



УДК 616.97:616.922.282-086.65/66-093/098

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

Г.М. БОНДАРЕНКО

д. мед. н., профессор, зав. отдела инфекций, передаваемых половым путем, Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины

И.Н. НИКИТЕНКО

к. мед. н., старший научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины

Ю.В. ЩЕРБАКОВА

к. мед. н., научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины

ВВЕДЕНИЕ

Кандидозный вульвовагинит (КВВ) – инфекционное заболевание слизистой нижней части гениталий, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Кандидозный вульвовагинит в 50–90% случаев вызван *Candida albicans*. Другие виды *Candida* (*Candida glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. guilliermondii*, *C. pseudotropicalis*) выделяются значительно реже (в 15–30% случаев, по данным иностранных исследователей, а в России и Украине – с меньшей частотой) [1, 2, 4, 15]. Грибы рода *Candida* – аэробы, относятся к условно патогенным микроорганизмам, они нередко являются сапрофитами слизистых оболочек (полости рта, кишечника, влагалища) и кожи, могут быть выявлены из влагалища женщин при отсутствии клинических проявлений кольпитов и других гинекологических заболеваний [17].

КВВ не относится к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), в соответствии с МКБ-10 является отдельной нозологической единицей, кодируется шифром В37 – «Кандидоз»:

- В37.3 – Кандидоз наружных половых органов и влагалища.
- В37.4 – Кандидоз других урогенитальных локализаций.

В настоящее время эта проблема сохраняет свою актуальность. По данным литературы,

частота регистрации кандидоза практически удвоилась и составляет до 30% случаев среди ИППП, занимая второе место после бактериального вагиноза [6].

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

По данным Татарчук Т.Ф. и Сольского Я.П. (2003), около 75% женщин репродуктивного возраста в течение жизни отмечают хотя бы один эпизод КВВ, а 50% – и повторный. Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит отмечается у 5% наших современниц [19]. Среди пациенток, обращающихся в центры по лечению ИППП или центры планирования семьи, КВВ диагностируется в 5–15% наблюдений [23]. Однако в настоящее время достоверно судить об эпидемиологии КВВ невозможно, так как большинство больных женщин занимаются самолечением.

Развитию КВВ способствуют изменения в организме, снижающие защитные силы (табл. 1).

Особенности диеты, несоблюдение гигиены, использование гигиенических тампонов и прокладок, ношение синтетической одежды, жаркий климат в настоящее время не рассматриваются как существенные факторы риска.

В результате воздействия этих факторов проявляются патогенные свойства грибов, ранее бывших сапрофитами. Активизируют

ТАБЛИЦА 1. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КВВ

Группы	Факторы
Эндокринные	Сахарный диабет, дисфункция надпочечников, гипотиреоз, дисфункция половых желез
Физиологические	Возраст 20–40 лет. Беременность. Менструация. Период постменопаузы
Ятрогенные	Прием антибиотиков (особенно широкого спектра действия). Применение кортикостероидов, иммуносупрессоров, прием оральных контрацептивов (первого поколения). Различные гинекологические манипуляции. Местное применение метронидазола, клиндамицина, антибактериальных препаратов, содержащих йод
Прочие	Гипо- и авитаминозы. Наличие ИППП. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Наличие экстрагенитальных половых контактов. Применение спермицидов. Часто и неверно проводимые вагинальные спринцевания. Бесконтрольное использование антибиотиков в целях самолечения

ся адгезивные свойства: грибы прикрепляются к поверхностному слою эпителия, внедряются в него, в ответ вызывая развитие воспалительной реакции и десквамацию эпителия. При высокой патогенности грибы проникают в интра- и субэпителиальные зоны [24]. Чаще генитальный кандидоз характеризуется поражением поверхностных слоев слизистых оболочек без глубокой инвазии возбудителя.

