

Лікування вульвовагінітів змішаної етіології у пацієнток із запальними захворюваннями шийки матки препаратом Вагіклін

Л.М. Левенець, Б.М. Бегош, В.В. Сопель

Тернопільська Комунальна міська лікарня № 2

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

Актуал. питання педіатрії, акушерства та гінекології : науково-практичний журнал. – 2013. – № 2. – С. 187–189.

Обстежено 50 пацієнток із захворюваннями шийки матки та вульвовагінітами змішаної етіології. Встановлено, що для лікування та попередження рецидивів запальних захворювань препаратом вибору може послужити Вагіклін (капсули вагінальні, що містять 100 мг клотримазолу та 100 мг кліндаміцину фосфату), який проявляє високу ефективність та безпечність. Під час вживання препарату відсутні небажані побічні реакції, він здатний у 96,7% випадків нормалізувати показники клініко-лабораторного обстеження та покращити стан у даного контингенту хворих.

Ключові слова: Вагіклін, вульвовагініт, бактеріальний вагіноз, запальні захворювання шийки матки.

За даними епідеміологічних досліджень у структурі запальних захворювань жіночої репродуктивної сфери найбільший відсоток становлять запальні процеси, етіологічним фактором яких виступають умовно-патогенні бактерії і гриби, що є складовою нормальної мікрофлори. Часто відсутність специфічної картини запалення та безсимптомний перебіг ускладнюють діагностику, що сприяє хронізації процесу та негативно впливає на репродуктивну функцію жінок. Індикатором стану здоров'я жінки є вагінальна мікрофлора, яка представляє собою динамічну систему, що реагує на всі зміни гормонального та імунологічного статусу. Інфікування піхви жінки аеробними та анаеробними мікроорганізмами призводить до розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів (вульвіт, кольпіт, цервіцит, ендометрит, сальпінгіт і пельвіоперитоніт). З наведених захворювань найчастіше діагностують бактеріальний вагіноз (від 5% до 25% пацієнток, що звертаються на прийом до гінеколога), який зумовлений 2–3 анаеробними збудниками хвороби і від 1 до 5 культур аеробів. Піхва в нормі колонізована численними бактеріями, переважно лактобацилами (*Lactobacillus sp.*), які, головним чином, підтримують рН піхви нижче 4. Бактеріальний вагіноз може розвиватися внаслідок зміни характеру доміантної флори піхви (дисбактеріозу) та, зазвичай, є полімікробним, найбільш частим мікроорганізмом, що виявляють при цьому ускладненні, є гарднерела (*Gardnerella vaginalis*). Бактеріальний вагіноз є однією з найбільш частих причин вагінітів (до 60% випадків). Фактори ризику включають низький соціально-економічний статус, використання внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК), наявність численних статевих партнерів і паління. Багато пацієнток не мають патологічних симптомів або відзначають наявність незначних вагінальних виділень. У разі симптомного захворювання хворі скаржаться на профузні рідкі виділення, що не спричиняють подразнення, але супроводжуються неприємним «рибним», аміним запахом. Основними скаргами хворих з бактеріальним вагінозом є рясні білі виділення, печіння в області промежини, вульви і піхви,

неприємні відчуття при статевих зносинах, печіння під час сечовипускання, що призводить до порушення працездатності і до зниження якості життя жінки.

Клінічне значення запальних захворювань піхви полягає не тільки в неприємних відчуттях пацієнток, але й у великому ризику висхідного інфікування жіночих статевих органів. Хронічні запальні захворювання піхви є етіологічним чинником розвитку ерозії та дисплазії шийки матки, тому ефективна терапія таких змішаних інфекцій може бути проведена тільки в разі використання препаратів з комплексною дією.

