

## ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

### **В.А. БЕНЮК**

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

### **Л.Д. ЛАСТОВЕЦКАЯ**

к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

### **Е.А. ЩЕРБА**

ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

#### Контакты:

Бенюк Василий Алексеевич  
Киевский городской родильный дом № 3, кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца  
03148, Киев, Василя Кучера, 7  
тел.: +38 (044) 405 02 51  
e-mail: ag3nmu@gmail.com

### **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время во всем мире отмечается неуклонная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин [1, 8, 10]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве стран мира продолжительность жизни женщин после 50 лет составляет 27–32 года, т. е. около трети своей жизни каждая женщина находится в гипострогенном состоянии. Сегодня не вызывает сомнения, что для женщины на пике карьеры очень важно быть не только работоспособной, но здоровой и привлекательной, в том числе и в состоянии менопаузы.

Согласно официальным данным, до 2030 г. во всем мире в периоде постменопаузы будет находиться 1,23 млрд женщин, что на сегодня составляет шестую часть населения планеты. При этом возраст наступления менопаузы останется на прежнем уровне – 48–50 лет [9].

Исследования показывают, что 2/3 женщин этой возрастной группы страдают различными нарушениями мочеполового тракта, обусловленными возрастным дефицитом эстрогенов. Так, по данным литературы, изменения на уровне микробиоценоза, нарушения иммунного и гормонального статуса следует рассматривать не только как причину развития хронического вульвовагинального кандидоза (ВВК), но и как его возможные последствия. Согласно концепции Национального руководства Великобритании по ведению вульвовагинального кандидоза (2009, 2012) [4], к осложненным его формам следует отнести ВВК на фоне патологических состояний

(иммуносупрессии, сахарного диабета, гипострогении) [3, 5, 10].

### **АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ И ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

К сожалению, на сегодняшний день уровень заболеваемости хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом (ХРКВВ) среди женщин менопаузального периода недооценивается [4, 6, 12–14]. Установлено, что рецидивы ВВК имеют место у 5–25% пациентов, что обусловлено особенностями макроорганизма и возбудителя [1–4].

В этой связи адекватно назначенное лечение ХРКВВ у женщин старшей возрастной группы является актуальной проблемой современной медицины, поскольку выраженность клинических проявлений и высокая частота рецидивов значительно снижает достойное качество и социальный статус жизни этих больных. В данном аспекте особого внимания заслуживают лечебно-профилактические методики с использованием современных лекарственных препаратов, позволяющие проводить эффективную коррекцию нарушений микробиоценоза половых путей у женщин с ВВК [4, 8, 13].

Для лечения ХРКВВ рекомендуется использовать различные антимикотические препараты как системного, так и местного действия [3, 12, 13]. Установлено, что применение препаратов локального действия не уступает по своей эффективности системным противогрибковым средствам. Преимуществом местного введения является возможность быстрого создания высоких терапевтических концентраций препарата в очаге поражения и значительного

уменьшения риска развития побочных реакций организма на фоне развития иммунодепрессии. Кроме того, учитывая системное воздействие на организм, препараты местного действия более целесообразно использовать у женщин с различной экстрагенитальной патологией.

С нашей точки зрения, одним из перспективных препаратов локального действия для лечения ВКК является Ливарол (ОАО «Нижфарм»), который относится к группе имидазолов. Он выпускается в виде вагинальных суппозиториях (один суппозиторий содержит в своем составе 0,4 г кетоконазола). Препарат оказывает фунгицидное и фунгистатическое действие в отношении дрожжевых грибов и дерматофитов. Механизм его действия заключается в угнетении биосинтеза эргостерола и изменении липидного состава мембраны грибов. Важно отметить, что этот препарат также активен и в отношении бактериальной флоры (стрептококков, стафилококков и др.). Полиэтиленоксидная основа суппозитория Ливарол, растекаясь по слизистой оболочке влагалища, способствует более равномерному распределению активного вещества и тем самым активно адсорбирует экссудат, что в свою очередь приводит к уменьшению клинических проявлений заболевания.

