УДК 618.16-002-022.7]-085.33

Л. М. Маланчук, З. М. Кучма, Л.Є. Лимар, І.В. Корда

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛІВАРОЛ ПРИ КАНДИДОЗНИХ ВУЛЬВОВАГІНІТАХ

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛІВАРОЛ ПРИ КАНДИДОЗНИХ ВУЛЬВОВАГІНІТАХ. Останнім часом відмічено зростання частоти вагінальних кандидозів, терапія пероральними препаратами не завжди можлива,а інтравагінальні препарати малоефективні, оскільки розвинулись гриби, резистентні до антимікотичних препаратів. Найбільш ефективні препарату на основі кетоконазолу, а єдиною вагінальною формою його є Ліварол. Метою роботи була порівняльна оцінка застосування антимікотичного препарата фірми „Нижфарм" Ліварол для місцевої терапії вагінального кандидозу. Нами підтверджена перевага застосування препарату Ліварол (кетоконазол) у лікуванні кандидозних вульвовагінітів – достатньо виражений клінічний ефект за досить короткий час, зручне застосування, незначна кількість рецидивів.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИВАРОЛ ПРИ КАНДИДОЗНИХ ВУЛЬВОВАГИНИТАХ. В последние годы отмечено возрастание частоты вагинальних кандидозов, терапия пероральными препаратами не всегда возможна, а интравагинальные препараты малоэффективны, поскольку развились грибы, резистентные к антимикотическим препаратам. Найболее эффективны препараты на основе кетоконазола, а единственной вагинальной формой його является Ливарол. Целью работы была сравнительная оценка применения антимикотического препарата фирмы „Нижфарм" (Россия) Ліварол для местной терапии вагинального кандидоза. Нами подтверждено преимущество применения препарата Ливарол (кетоконазол) для лечения кандидозных вульвовагинитов – достаточно выраженный клинический эффект за достаточно короткий прмежуток времени, удобная форма применения, незначительная частота рецидивов.

OUR EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATION OF LIVAROL IS CANDIDOSIS VULVOVAGINITISS. In the recent years frequency of vulvovaginal candidiasis was noted to increase. Therapy with peroral medicine is not always possible and intravaginal suppositories are often not effective, that is being explained by the development of resistancy to antimycotical drugs in mycotic cells. Ketokonazole drugs are known to be the most effective and Livarol is it's only vaginal form. The goal of this research was to compare the effects of use of antimycotical drug Livarol ("Nizhpharm", Russia) for local therapy of vaginal candidiasis. We have proved Livarol to be highly efficient in treatment of vulvovaginal candidiasis: it shows wide clinical effect in a short period of time, is comfortable to use and has a low rate of recidives.

Ключові слова: вагінальний кандидоз, ліварол, ефективність лікування

Ключевые слова: вагинальний кандидоз, ливарол, эффективность лечения

Key words: vaginal candidiasis, Livarol, treatment efficiency.

ВСТУП. Одним із найбільш поширених гінекологічних захворювань залишається вагінальний кандидоз. В популяції не спостерігається не лише зменшення частоти цього захворювання, а навпаки, останніми роками виявляється тенденція до його зростання. Труднощі в лікуванні патології зумовлені зростанням питомої ваги збудників, резистентних до найбільш поширених антимікотичних препаратів.

Це спонукало нас до вивчення ефективності лікування кандидозного ураження геніталій препаратом Ліварол.

Проблема лікування вагінального кандидозу є однією із найбільш актуальних в гінекологічній практиці, оскільки це захворювання часто вражає жінок як у репродуктивному віці, так і в постменопаузі. Частота його в структурі інфекційної патології в різних регіонах України збільшилась від 20 % до

50 % (1). Цьому сприяють як різноманітні соціальні проблеми – екологічна ситуація, міграція населення, робота на виробництвах, пов'язана із переробкою овочів та фруктів, так і медичні – широке застосування оральних контрацептивів, кортикостероїдів, імунодепресантів, антибіотиків. Безконтрольне застосування цих ліків, особливо антибіотиків та гормональних препаратів призводить до імунодефіцитних станів та дисбактеріозу піхви. Зміна імунного статусу при вагітності також підвищує ризик виникнення вагінального кандидозу, а це, в свою чергу сприяє збільшенню частоти плацентарної дисфункції, невиношуванню вагітності.