Клиническая картина КВВ характеризуется наличием обильных или умеренных выделений из влагалища. Выделения могут быть жидкими, профузными с примесью творожистых включений. Бывают густыми и мазеподобными с неприятным кисловатым запахом. Частыми симптомами являются зуд и жжение в области наружных половых органов. Зуд может усиливаться после полового акта, длительной ходьбы и во время менструации. Могут появляться диспареуния и расстройство мочеиспускания. Часто у женщин жалобы преобладают над клиническими симптомами заболевания. При осмотре отмечается наличие налета серо-белого цвета на пораженной слизистой влагалища и эктоцервикса, отек вульвы, гиперемия и кровоточивость слизистых оболочек, на коже – участки гиперемии и мацерации с фестончатыми краями.

В соответствии с Европейскими стандартами, диагноз «КВВ» устанавливается на основании наличия следующих параметров [5]:

- наличие клинических симптомов КВВ;
- рН вагинального отделяемого не превышает 4,5;
- отрицательный результат аминотеста с 10% КОН;
- обнаружение почкующихся клеток дрожжевых грибов и псевдомицелия при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого в нативном препарате (чувствительность метода 40–60%);
- обнаружение почкующихся клеток дрожжеподобных грибов или псевдомицелия в мазке по Граму (положительный результат до 65%);
- выделение культуры дрожжевых грибов *Candida* при культуральном исследовании;
- серологические реакции (реакция агглютинации, реакция связывания комплемента, реакция преципитации);
- ДНК-методы (полимеразная цепная реакция);
- иммунофлюоресцентные методы (*Candida Sure*);
- иммуноферментный анализ.

Часто урогенитальный кандидоз ассоциируется с инфекциями, которые передаются половым путем [7]. Следует отметить, что при наличии ИППП манифестация кандидозной инфекции на фоне уже имеющегося инфекционного процесса половых органов усугубляет течение последнего и затрудняет его лечение. Формируется своеобразный порочный круг: кольпиты любой этиологии способствуют активации вульвовагинального кандидоза, который, в свою очередь, осложняет и течение, и лечение кольпита, обусловленного бактериально-вирусной инфекцией [9, 13].

Выбор тактики лечения больных КВВ определяется клинической формой заболевания и назначается только при наличии клинических проявлений КВВ, поскольку бессимптомная колонизация влагалища дрожжевыми грибами рода *Candida* встречается у значительного числа здоровых женщин и не требует назначения антимикотических препаратов. Специальное обследование и лечение партнеров также не требуется. Однако, если у женщины – рецидивирующий генитальный кандидоз или у партнера развивается кандидозное поражение полового члена, партнеров следует обследовать и назначить терапию [5].

Для лечения ВВК используют противогрибковые препараты:

- полиены (нистатин, натамицин, леворин, амфотерицин);
- имидазолы (кетоконазол, клотримазол, микоконазол, эконазол, сертаконазол, омоконазол, бутконазол);
- триазолы (флуконазол, итраконазол);
- другие (гризеофульвин, флуцитозин, нитрофунгин, декамин, препараты йода).

Современные международные руководства предлагают различные схемы лечения КВВ, основывающиеся на результатах исследований, выполненных с позиций доказательной медицины. Европейские схемы построены на местном использовании клотримазола по 500 мг 1 раз в неделю или системном приеме флуконазола по 100 мг 1 раз в неделю. Такая терапия может продолжаться до 6 мес. [5]. В рекомендациях Центров по контролю над заболеваниями (США) при рецидивирующем течении генитального кандидоза рекомендуется либо использование коротких курсов местных или системных антимикотиков, либо более длительное (до 14 дней) применение местных препаратов во время рецидива заболевания. В качестве альтернативы местному лечению предлагается курс флуконазола по 100, 150 или 200 мг внутрь в 1-й, 4-й и 7-й дни лечения. При необходимости может быть рекомендована длительная поддерживающая системная терапия флуконазолом по 100, 150 или 200 мг 1 раз в неделю или местная – клотримазолом по 200 мг 2 раза



Местное лечение с помощью кетоконазола приводит к быстрому исчезновению симптомов заболевания и получению отрицательных результатов микологического исследования у 80–90% женщин с острым КВВ

в неделю или по 500 мг 1 раз в неделю. Такое лечение пациенты могут получать в течение 6 месяцев [20].