**Цель исследования:** снизить частоту рецидивов у пациенток, страдающих ХРКВВ в раннем постменопаузальном периоде, путем использования в лечении патогенетически обоснованной терапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование 58 женщин в возрасте 48–58 лет (средний возраст  $50,3 \pm 1,6$  года), находящихся в постменопаузе на протяжении 1,5–5 лет. Из выборки исключены пациентки с избыточной массой тела (индекс массы тела более 30), наличием лейомиомы или фиброаденомы молочной железы. Выраженность климактерического синдрома оценивалась в баллах (индекс Куппермана составил менее 24,5).

Более 50% больных (38 из 58 женщин) имели клинические проявления и микробиологически подтвержденный диагноз ХРКВВ и согласно протоколу отвечали критериям включения (наличие лабораторно подтвержденного ВВК продолжительностью не менее 1 года с частотой рецидивов минимум 4 раза в год). Из исследования были исключены женщины, страдающие острыми и хроническими заболеваниями малого таза в стадии обострения; больные с инфекциями, передаваемыми половым путем; с индивидуальной непереносимостью компонентов препарата Ливарол. В контрольную группу вошли 20 гинекологически здоровых женщин.

Для постановки диагноза ХРКВВ использовали анкетно-anamnestический метод, общее гинекологическое обследование, клиничко-лабораторные исследования содержимого влагалища и канала шейки матки с применением бактериоскопических и бактериологических методов исследования с видовой идентификацией грибов рода *Candida* и измерением pH влагалища. Также были применены иммунологические методы исследования, в том числе иммуноферментный анализ сыворотки крови и выделений из канала шейки матки.

Перед началом терапии все пациентки были рандомизированы на две группы. Первую (I), основную группу составили 20 женщин с верифицированным заболеванием влагалища, которым проводилась предложенная нами терапия. Мы назначали в составе комплексной терапии препарат Ливарол по 1 суппозиторию ежедневно интравагинально на ночь в течение 10 суток, с последующим применением эстрогенов. Иммунокорректирующая терапия включала препарат Лавомакс – пероральный иммуномодулятор с интерфероногенной активностью. Препарат назначали типично: первые два дня по 0,125 г, а затем по 125 мг через 48 часов. Курс терапии Лавомаксом составил 1,25 г (10 таблеток).

Во вторую (II) группу были включены 18 пациенток с ХРКВВ, которым проводили антимикотическую терапию препаратом Ливарол по 1 суппозиторию ежедневно интравагинально на ночь в течение 10 суток.

Контрольную группу составили 20 женщин без наличия ХРКВВ.

Контроль эффективности терапии оценивали на основании динамики жалоб пациентки, клинических симптомов заболевания, а также эрадикации грибов рода *Candida* по данным микробиологического исследования, через 8–10 дней и 6 мес. после окончания терапии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований установлено, что климактерические нарушения у 38 (65,2%) пациенток характеризовались проявлением астеноневротического синдрома: наличием потливости, приливов, беспричинным ознобом и зябкостью, раздражительностью, слабостью, немотивированной слезливостью, тревогой, рассеянностью внимания, при этом лабильность артериального давления и сердцебиение отмечала каждая третья женщина. Незначительно выраженные боли в костях и суставах, частые судороги икроножных мышц отмечали 19 (33%) больных. У 33 (57%) женщин с вышеперечисленными симптомами преобладали жалобы со стороны мочеполовой системы – сухость во влагалище, недержание мочи (даже при незначительной физической нагрузке), у 28% пациенток имело место учащенное мочеиспускание. Наряду с вышеупомянутыми жалобами 25 из 58 (43%) больных отмечали метеоризм, изменение в консистенции и частоте стула; 16% женщин жаловались на спастические боли в животе, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (рис. 1).