Мета дослідження: вивчення клінічної та лабораторної ефективності використання препарату Вагіклін (капсули вагінальні, що містять 100 мг клотримазолу та 100 мг кліндаміцину фосфату) для лікування вульвовагінітів змішаної етіології у хворих із запальними захворюваннями шийки матки, а також ефективності використання даного препарату для профілактики рецидивів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження було обстежено та проліковано 50 пацієнток з запальними захворюваннями шийки матки в поєднанні з вульвовагінітами різної етіології. Критеріями включення в досліджувану групу пацієнток була наявність підгострої або хронічної форми кольпіту, бактеріальний вагіноз, стан поза вагітністю і лактацією, відсутність вірусних уражень піхви і шийки матки, відсутність системної або місцевої терапії в останній місяць і відсутність важкої соматичної патології.

Діагноз бактеріального вагінозу, кольпіту та вульвовагініту встановлювали на підставі результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження. Перш за все, збирали анамнестичні дані про скарги пацієнток, особливості їхньої менструальної, статевої, дітородної функції, гінекологічні захворювання, операції, наявність супутньої патології. Соматичне та гінекологічне обстеження проводили за загальноприйнятими методиками і схемами. Всі отримані дані занесли в спеціальну розроблену реєстраційну карту. Всім пацієнткам проводилась кольпоскопія.

Мікробіологічне дослідження складалося з оцінювання результатів бактеріоскопічного і бактеріологічного методу. Матеріал піхвового, цервікального та уретрального вмісту паралельно засівали на поживні середовища стандартного набору і фіксували на склі з подальшим фарбуванням за Грамом і Романовським-Гімзою для дослідження клітинних елементів і визначення основних бактеріальних морфотипів. У випадках діагностики захворювань шийки матки у поєднанні зі збудниками специфічної етіології попередньо проводили специфічну комплексну протизапальну терапію.

Препарат Вагіклін призначали по 1 капсулі 1 раз на ніч протягом 7–14 днів залежно від клінічних проявів та резуль-

татів бактеріоскопічного і бактеріологічного методів обстеження.

Наявність у складі препарату кліндаміцину (що є антибіотиком групи лінкозамідів) і протигрибкового засобу широкого спектра дії з групи імідазолу–клотримазолу виключає можливість росту дріжджових грибів, нечутливих до кліндаміцину, під час лікування препаратом. Кліндаміцину фосфат є складним ефіром кліндаміцину або 7-(S)-хлоролінкоміцину, напівсинтетичним антибіотиком. Кліндаміцин пригнічує синтез білків бактерій шляхом впливу на рибосоми бактерій. Цей антибіотик зв'язується переважно з рибосомальною субодиноцею 50S і впливає на процес ініціації білкового ланцюга. Хоча кліндаміцину фосфат неактивний *in vitro*, *in vivo* він швидко зазнає гідролізу з утворенням кліндаміцину, який характеризується антибактеріальною активністю. Кліндаміцин активний щодо багатьох грампозитивних аеробів, а також грампозитивних і грамнегативних анаеробів. Він активний *in vitro* відносно мікроорганізмів, пов'язаних з бактеріальним вагінозом, включаючи *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus mulieris*, *Mobiluncus curtisii*, *Mycoplasma hominis* та анаероби (*Peptostreptococcus spp.*, *Bacteroides spp.*). Клотримазол – синтетичний антимікотичний і антирихоннадний засіб групи похідних імідазолу. Механізм дії полягає в гальмуванні синтезу ергостеролу, необхідного для побудови клітинної мембрани грибів, що призводить до порушення її проникності і наступного лізису клітини. Препарат спричиняє також підвищення проникності фосфоліпідної оболонки ліпосом, вакуолізацію цитоплазми, зниження кількості рибосом. Крім того, клотримазол пригнічує активність пероксидаз, що сприяє накопиченню в грибовій клітині перекису водню, який бере участь в її руйнуванні. Спектр дії клотримазолу включає дерматофіти, дріжджові гриби, грампозитивні (стафілококи, стрептококи) і грамнегативні бактерії (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*), а також *Trichomonas vaginalis*, *Malassezia furfur*, *Corynebacterium minutissimum*.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі обстежені пацієнтки були у віці 18–42 років. Серед обстежених переважали робітниця офісів, торгівлі і найчастіше – студентки.