Преимуществом флуконазола является высокая биодоступность (90%), длительное сохранение в сыворотке крови, что дает возможность принимать препарат однократно [8, 11].

Однако сегодня многие авторы отмечают заметное снижение чувствительности дрожжеподобных грибов вида *Candida albicans* к флуконазолу, что, возможно, связано с частым нерациональным его использованием, что и определяет приспособление грибов и снижение их чувствительности к лекарственным средствам [10, 14, 16, 18, 22]. Это подтвердила и работа Горбасенко Н.В. по исследованию чувствительности *Candida albicans* к основным антимикотикам, в которой было продемонстрировано, что грибы вида *Candida albicans*, выявляемые при КВВ, оказались наиболее чувствительными к кетоконазолу, амфотерицину и нистатину, что можно объяснить частым назначением при вагинальном кандидозе недостаточных доз флуконазола, и, как следствие, развитием резистентности к данному препарату [3].

Поэтому, приступая к лечению вульвовагинального кандидоза, следует понимать, что целью медикаментозного воздействия является, прежде всего, выбор оптимальной схемы лечения, способствующей полной эрадикации возбудителя, а потом уже восстановление вагинального биоценоза и воздействие на predisposing факторы.

ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Многие местные антимикотики предпочтительнее назначать при выраженных проявлениях заболевания, поскольку они быстрее обеспечивают исчезновение симптомов. Преимуществами местных средств является безопасность, высокие концентрации антимикотиков, создаваемые на поверхности слизистой. Местные противогрибковые средства выпускаются в специальных формах: кремы, вагинальные суппозитории и вагинальные таблетки.

Наше внимание привлек единственный на украинском рынке препарат кетоконазола, в виде вагинальных суппозитория, Ливарол (ОАО «Нижфарм»), содержащий 400 мг кетоконазола.

Кетоконазол относится к азольным антимикотикам, обладающий преимущественно фунгистатическим эффектом, который связан с ингибированием цитохром Р450-зависимой 14 α -деметилазы, катализирующей превращение ланостерола в эргостерол – основной структурный компонент клеточной стенки грибов. Следует отметить, что дли-

тельное пероральное использование кетоконазола может сопровождаться токсическими реакциями, в связи с чем целесообразно его местное применение. При использовании интравагинальной формы кетоконазола возможность возникновения побочных эффектов сводится к минимуму. Местное лечение приводит к быстрому исчезновению симптомов заболевания и получению отрицательных результатов микологического исследования у 80–90% женщин при остром КВВ. При интравагинальном применении кетоконазола исключается раздражающее действие на пищеварительный тракт и влияние на сердечно-сосудистую систему. Местная терапия не влияет на менструальный цикл, секрецию гонадотропных гормонов, углеводный и липидный обмены.

Кетоконазол активен в отношении дрожжевых грибов (*C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. pseudotropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. crusei*, *Malassezia spp.*), дерматомицетов (*Trichophyton spp.*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum spp.*), а также некоторых грамположительных кокков и коринебактерий [12]. К препарату редко развивается резистентность, он обладает биоэквивалентностью, по международным стандартам. Дополнительным преимуществом вагинальных суппозитория Ливарол, отличающим его от большинства вагинальных форм, является наличие полиэтиленоксидной основы, которая способствует увлажнению слизистых оболочек и улучшает взаимодействие активного компонента препарата с эпителиоцитами влагалища, активно адсорбируя экссудат, уменьшая, таким образом, клинические проявления заболевания.

Цель работы – провести изучение клинической эффективности применения местного кетоконазола для лечения КВВ у пациенток на фоне антибактериальной терапии ИППП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на базе Института дерматологии и венерологии НАМН Украины, в отделении инфекций, передаваемых половым путем, в рамках оценки эффективности использования вагинального кетоконазола в виде препарата Ливарол у 28 женщин репродуктивного возраста, получающих антибактериальную терапию по поводу половой инфекции, с верифицированным состоянием «кандидоз вульвовагинальный», возникшим на фоне профилактического применения антимикотического препарата флуконазола в дозировке 150 мг 1 раз в неделю (I группа, основная).