Кандидоз найчастіше викликається грибами роду Candida albicans, які нерідко висіваються C. krusei, C. glabrata, C. tropikalis та C. pseudotropikalis. Частіше вони зустрічаються в асоціаціях із трихомонадами, гарднерелами, хламідіями та грамнегативними мікроорганізмами. Наявність асоціацій є одним із факторів, що сприяє хронізації процесу. Особливо це стосується трихомоніазу, оскільки трихомонади мають здатність до незавершеного фагоцитозу, завдяки чому формується постійне джерело реінфекції. Фактором сприяння кандидозу є різноманітні ендокринні захворювання, перш за все ті, що супроводжуються порушенням вуглеводного обміну, гіперандрогенією, ожирінням. При цих станах зростає накопичення глікогену в епітелії вагіни, створюються оптимальні умови для персистенції дріжджових грибів у глибоких його шарах, утруднюючи терапію. В даний час біля 60% усіх випадків захворювання – це хронічний процес. Саме з цим пов'язана низька ефективність терапії кандидозних уражень піхви, незважаючи на наявність широкого спектра антимікотичних препаратів

– за даними Ю. П. Вдовиченка вона коливається в межах 70- 80% (2).

Для досягнення клінічного ефекту доводиться застосовувати великі дози препаратів, тривалі курси лікування, що не завжди можливо через високий відсоток побічної дії цих ліків та токсичного їх впливу на організм, тим більше, що ефективні препарати виробляються, в основному для перорального застосування, проявляють резорбтивну дію. Все це вимагає необхідності вибору серед широкого спектра найбільш доцільних (3-5) лікувальних препаратів, що застосовуються при кандидозі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами було обстежено 66 пацієнток із кандидозним вульвовагінітом, які раніше не лікувались. Пацієнтки були поділені на 2 групи, рівноцінні за віком та тривалістю захворювання. В першу групу увійшло 32 жінки віком від 19 до 42 років. У всіх жінок в анамнезі були вагітності та пологи. Екстрагенітальної патології в групі не було.

В другій групі, яка складалась із 34 жінок віком від 20 до 50 років, хворі мали такі ж анамнестичні характеристики. Тривалість захворювання в обох групах була від 7 до 18 днів.

В групи не включали жінок із трихомоніазом.

Діагноз кандидозу виставляли на основі клінічних даних, мікроскопії мазків та бактеріологічного дослідження. Основні скарги, які пред'являли пацієнтки – свербіння, печія у піхві, диспареунія, надмірна кількість виділень, подразнення в ділянці вульви.

Всі пацієнтки отримували монотерапію інтравагінальними антимікотичними препаратами. В І групі використовували вагінальні суппозиторії з ністатіном по 100000 ОД , в ІІ – застосовували ЛІВАРОЛ, – препарат із групи імідазолів, єдиний препарат кетоконазолу місцевого застосування. Препарат являє собою синтетичний продукт імідазолдіоксолану. Бажаною вимогою до препаратів, які вживаються для місцевого лікування є їх дія на міст-інфекції, що дає можливість їх використання для монотерапії кандидозів. Саме таким вимогам відповідає препарат кетоконазолу Ліварол.

Вагінальні суппозиторії „Ліварол" містять 0,4 кетоконазолу, який має широкий спектр як фунгістатичної так і фунгіцидної дії на різні збудники мікозів – дріжджові, плісневі гриби, дерматофіти, завдяки чому немає необхідності до початку лікування визначати чутливість до нього. Фармакологічні властивості препарата зумовлені здатністю пошкоджувати клітинну мембрану грибів, пригнічувати процес клітинного дихання, порушувати процес утворення міцелію.

Застосування ліваролу інтравагінально зводить до мінімуму його резорбтивну дію, не впливає на менструальний цикл, продукцію гормонів тощо.