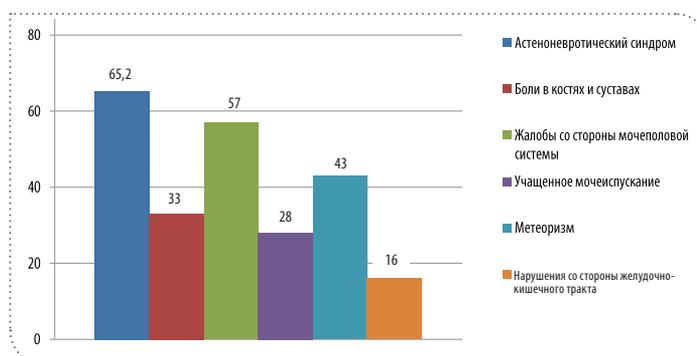


РИСУНОК 1. СТРУКТУРА КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, %

При этом все больные отмечали зуд, жжение в области наружных половых органов, постоянно или в ночное время; наличие патологических выделений из влагалища. Бели могли быть жидкими с примесью творожистых включений или густыми, мажеподобными, белого, желтовато-зеленого цвета. Дискомфорт отмечали 78,5% пациенток, зуд и боли при половом акте – 46,5%.

Следует отметить, что по сравнению с женщинами контрольной группы больные ХРКВВ в 74,7% случаев страдали хронической экстрагенитальной патологией. Наиболее часто встречались воспалительные заболевания кишечника, хронические заболевания мочеполовой системы (30%).

Проведенный нами анализ показал, что одним из основных факторов риска (рис. 2), способствующим возникновению рецидивов ХРКВВ, было нерациональное лечение воспалительных заболеваний кишечника и других экстрагенитальных очагов (46%). Вторым по частоте фактором риска развития рецидивов ВВК у женщин в период ранней постменопаузы была эндокринопатия (9%) и сахарный диабет 2 типа (13%). Отмечена также тенденция к возрастанию частоты ХРКВВ у женщин старшей возрастной группы в связи с применением местной и системной заместительной терапии эстрогенами, иммуносупрессоров (32%).



РИСУНОК 2. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ВВК У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ, %

Статистически достоверных различий в длительности ХРКВВ, особенностях менструальной, половой и репродуктивной функций у обследуемых больных не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В структуре генитальной патологии у 72,2% обследованных женщин преобладали воспалительные заболевания влагалища, шейки матки, придатков матки. Так, у 36% женщин имели место указания на хронические сальпингоофориты, эндометриты, кольпиты и цервициты различной этиологии.

Сопоставление клинической картины заболевания и вида возбудителя показало следующее: зуд, гиперемия и отечность слизистых оболочек половых органов у больных ХРКВВ, обусловленный *Candida non albicans*, отмечались реже, чем у больных ХРКВВ с наличием *S. albicans*.

Установлено, что у 65% больных ХРКВВ с *Candida non albicans* патологические выделения из влагалища наблюдались чаще, чем у пациенток с ХРКВВ, обусловленных *S. albicans* ( $p > 0,05$ ). При этом в 21% случаев воспалительные изменения у них чаще локализовались в области наружных гениталий с поражением кожи перианальной обла-

сти и бедер, что приводило к жалобам на рецидивирующий анальный зуд, бессонницу и связанным с ними расстройствам нервной системы.

При проведении корреляционного анализа нами была выявлена зависимость между возрастом пациентки и видом возбудителя, возбудителем и длительностью течения ХРКВВ. Установлена статистически достоверная прямо пропорциональная связь между длительностью заболевания и частотой рецидивов. Выявлено, что грибы рода *Candida non albicans* чаще, чем *S. albicans*, вызывают ХРКВВ у женщин в периоде ранней постменопаузы (52 против 21%;  $p < 0,001$ ). При этом период времени с момента появления первых жалоб до начала лечения у больных с ХРКВВ, обусловленным *S. albicans*, составлял свыше 3 мес. (35%), в то время как у больных с ХРКВВ, обусловленным *Candida non albicans* – от 5 дней до 3 мес. (68%), а частота рецидивов – от 8 эпизодов обострения и более в течение 1 года.