Для лечения вагинального кандидоза Ливарол (400 мг) назначался по 1 вагинально-

му суппозиторию в сутки в течение 10 дней. В дальнейшем, для профилактики рецидивов КВВ, Ливарол назначался на протяжении 3 последующих менструальных циклов – по 1 суппозиторию (400 мг) в сутки в течение 5 дней после менструации.

Также проведено исследование эффективности использования препарата Ливарол (400 мг) у 20 женщин репродуктивного возраста без проявлений КВВ на фоне проведения антибактериальной терапии ИППП, в целях профилактики развития кандидозной инфекции (группа II, сравнения).

Для профилактики развития КВВ Ливарол (400 мг) назначался по 1 вагинальному суппозиторию в сутки в течение 10 дней. Для профилактики рецидивов КВВ Ливарол назначался на протяжении 3 последующих менструальных циклов по 1 суппозиторию (400 мг) в сутки в течение 5 дней после менструации.

Для постановки диагноза «КВВ» обследование включало: сбор жалоб пациентки, осмотр вульвы, слизистой оболочки влагалища и шейки матки в зеркалах. Микробиологическая диагностика основывалась на оценке состояния микроценоза влагалища по результатам микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму, и культурального исследования влагалищного содержимого на наличие грибов рода *Candida*.

Эффективность проведенной терапии оценивали на основании: динамики жалоб и клинических признаков КВВ – наличия характерных выделений из влагалища, зуда, жжения, гиперемии и отека слизистой оболочки влагалища; лабораторных данных – наличия или отсутствия большого количества лейкоцитов и грибов рода *Candida* при микроскопическом исследовании влагалищного содержимого (после окончания лечения), а также через 3 менструальных цикла.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе жалоб, с которыми обратились пациентки основной группы, выявлено, что практически всех пациенток беспокоили наличие выделений из половых путей, зуд, жжение в области вульвы и промежности (75%). У 22 пациенток выделения усиливались и начинали беспокоить только после полового акта или перед менструацией. У 1 пациентки (3,5%) выделения усиливались на фоне запоров кишечника (табл. 2). У 2 (7,1%) пациенток жалобы отсутствовали. Диагноз был поставлен после гинекологического осмотра и микроскопии влагалищных выделений.

После десятидневного курса лечения препаратом Ливарол, в виде вагинальных суппозиториев, субъективные жалобы отсутствовали у 92,8% женщин. У 10% сохранялись жалобы на выделения из половых путей: 2 случая (7,1%) – только выделения, 1 случай (3,5%) – жалобы на усиление выделений перед менструацией.

Характер выделений описан в таблице 3. До лечения у пациенток первой группы при гинекологическом осмотре выделения были: в основном обильные (53,6%), густые, однородного характера (89,3%), у незначительного количества женщин (7,8%) наблюдались скудные молочные выделения с творожистыми хлопьями. У 2 женщин из 28 (7,8%) при гинекологическом осмотре выделения практически соответствовали норме.

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КВВ У ПАЦИЕНТОК ОСНОВНОЙ ГРУППЫ (n = 28)

Показатели	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)
Творожистые выделения из половых органов	26 (89,3)	2 (7,1)
Зуд, жжение, раздражение	21 (75)	-
Дизурические расстройства	2 (7,1)	-
Усиление выделений после полового акта	4 (42,8)	-
Усиление выделений перед менструацией	18 (64,2)	1 (3,5)
Усиление выделений на фоне запоров	1 (3,5)	-
Наличие молочных выделений с неприятным кислым запахом	2 (7,8)	-
Жалобы отсутствуют	2 (7,8)	26 (92,8)

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕР ВЫДЕЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК ОСНОВНОЙ ГРУППЫ (n = 28)