Оцінювали результати лікування на основі клінічних даних – наявності скарг, гіперемії слизової оболонки піхви, характеру та кількості виділень, через день проводили мікроскопію вагінальних виділень і щоденну оцінку клінічних симптомів.

РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. До початку лікування у жінок обох груп виявлено: Candida в поєднанні із стафілококами – 43%, із грамнегативними паличками і стафілококами – 28 %, у 29 % – із супутньою умовно – патогенною флорою.

В групі жінок, де використовувався ліварол, після дворазового застосування пацієнтки відмічали зменшене відчуття печії та свербіння у піхві, про що свідчать дані в табл.1.

При огляді дзеркалами явища гіперемії зменшувалась гіперемія слизової піхви та кількість виділень. Мікроскопічні дослідження показали, що на 3-4 добу лікування в мазках не виявлявся міцелій грибів, який свідчить про їх активне розмноження, а на 7-8 добу вже не визначались і спори грибів.

Так з даних таблиці 1. видно що суттєве зменшення скарг на свербіння та печію по часу практично співпадало із зникненням у мазках міцелію гриба. На 3 добу значно зменшувалась кількість виділень які практично зникали з 4 дня до закінчення лікування.

Повне клінічне одужання із відсутністю у мазках грибів у цій групі пацієнток настало на 6-7 добу.

В результаті бактеріоскопічного та бактеріологічного досліджень встановлено, що до 7 доби повне клінічне одужання наступило у 86, 3% пацієнток, які використовували ліварол, на 10 добу цей показник залишався таким же.

Таблиця 1. **Зміни у клінічній симптоматиці при лікуванні кандидозу, залежно від вибору препарата**

Симптоми	Групи жінок	Доба від початку лікування									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Свербіння	I	++	++	++	+	+	+	+	+	+/-	+/-
	II	++	+	+/-	+/-	-	-	-	-	-	-
Печія	I	++	++	++	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-
	II	++	+	+/-	+/-	-	-	-	-	-	-
Виділення	I	++	++	+	+	+	+	+	+/-	+/-	-
	II	++	+	+/-	+/-	-	-	-	-	-	-
Диспареунія	I	++	++	+	+	+	+/-	-	-	-	-
	II	++	+	+	+/-	-	-	-	-	-	-
Гіперемія слизової	I	++	++	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-
	II	++	+	+/-	-	-	-	-	-	-	-
Наявність міцелію в мазках	I	++	++	+	+	+	+	+	+	+/-	+/-
	II	++	+	+/-	+/-	-	-	-	-	-	-

При ретельному опитуванні виявилось, що ця частина пацієнток не дотримувалась відповідних рекомендацій: уникнення статевих стосунків з їх партнерами, які мали трихомоніаз. Їм було запропоновано етіоспецифічне лікування партнерів, повторний курс лікування ліваролом, та відновлення статевого життя лише після вилікування статевих партнерів.

Жодного випадку де б жінка не переносила ліварол чи побічної дії препарата ми не відмітили.

В групі жінок, які отримували лікування ністатином, міцелій зникав на 9-10 добу, зникнення спор грибів до 10 доби вдалось добитись не в усіх випадках. Клінічні прояви у вигляді свербіння, печії та гіперемії слизової піхви залишались до 10 доби лікування у 40% пацієнток. (табл.1.)

Що стосується рецидивів захворювання, то в групі жінок, що лікувались ністатином, вони спостерігались у 20,6% жінок, при застосуванні ліваролу – у 7,4 % випадків.

Порівняльна характеристика ефективності препаратів “Ліварол” та “Ністатин” відображена на рисунках 1-3.