Нами установлено, что острота клинических симптомов у больных в постменопаузе по мере прогрессирования воспалительного процесса уменьшалась в обратной пропорции по отношению к продолжительности их проявления ( $p < 0,05$ ). Данное состояние, по-видимому, нужно рассматривать в двух аспектах: с одной стороны, нарушение баланса половых стероидов вызывает изменение микробного биотопа кишечника и влагалища, с другой – коррекция состава микрофлоры может оказывать влияние на регуляцию гормонального обмена.

Данные лабораторного обследования подтвердили инфекционный генез вульвовагинита у всех пациенток. Выявлено, что преимущественной локализацией дрожжеподобных грибов являлась прямая кишка, несколько реже – влагалище, цервикальный канал, уретра. Как правило, отмечалась сочетанная локализация инфекции. У большинства женщин была выявлена персистенция в цервикальном канале вирусно-бактериальных ассоциаций, включая условно-патогенные микроорганизмы. Микроскопическое исследование влагалищных выделений показало наличие почкующихся клеток и псевдомицелия.

При микроскопическом исследовании окрашенных по Граму мазков у больных ХРКВВ, обусловленным *Candida non albicans*, наличие псевдомицелия было выявлено в 11% случаев (по сравнению с 48% женщин, у которых заболевание было обусловлено *S. albicans* ( $p < 0,001$ )). При посеве отделяемого влагалища у больных ХРКВВ, обусловленным *Candida non albicans*, возбудителей инфекции выделяли чаще, чем у женщин с ХРКВВ, обусловленным *S. albicans* (39 и 21% соответственно;  $p < 0,05$ ).

При бактериологическом исследовании в цервикальном канале нами обнаружено присутствие бактерий рода *Staphylococcus*, *Enterbacterium*, *Enterococcus*, а также грибов рода *Candida* в количестве от  $10^4$  до  $10^8$  КОЕ/мл. Параллельно у всех обследуемых женщин диагностирован рост колоний факультативных аэробных микроорганизмов: *Staphylococcus epidermidis* (52,0%), *Staphylococcus aureus* (16,8%), *Streptococcus faecalis*, *Str. pyogenus*, *Str. oralis/mitis*, *Escherichia coli* (46,6%).

Структура условно-патогенной микрофлоры при ХРКВВ у обследуемых женщин представлена в табл. 1.

Следует отметить, что уже спустя 3 дня от начала лечения у больных I группы выявлено достоверное увеличение показателей лактофлоры по сравнению с пациентками II группы ( $p < 0,001$ ), что подтверждено клинико-лабораторными данными и отдаленными результатами исследований. Установлено, что если у 33 (86,8%) пациенток I группы через 10 дней после лечения мы наблюдали нормоценоз, то у больных II группы восстановление нормальной влагалищной микрофлоры выявлено только в 68% случаях.

Через 6 месяцев после проведенного лечения у пациенток I группы исчезли жалобы, улучшилось самочувствие; у них в 1,5 раза чаще установлена нормализация биоценоза влагалища, что выражалось в уменьшении лейкоцитарной реакции и снижении роста факультативно-анаэробных микроорганизмов, по сравнению с больными второй группы ( $p < 0,05$ ). Также у больных I группы отмечено достоверное снижение процента высеваемого патогенного стафилококка и гемолитического стрептококка (соответственно 0,3 и 1,1% против 1,2 и 2,3% ( $p < 0,001$ )) у пациенток II группы.

Мы считаем, что нарушение гормонального фона со снижением продукции эстрогенов у женщин постменопаузального возраста активизирует условно-патогенную флору, оказывая при этом влияние не только на местную барьерную функцию, но и, вероятно, опосредованно на состояние местного иммунитета.