Параметры	Показатели	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)
Количество	Обильные	15 (53,6)	-
	Умеренные	11 (39,3)	1 (3,5)
	Скудные	2 (7,8)	1 (3,5)
Консистенция	Жидкие	2 (7,8)	-
	Густые гомогенные	26 (89,3)	-
	Творожистые	2 (7,8)	-
Характер	Серозные (серо-белые)	26 (89,3)	2 (7,8)
	Прозрачные	-	24 (85,7)
	Бели (молочные)	-	2 (7,8)
Запах	Есть	2 (7,8)	-
	Нет	24 (85,7)	26 (92,8)
Выделения отсутствуют		2 (7,8)	26 (92,8)
Выделения слизистые, прозрачные без запаха		-	24 (85,7)

ТАБЛИЦА 4. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК ОСНОВНОЙ ГРУППЫ (n = 28)

Показатели	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)
Гиперемия	26 (92,8)	2 (7,8)
Отечность	3 (10,7)	-
Мацерация	1 (3,5)	-
Инфильтрация	-	-
Видимой патологии слизистой нет	2 (7,8)	26 (92,8)

При осмотре после лечения КВВ женщин первой группы препаратом Ливарол в сочетании с системным применением флуконазола у 24 (85,7%) пациенток выделения имели критерии нормы: умеренные, слизистые, прозрачные, без запаха. У 2 пациенток (7,1%) выделения имели умеренно патологический характер. Серозных, густых творожистых, с неприятным запахом выделений после лечения не наблюдалось.

Из таблицы 4 видно, что у большинства пациенток слизистая влагалища при вагинальном кандидозе была изме-

нена (92,8%). У 26 пациенток отмечалась гиперемия слизистой влагалища, у 3 (10,7%) – отечность, в 1 случае (3,5%) – мацерация слизистой влагалища.

При осмотре пациенток после лечения у 26 (92,8%) видимой патологии слизистой влагалища не отмечалось. В 2 случаях (7,1%) сохранялась умеренная гиперемия. Эффективность действия препарата по этому признаку составила 93%.

При проведении профилактического назначения препарата Ливарол, в качестве монотерапии, проявления кандидозной инфекции не были обнаружены ни на фоне терапии, ни через 2 недели после окончания лечения. У 3 пациенток были выявлены признаки кандидозной инфекции через 3 менструальных цикла на фоне проявления дисбактериоза кишечника (группа II).

Большинство женщин (85%) остались довольны сочетанием комфортности препарата и результатом лечения, что на-

глядно демонстрирует достаточно высокий комплаенс использования Ливарола в виде вагинальных суппозиторияев.