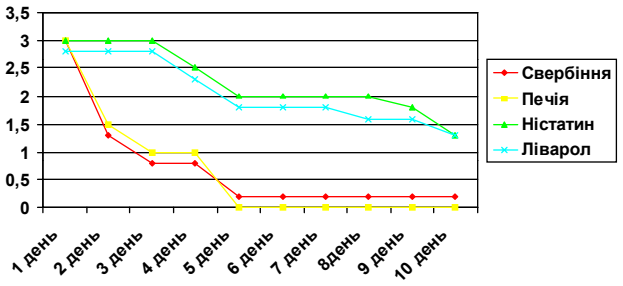

Рис. 1. Вплив досліджуваних препаратів на прояви печії та свербіння

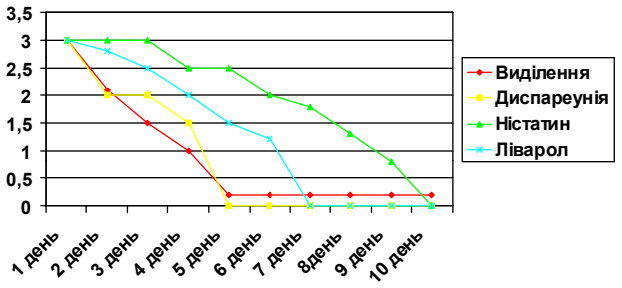

Рис. 2. Вплив досліджуваних препаратів на виділення і прояви диспауренії

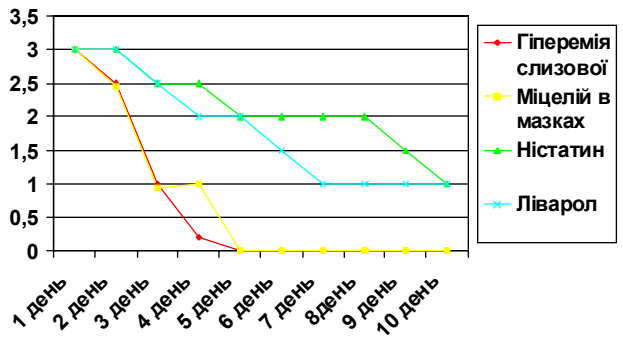

Рис. 3. Вплив досліджуваних препаратів на прояви гіперемії та наявність міцелію в мазках

ВИСНОВКИ. 1. Таким чином, лабораторні дослідження та клінічні спостереження показали перевагу застосування препарату Ліварол (кетоконазол) у лікуванні кандидозних вульвовагінітів.

2. Достатньо виражений клінічний ефект, що становить менше, ніж 7 днів, зручне застосування, незначна кількість рецидивів дозволяє використовувати препарат у стандартних схемах лікування.

3. Швидке зникнення клінічних симптомів на 4-5 день дає можливість переконатись у доцільності застосування препарата Ліварол при наявності цієї патології.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше вивчення факторів що призводять до імунодифіцтних станів та дисбактеріозу піхви дозволить знайти нові технології лікування вагінального кандидозу.

Залишається актуальним вивчення віддалених результатів лікування кандидозних вагінітів – частоти рецидивів, стану репродуктивної функції жінок, які отримували препарат Ліварол. Доцільно також вивчити терміни нормалізації мікробіоценозу піхви при використанні різних медикаментозних препаратів та Ліварол.

Література

1. О.В. Грищенко, В.Л. Дудко и др. Экобиологические аспекты эпидемиологии и лечения вагинального кандидоза. // Репродуктивне здоров’я жінки. – 2005; № 4: с. 24-26.

2. Ю.П. Вдовиченко. Сравнительные аспекты терапии вагинальных кандидозов. // Здоровье женщины. – 2001; № 4: с. 4-8.

3. В. І. Пирогова та ін. Застосування м’яких лікарських форм (Гексикону та Ліваролу) у лікуванні патології геніталій. // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006; № 2: с. 68-69.

4. Л.І. Петрух, О.В. Пронюк. Аналіз сучасних антибактеріальних суппозиторіїв для лікування урогенітальної інфекції. // Вісник наукових досліджень. – 2003; № 1: с. 116- 119.

5. Б.Ф. Мазорчук та ін. Сучасні проблеми антибактеріальної терапії та профілактики гнійно-запальних ускладнень в акушерстві, гінекології, хірургії, шляхи їх вирішення. // Вісник наукових досліджень. – 2002; № 2: с. 74-76.