Изучение состояния гуморального иммунитета мы проводили путем исследования уровня секреторного IgA, уровня лизоцима в сыворотке крови и цервикальной слизи.

Исследование иммунологических антиинфекционных факторов резистентности показало, что у 51% пациенток с ХРКВВ имела место деградация IgA, лизоцима, секретируемых плазматическими клетками влагалища. Наряду с этим повышения уровня IgG, IgM, сопровождающего инфекционный процесс, у обследуемых пациенток не выявлено (табл. 2).

Сравнительный анализ данных иммунного ответа до и после лечения выявил улучшение показателей гуморального иммунитета после проведенного лечения. Так, содержание лизоцима у больных I (основной) группы увеличилось в 1,3 раза по сравнению с пациентками II группы, что свидетельствует о нормализации функционирования местного иммунитета у женщин I группы ( $p < 0,05$ ). Выявлено значительное повышение уровня IgG и снижение концентрации секреторного IgA, что свидетельствует о стаби-

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ХРКВВ У ОБСЛЕДУЕМЫХ ЖЕНЩИН

Микроорганизмы	Группы			
	ХРКВВ до лечения, I и II группа (n = 38)	После лечения		Контрольная группа (n = 20)
		I группа (основная) (n = 20)	II группа (сравнения) (n = 18)	
	$\geq 10^4$ КОЕ	$\geq 10^4$ КОЕ	$\geq 10^4$ КОЕ	$\geq 10^4$ КОЕ
<b>Микроаэрофильные бактерии</b>				
<i>Lactobacillus spp.</i>	-	67,6	52,3	79,2
<i>Gardnerella vaginalis</i>	100	6,25	12,2	5,1
<b>Облигатно-анаэробные грампозитивные бактерии</b>				
<i>Lactobacillus spp.</i>	-	58,6	45,7	77,1
<i>Mobiluncus</i>	43,1	12,3	16,4	3,9
<i>Peptostreptococcus</i>	42,3	3,12	7,8	1,2
<b>Факультативно-анаэробные грампозитивные бактерии</b>				
<i>Staphylococcus aureus</i>	8,5	3,12	3,85	0,3
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	66,3	6,3	7,1	4,7
<i>Escherichia coli</i>	15,2	3,12	3,85	2,1
<i>Corynebacterium</i>	13,6	8,8	10,1	7,5
Грибы <i>Candida</i>	5,6	3,12	3,85	0,4

ТАБЛИЦА 2. СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ОБСЛЕДУЕМЫХ ЖЕНЩИН

Показатели	Группы			
	ХРКВВ до лечения, I и II группа (n = 38)	После лечения		Контрольная группа (n = 20)
		I группа (основная) (n = 20)	II группа (сравнения) (n = 18)	
<b>IgA (г/л)</b>				
В сыворотке крови	$4,7 \pm 0,3$	$2,1 \pm 1,5$	$3,7 \pm 1,1$	$2,5 \pm 0,7$
В выделениях из канала шейки матки	$2,3 \pm 0,8$	$4,8 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,2$
<b>Лизоцим (г/л)</b>				
В сыворотке крови	$0,012 \pm 0,02$	$0,017 \pm 0,03$	$0,013 \pm 0,02$	$0,018 \pm 0,01$
В выделениях из канала шейки матки	$0,09 \pm 0,03$	$0,15 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,01$	$0,1 \pm 1,1$
<b>IgM (г/л)</b>				
В сыворотке крови	$1,25 \pm 0,04$	$1,09 \pm 0,06$	$1,11 \pm 0,8$	$1,13 \pm 0,7$
<b>IgG (г/л)</b>				
В сыворотке крови	$5,1 \pm 0,4$	$3,9 \pm 0,2$	$4,4 \pm 0,1$	$4,9 \pm 1,3$

лизации местного иммунитета и нормализации экосистемы, обеспечивающей устойчивость эпителиоцитов к возможным воздействиям различных патогенных микроорганизмов, в том числе и *Candida*.