ВЫВОД

Таким образом, на основании проведенного наблюдения можно говорить о высокой клинической и лабораторной эффективности использования препарата Ливарол, в виде вагинальных суппозиторияев, для лечения и профилактики вагинального кандидоза. Такое местное лечение закрепляет прием системного антимикотика и пролонгирует его эффект. Наличие в составе препарата высокоэффективного компонента – кетоконазола – и полиэтиленоксидной основы, обуславливающей увлажнение слизистой оболочки, в сочетании с высоким комплаенсом, определяют максимально широкое применение Ливарола в качестве препарата выбора у женщин с вагинальным кандидозом.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Байрамова, Г.Р. Кандидозная инфекция. Полиеновые антибиотики в лечении вагинального кандидоза / Г.Р. Байрамова // Гинекология. – 2001. – Т. 3, № 6. – С. 212–214.
Bayramova, G.R. "Candida infection. Polyene antibiotics in the treatment of vaginal candidiasis." Gynecology, 3(6) (2001): 212-214.
2. Безрученко, И.А. Патогенные дрожжеподобные микроорганизмы. Унифицированные методы лабораторной диагностики урогенитальных кандидозов / И.А. Безрученко // Дерматология та венерология. – 2001. – № 2 (12). – С. 32–36.
Bezruchenko, I.A. "Pathogenic yeast microorganisms. Standardized methods of laboratory diagnosis of urogenital candidiasis." Dermatology and Venereology, 2(12) (2001): 32-36.
3. Горбасенко, Н.В. Современный взгляд на проблему и лечение кандидозных вульвовагинитов / Н.В. Горбасенко // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2006. – № 2. – С. 12–15.
Gorbashenko, N.V. "Modern view on the problem and the treatment of vulvovaginitis." Medical Aspects of Women's Health, 2(2006): 12-15.
4. Губергриц, Н.Б. Кандидоз органов пищеварения и слизистых оболочек / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич и др. // Украинский журнал дерматологии и венерологии. – 2005. – № 3. – С. 44–50.
Gubergrits, N.B., Lukashevich, G.M., et al. "Candidiasis of the digestive system and mucous membranes." Ukrainian Journal of Dermatology and Venereology, 3(2005): 44-50.
5. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем // Москва: Медицинская литература, 2003. – 272 с.
European standards for diagnostics and treatment of sexually transmitted infections. Moscow: Medical literature (2003): 272 p.
6. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем // Москва: Медицинская литература, 2006. – 264 с.
European standards for diagnostics and treatment of sexually transmitted infections. Moscow: Medical literature (2006): 264 p.
7. Кисина, В.И. Клинические особенности первичного и рецидивирующего урогенитального кандидоза у женщин и эффективность флуканазола в зависимости от видового состава Candida / В.И. Кисина, Ж.В. Степанов и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 2. – С. 61–63.
Kissina, V.I., Stepanov, J.V., et al. "Clinical features of primary and recurrent urogenital candidiasis in women and the effectiveness of Fluconazole depending on the species composition of Candida." Journal of Dermatology and Venereology, 2(2002): 61-63.
8. Компендиум 2004 – лекарственные препараты / Под ред.: В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: Морион, 2004. – 1664 с.
Kovalenko, V.N., Viktorova, A.P., eds. Compendium 2004 – Medical remedies. – K.: Morion (2004): 1664 p.
9. Краснополский, В.И. Клиническая эффективность орунгала при хроническом вагинальном кандидозе / В.И. Краснополский, О.Ф. Серова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003. – № 1. – С. 30–32.

10. Краснопольский, В.И., Серова, О.Ф. "Clinical efficacy of Orungal in chronic vaginal candidiasis." Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist, 1(2003): 30-32.
10. Леуш, С.С. Особенности клинического течения и лечения различных форм урогенитального кандидоза / С.С. Леуш, Г.Ф. Рощина, О.Ф. Полтавцева и др. // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – № 2. – С. 72–75.
Leush, S.S., Roshchina, G.F., Poltavtseva, O.F., et al. "Clinical course and treatment of various forms of urogenital candidiasis." Dermatology, Venereology, Cosmetology Ukrainian Journal, 2(2003): 72-75.
11. Лысенко, Б.М. Эффективность Флуконазол-Авант в лечении первичного и рецидивирующего кандидозного вульвовагинита / Б.М. Лысенко // Здоров'я України. – 2005. – № 4. – С. 44.
Lysenko, B.M. "Avant-efficiency of Fluconazole in the treatment of primary and recurrent vulvovaginal candidiasis." Health of Ukraine, 4(2005): 44.
12. Мирзабалаева, А.К. Опыт применения вагинальных суппозиторияев «Ливарол» у больных острым кандидозным вульвовагинитом / А.К. Мирзабалаева, Ю.В. Долго-Сабурова, З.К. Колб, О.А. Шурпицкая, Н.Н. Клишко // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 11–14.
Mirzabalaeva, A.K., Dolgo-Saburova, Y.V., Kolb, Z.K., Shurpitskaya, O.A., Klimko, N.N. "Experience of using vaginal suppositories "Livarol" in patients with acute vulvovaginal candidiasis." Gynecology, 8(2) (2006): 11-14.
13. Наумкина, Е.В. Урогенитальный кандидоз как микст-инфекция / Е.В. Наумкина, Н.В. Рудаков, В.В. Пастухов и др. // Пробл. мед. микологии. – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 16–17.
Naumkina, E.V., Rudakov, N.V., Pastuchov, V.V., et al. "Urogenital candidiasis as a mixed infection." Problems of medical mycology, 4(2) (2002): 16-17.
14. Роджерс, К.А. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз и причины его возникновения / К.А. Роджерс, А.Д. Бердалл // Инфекции, передающиеся половым путем. – 2000. – № 3. – С. 22–27.
Rogers, K.A., Berdall, A.D. "Recurrent vulvovaginal candidiasis and its causes." Sexually transmitted infections, 3(2000): 22-27.
15. Сергеев, А.Ю. Вагинальный кандидоз: этиология, эпидемиология, патогенез / А.Ю. Сергеев, О.Л. Иванов, А.В. Караулов, В.Е. Маликов, Ю.В. Сергеев, Н.Е. Жарикова // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2001. – № 2. – С. 85–91.
Sergeev, A.Y., Ivanov, O.L., Karaulov, A.V., Malikov, V.E., Sergeev, Y.V., Zharikova, N.E. "Vaginal candidiasis: etiology, epidemiology, pathogenesis." Immunopathology, Allergology, Infectology, 2(2001): 85-91.
16. Сергеев, А.Ю. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев // Лабораторная диагностика, клиника и лечение. – М.: Триада. – 2000. – 471 с.

