках разрешения клинических симптомов при назначении одно- и трехдневной схемы лечения пациенткам при остром течении процесса. При рецидивирующем течении кандидоза отмечался быстрый, выраженный и стойкий терапевтический эффект - рецидивы отсутствовали в течение последующих 4 нед. наблюдения, чего, как указывали пациентки, не было при предшествующих курсах лечения препаратами флуконазола. При проведении супрессивной терапии в течение последующих 6 мес. ни у одной из пациенток ($n=10$) не было отмечено клинического рецидива заболевания.

Все женщины хорошо переносили лечение. Биохимические анализы крови у наблюдавшихся пациенток сохранялись в пределах нормы на протяжении всего курса лечения. Из зарегистрированных побочных эффектов у 1 пациентки отмечалось незначительное чувство тошноты и неприятный привкус во рту при трехдневной схеме приема препарата.

Обсуждение

При исследовании вагинального отделяемого наиболее часто (около 90%) выделялся вид *Candida albicans*, реже - другие виды этого рода: *C. krusei*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii* и грибы рода *Torulopsis* - *T. glabrata*. В настоящее время *T. glabrata* признаны составной частью нормального биоценоза влагалища. При выборе препаратов следует помнить, что *C. krusei* имеют генетическую устойчивость к флуконазолу, а в отношении *C. glabrata* эффект флуконазола носит дозозависимый характер, и только при его применении в дозе 400-800 мг в сутки возможна элиминация возбудителя [3]. Таким образом, можно предположить, что при рецидивирующем течении ВВК следует избегать повторного назначения препаратов флуконазола. Кроме того, следует учитывать, что согласно классификации вульвовагинального кандидоза (CDC, 2002 г.) кандидоз, вызванный не *Candida albicans*, относится к осложненным формам, а значит при лечении таких пациенток, а также больных с рецидивирующим кандидозом, вызванным любым видом *Candida*, следует ограничивать назначение препаратов флуконазола и избегать применения антимикотиков в однократных дозировках. Среди факторов, которые могут негативно влиять на результаты лечения, также следует отметить безрецептурный отпуск флуконазола, в результате чего возможно самолечение. В то же время, итраконазол, имеющий широкий спектр антимикотического действия, несмотря на хорошую комплаентность больных, практические врачи выбирают редко - в нашем наблюдении не более чем в 4% случаев.

Таким образом, при ведении пациенток с рецидивирующим течением ВВК наряду с выявлением экзо- и эндогенных провоцирующих факторов при выборе системной терапии следует учитывать антимикотический спектр препаратов, чтобы избежать селекции устойчивых штаммов и, как следствие, рецидивов инфекционного процесса, а также трансформации кандидоза в осложненную форму.

Выводы

Установлено, что применение препарата итраконазол (Итразол) высокоэффективно при лечении больных вульвовагинальным кандидозом как при остром течении патологического процесса, так и при рецидивирующем.

При рецидивирующем течении вульвовагинального кандидоза применение итраконазола (Итразола) с учетом его широкого антимикотического спектра предпочтительнее лечение другими антимикотиками, так как, вероятно, позволяет избежать селекции устойчивых к флуконазолу штаммов.

Супрессивная терапия итраконазолом (Итразолом) позволяет избежать рецидивов кандидозной инфекции и полностью согласуется с Европейскими рекомендациями по ведению пациентов с ИПП.

Итразол хорошо переносится пациентками.

Побочные явления зарегистрированы у 1 пациентки, они носили легкий характер и не требовали прекращения лечения.

Литература

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз - современные пути решения проблемы // Трудный пациент. 2006, № 9, С 33-37.
2. Савичева А.М. Диагностика и лечение урогенитального кандидоза // Трудный пациент. 2006, № 9, С.28-33.
3. Сравнительная оценка видового состава и чувствительности к антимикотикам грибов, выделенных из влагалища у женщин репродуктивного возраста // Современная микология в России. М., 2002. С. 328-329.

ИТРАЗОЛ®

(Итраконазол)

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВВК

- Максимально широкий спектр действия, активность в отношении резистентных возбудителей (*C. krusei*, *C. glabrata*)
- Возможность проведения терапии без предварительной культуральной диагностики
- Хорошая переносимость



 **ВЕРТЕКС**

ЗАО «Вертекс» Россия, 199026, Санкт-Петербург
В. О., 24-Линия, д. 27А, т./ф.: +7 (812) 329-3042

Горячая линия: **8-800-2000-305**