Анализируя микробный пейзаж влагалища женщин в процессе лечения, мы отметили, что у пациенток основной группы, в отличие от группы сравнения, в достоверно большем проценте (97,6 и 73,1% соответственно;  $p < 0,05$ ) случаев отмечалась эрадикация возбудителей, т. е. бактериологическая излеченность. У больных I группы, получающих комплексную терапию ХРКВВ, уже на третьи сутки от начала лечения наблюдалось улучшение общего состояния, уменьшение таких симптомов как зуд, жжение в области наружных половых органов, снижение количества и исчезновение вагинальных выделений в 97,6% случаев, то есть нормализовались показатели вагинального биоценоза.

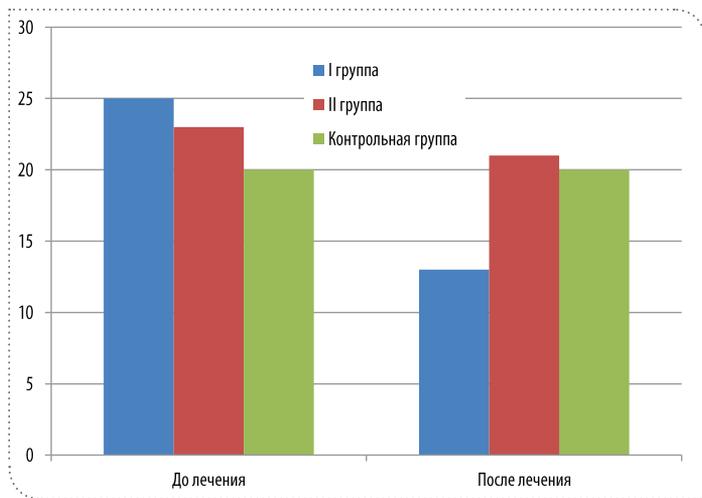


РИСУНОК 3. ДИНАМИКА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ИНДЕКСА КУППЕРМАНА<sup>1</sup> У ЖЕНЩИН С ХРКВВ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ, БАЛЛЫ

<sup>1</sup> Менопаузальный индекс Куппермана позволяет проанализировать степень выраженности различных групп симптомов климактерического синдрома: нейровегетативных, психоневрологических и соматических. Каждый из симптомов оценивают в зависимости от степени выраженности по баллам от 0 до 3. Значение нейровегетативного симптомо-комплекса, оцененное до 10 баллов, рассматривают как отсутствие клинических проявлений; 10–20 баллов – как слабую степень нарушений; 21–30 баллов – среднюю; свыше 30 баллов – как тяжелую форму синдрома. Обменно-эндокринные и психоэмоциональные нарушения в пределах 1–7 баллов – слабая степень; 8–14 баллов – средняя; более 14 баллов – тяжелая форма заболевания (прим. ред.).

В то же время у пациенток II группы на фоне проведения монотерапии Ливаролом улучшение общего состояния отмечено лишь в 73,1% случаев. Отсутствие положительной динамики спустя 6 месяцев после лечения в виде дискомфорта отметили 26,9% больных II группы, что потребовало проведения лекарственной коррекции посредством дополнительного курса лечения.

Все пациентки соблюдали гигиенический режим, исключали использование интимных гелей и дезодорантов, при этом каких-либо нежелательных аллергических реакций не наблюдалось.

### ВЫВОД

В заключение следует отметить, что адекватная и своевременная терапия кандидоза у женщины в период ранней постменопаузы является не только достаточно эффективным методом профилактики рецидивов этого заболевания, но и, вероятно, опосредованно способствует улучшению ее социального здоровья (рис. 3).