Sergeev, A.Y., Sergeev, Y.V.

Candidiasis. Nature of the infection, the mechanisms of aggression and defense. Laboratory Diagnosis, Clinic and Treatment. M.: Triada (2000): 471 p.

17. Сметник, В.П.

Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович // «МИА» Москва. – 2005. – 629 с. Smetnik, V.P., Tumilovich, L.G.

Non-immediate gynecology. "MIA" Moscow (2005): 629 p.

18. Сольський, С.Я.

Клінічний досвід застосування Мікосисту та Гропрінозину у хворих із хронічними вульвовагінітами / С.Я. Сольський, Л.С. Осипова, Т.В. Сольська // Мистецтво лікування. – 2005. – № 5. – С. 96–99.

Solsky, S.Y., Osipova, L.S., Solska, T.V.

"Clinical experience of Mikosyst and Hroprynozyn in patients with chronic vulvovaginitis." Art of Treatment, 5(2005): 96–99.

19. Татарчук, Т.Ф.

Эндокринная гинекология (клинические очерки) / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский // К. – 2003. – С. 303.

Tatarchuk, T.F., Solskiy, Y.P.

Endocrine Gynecology (clinical essays), K (2003): 303 p.

20. Centers for Diseases Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR (2002): 51 (No, RR-6).

21. Haefner, H.K.

"Current evaluation and management of vulvovaginitis." Clin. Obstet. Gynecol, 42(2) (1999): 184–195.

22. Mazneikova, V.

"Vaginal candidiasis – treatment protocols using miconazole and fluconazole: [article in Bulgarian]." Akush. Ginekol. (Sofia), 42(Suppl. 2) (2003): 30–34.

23. Sobel, J.D., Holmes, K.K. M.P.-A., Sparliming, P.F., Lemon, S.M., Stamm, W.E., Piot, P., Wasserheit, J.N., eds.

"Vulvovaginal Candidiasis." In: Sexually transmitted diseases. 3rd ed. NY. Me Graw-Hill (1999): 629–636.

24. Spitzbart, H., Thust, U.

"Problems of vaginal mycoses." Zentralbl Gynakol, 107(24) (1985): 1520–1524. □

ОПТИМИЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНИТА

Г.М. Бондаренко, д. мед. н., професор, зав. отдела инфекций, передаваемых половым путем, Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины

И.Н. Никитенко, к. мед. н., старший научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины

Ю.В. Щербакова, к. мед. н., научный сотрудник отдела инфекций, передаваемых половым путем, Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины

В статье описаны современные взгляды на проблему кандидозного вульвовагинита.