Мы считаем, что у женщин на фоне постменопаузальных изменений ХРКВВ является формой осложненного течения ВВК и имеет мультифакторный генез, при котором возникают условия для роста и реализации патогенных свойств сапрофитной микрофлоры, что свидетельствует о необходимости медицинского и социального рассмотрения данной проблемы.

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бенюк, В.О.

Критерії оцінки ефективності лікування вульвовагініту, обумовленого асоційованою кандидозно-герпетичною інфекцією / В.О. Бенюк, О.А. Шерба, Л.Д. Ластовецька // Тавричеський медико-біологічний вестник. — 2011. — № 3 (55). — Ч. 1. — С. 27–31.

Beniuk, V.O., Shcherba, O.A., Lastovetska, L.D.

“Criteria for evaluating the effectiveness of treatment of vulvovaginitis caused by Candida-associated herpes infection.” Taurian Medical and Biology Gazette, 3(55) (1) (2011): 27–31.

2. Майоров, М.В.

Актуальные вопросы лечения вагинального кандидоза / М.В. Майоров // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2010. — № 4 (31). — С. 54–62.

Mayorov, M.V.

“Actual issues of the treatment of vaginal candidiasis.” Medical Aspects of Women’s Health, 4(31) (2010): 54–62.

3. Медяникова, И.В.

Эффективность иммунокорректирующей терапии лавомаксом при кольпите и цервиците / И.В. Медяникова // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 6. — С. 55–58.

Medyannikova, I.V.

“The effectiveness of immunotherapy with Lavomax at colpitis and cervicitis.” Obstetrics and Gynecology, 6(2007): 55–58.

4. Национальное руководство Великобритании по ведению вульвовагинального кандидоза

(Отделение клинической эффективности Британской ассоциации сексуального здоровья и ВИЧ) / Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2009. — № 4 (21). — С. 21–30.

United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis

(Clinical Effectiveness Group British Association of Sexual Health and HIV). Medical Aspects of Women’s Health, 4(21) (2009): 21–30.

5. Радзинский, В.Е.

Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц, Э.С. Четвертакова, О.А. Мисунев // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 5. — С. 1–4.

Radzinsky, V.E., Ordjants, I.M., Chetvertakova, E.S., Misunov, O.A.

“Two-stage treatment of vaginal infections.” Obstetrics and Gynecology, 5(2011): 1–4.

6. Резниченко, Н.А.

Клинико-патогенетическое значение нарушений гормональной системы и их коррекция при бесплодии на фоне генитального микст-кандидоза у женщин / Н.А. Резниченко // Здоров’я України. — 2012. — №3 (7). — С. 34.

Reznichenko, N.A.

“Clinical and pathogenetic significance of hormonal systems and their correction with infertility on the background of genital mixed candidiasis in women.” Health of Ukraine, 3(7) (2012): 34.

7. Рощина, Г.Ф.

Сучасні підходи до тактики ведення хворих з урогенітальними розладами в період клімактерія / Г.Ф. Рощина // Здоров’я жінки. — 2007. — №2 (30). — С. 127–134.

Roshchyna, G.F.

“Current approaches to management patients with urogenital disorders during menopause.” Women’s Health, 2(30) (2007): 127–134.

8. Татарчук, Т.Ф., Сольский, Я.П.

Эндокринная гинекология. — К., 2003. — Ч. 1. Татарчук, Т.Ф., Solskiy, Y.P. Endocrine Gynecology. K. (2003): Part 1.

9. Тихомиров, А.Л.

Патофизиология климактерия и новые возможности заместительной гормонотерапии у женщин в постменопаузе / А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // Русский Медицинский Журнал. — 2003. — Т. 11, № 16. — С. 13–17.

Tikhomirov, A.L., Oleynik, Ch.G.

“Pathophysiology of menopause and new opportunities of hormone replacement therapy in postmenopausal women.” Russian Journal of Medicine, 16 (Vol. 1) (2003): 13–17.

10. Chu, C.T., Oury, T.D., Enghild, J.J., Pizzo, S.V.

J Immunol, 152(1994): 1538–1545.

11. Hay, F.

Bacterial vaginosis Medicine, 10(33) (2005): 58–61.

12. Moehrer, B., Hertal, A., Jackson S.

“Oestrogens for urinary incontinence in women.” Cochrane Database Syst Rev, 2(2003): CD001405. □

**ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ**

**В.А. Бенюк**, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

**Л.Д. Ластовецкая**, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

**Е.А. Щерба**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца

Оценена эффективность предложенного лечения хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита у женщин в период ранней постменопаузы по сравнению со стандартными методами.

Основную группу женщин, вошедших в исследование, составили 20 пациенток с хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом, которым проводилась терапия противогрибковым препаратом Ливарол и иммуномодулятором Лавомакс. Во вторую группу были включены 18 пациенток с хроническим рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом, которым проводили антимикотическую терапию препаратом Ливарол. В контрольную группу вошли 20 здоровых женщин.

Было показано, что использование в составе комплексной противовоспалительной терапии противогрибковых средств и иммуномодуляторов улучшает клиническое проявление заболевания, ускоряет процесс выздоровления, уменьшает осеменение половых путей патологической микрофлорой.

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит, противовоспалительное лечение, Ливарол, ранняя постменопауза.

**ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ХРОНІЧНОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ЖІНОК В ПЕРІОД РАННЬОЇ ПОСТМЕНОПАУЗИ**

**В.О. Бенюк**, д. мед. н., професор, завідувач кафедру акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

**Л.Д. Ластовецька**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

**О.А. Щерба**, асистент кафедри акушерства та гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

Оцінено ефективність запропонованого лікування хронічного рецидивуючого кандидозного вульвовагініту у жінок в період ранньої постменопаузи у порівнянні зі стандартними методами.

Основну групу жінок, які увійшли до дослідження, склали 20 пацієнток із хронічним рецидивуючим кандидозним вульвовагінітом, яким проводилася терапія протигрибковим препаратом Ліварол та імуномодулятором Лавомакс. До другої групи було включено 18 пацієнток із хронічним рецидивуючим кандидозним вульвовагінітом, яким проводили антимікотичну терапію препаратом Ліварол. До контрольної групи увійшли 20 здорових жінок.

Було показано, що використання у складі комплексної протизапальної терапії протигрибкових засобів та імуномодуляторів покращує клінічний прояв захворювання, прискорює процес одужання, знижує обсіменіння статевих шляхів патологічною мікрофлорою.

**Ключові слова:** хронічний рецидивуючий кандидозний вульвовагініт, протизапальне лікування, Ліварол, рання постменопауза.

**PROPHYLAXIS OF RECEDIVES OF CHRONIC RECURRENT VULVOVAGINAL CANDIDIASIS IN WOMEN IN THE EARLY POSTMENOPAUSAL PERIOD**

**V.O. Beniuk**, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department number 3 of National Medical University named after O.O. Bogomolets

**L.D. Lastovetska**, PhD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department number 3 of National Medical University named after O.O. Bogomolets

**O.A. Shcherba**, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department number 3 of National Medical University named after O.O. Bogomolets

The effectiveness of the proposed treatment of chronic recurrent vulvovaginal candidiasis in women in the early postmenopausal period compared to standard methods.

The main group of women included in the study consisted of 20 patients with chronic recurrent vulvovaginal candidiasis who received antifungal therapy with Livarol and immunomodulator Lavomax. The second group included 18 patients with chronic recurrent vulvovaginal candidiasis who received therapy with anti-mycotic Livarol. The control group consisted of 20 healthy women.

It has been shown that the use in combined therapy with anti-inflammatory improves the clinical manifestation of the disease, accelerates the healing process, reduces insemination of genital tract by pathological flora.

**Keywords:** chronic recurrent vulvovaginal candidiasis, anti-inflammatory medication, Livarol, early postmenopause.