Проведено исследование по изучению эффективности лечения и профилактики кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста с помощью кетоконазола (препарат Ливарол).

Ливарол (400 мг) назначался 28 пациенткам для лечения вагинального кандидоза по 1 вагинальному суппозиторию в сутки на протяжении 10 дней (основная группа). Также Ливарол (400 мг) был назначен по 1 вагинальному суппозиторию в сутки в течение 10 дней 20 женщинам без проявлений кандидозного вульвовагинита на фоне проведения антибактериальной терапии инфекций, передающихся половым путем с целью профилактики развития кандидозной инфекции (группа сравнения).

В итоге исследование показало эффективность использования препарата Ливарол в виде вагинальных суппозитивов для лечения и профилактики вагинального кандидоза. Наличие в составе препарата высокоэффективного компонента – кетоконазола – и полиэтиленоксидной основы обусловило максимально широкое применение Ливарола как препарата выбора для женщин с вагинальным кандидозом.

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, *Candida albicans*, Ливарол.

ОПТИМИЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ

Г.М. Бондаренко, д. мед. н., професор, зав. відділом інфекцій, що передаються статевим шляхом, Інститут дерматології та венерології НАМН України

І.М. Нікітенко, к. мед. н., старший науковий співробітник відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, Інститут дерматології та венерології НАМН України

Ю.В. Щербакова, к. мед. н., науковий співробітник відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, Інститут дерматології та венерології НАМН України

У статті описані сучасні погляди на проблему кандидозного вульвовагініту.

Проведено дослідження по вивченню ефективності лікування та профілактики кандидозного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку за допомогою кетоконазолу (препарат Ліварол).

Ліварол (400 мг) призначався 28 жінкам для лікування вагінального кандидозу по 1 вагінальному супозиторию на добу протягом 10 днів (основна група). Також Ліварол (400 мг) призначався по 1 вагінальному супозиторию на добу протягом 10 днів 20 жінкам без проявів кандидозного вульвовагініту на тлі проведення антибактеріальної терапії інфекцій, що передаються статевим шляхом із метою профілактики розвитку кандидозної інфекції (група порівняння).

У результаті дослідження показало ефективність використання препарату Ліварол у вигляді вагінальних супозитивів для лікування і профілактики вагінального кандидозу. Наявність у складі препарату високоефективного компоненту – кетоконазол – і поліетиленоксидної основи зумовлює максимально широке застосування Ліваролу як препарату вибору у жінок із вагінальним кандидозом.

Ключові слова: кандидозний вульвовагініт, *Candida albicans*, Ліварол.

OPTIMIZATION OF THE THERAPY AND PREVENTION OF VULVOVAGINAL CANDIDIASIS

G.M. Bondarenko, MD, professor, head of the Sexually Transmitted Infections Department, the Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine

I.N. Nikitenko, PhD, senior researcher at the Sexually Transmitted Infections Department, the Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine

Y.V. Shcherbakova, PhD, researcher at the Sexually Transmitted Infections Department, the Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine

The article describes modern views on the problem of vulvovaginal candidiasis.

Study of the ketoconazole (Livarol) effectiveness in the treatment and prevention of vulvovaginal candidiasis in women of reproductive age was performed.

Vaginal suppository Livarol (400 mg) was administered 28 women once a day for 10 days for the treatment of vaginal candidiasis (study group). Also Vaginal suppository Livarol (400 mg) was administered once a day for 10 days for 20 women without vulvovaginal candidiasis on the background of antibiotic treatment of sexual transmitted infections to prevent the development of candidiasis infection (comparison group).

The effectiveness of the drug Livarol in the form of vaginal suppositories is demonstrated in treatment and prevention of vulvovaginal candidiasis. The presence of high-performance component of the drug – ketoconazole and polyethylene oxide bases determine the most widely use of Livarol by women with vulvovaginal candidiasis.

Keywords: vulvovaginal candidiasis, *Candida albicans*, Livarol.