Гінекологічний анамнез у 18 (19%) хворих був обтяжений медичними та мимовільними абортми, у 32 (81,0%) – запальними захворюваннями статевих органів. При опитуванні також з'ясувалося, що тільки 13 (26%) жінок звернулися за допомогою з приводу кольпіту вперше, а всі інші пацієнтки (74%) неодноразово лікувалися різними засобами.

Хворі скаржилися на білі виділення (82,4% випадків), свербіж і печіння в області зовнішніх статевих органів (31,2%) і в піхві (45,4%), неприємні відчуття під час і після статевого акту (27,6%), дизуричні явища (19,8%).

Під час макроскопічного оцінювання кількість піхвових виділень було оцінено як незначну у 14% обстежених, помірну – у 32% та значну – у 54% обстежених.

Характер вагінальних білей також був різним: переважали слизово-білі виділення у 12% хворих, сирнисті – у 24%, гнійні – у 36%, пінисті – у 28%. Найчастіше пацієнтки відзначали змішаний характер виділень, від водянистих, слизово-гнійних до рясних водянистих з домішкою сирнистих і пінистих – 74% випадків.

Аналіз даних бактеріоскопічного дослідження вагінальних мазків виявив у всіх пацієнток III і IV ступінь чистоти вагінальної флори. При III ступені в мазку визначалася невелика кількість паличок Додерлейна, багато лейкоцитів, помірна кількість епітелію, значна кількість кокової флори.

Реакція виділень була слабокислою. При IV ступені чистоти палички Додерлейна відсутні, визначалася велика кількість лейкоцитів і кокової флори. Реакція виділень в 92% випадків була лужна, в інших – нейтральна.

На тлі III і IV ступеня чистоти вагінальної флори в мазках були виділені такі збудники: *Trichomonas vaginalis* – у 8 (16%) хворих, ознаки бактеріального вагінозу (*Gardnerella vaginalis* і т.д.) – у 12 (24%), *Candida albicans* – у 5 (10%), *Gardnerella vaginalis* у поєднанні з *Candida albicans* та ін. (мікст-інфекція) – у 25 (50%).

Ефективність терапії оцінювали за динамікою скарг, результатами гінекологічного огляду, лабораторних досліджень піхвових виділень одразу після закінчення курсу лікування і контрольно через 1 міс.

Позитивними результатами лікувального курсу були відсутність скарг і об'єктивних симптомів запального процесу, відновлення мікробіоцинозу піхви: елімінація патогенної флори, поява лактобацил і збільшення їх концентрації, нормалізація рН піхвового вмісту, відсутність «ключових клітин» і лейкоцитозу при мікроскопічному дослідженні. Уже через 2–3 доби місцевої терапії наставало помітне зменшення виділень і ознак запалення. Після закінчення курсу лікування через 10 днів повне одужання спостерігалось у 30 (60%) жінок, значне поліпшення стану – у 20 (40%). У цілому, позитивні результати місцевого лікування отримані в 48 (85,7%) жінок через 10–12 днів, причому як у хворих з моноінфекцією, так і з мікст-інфекцією. Проведені через 1 міс контрольні дослідження свідчать, що стійкий позитивний результат терапії мала 41 (82,1%) жінка. Залишкові явища перенесеного запального інфекційного процесу у вигляді змін мікробіоцинозу піхви (низький ступінь насиченості лактобацилами, зміни рН піхвового вмісту) спостерігалися в 7 (12,5%) пацієнток. У 2 (5,4%) жінок відзначено рецидив захворювання, причому дані пацієнтки із самого початку мали змішану вагінальну інфекцію, і рецидив захворювання супроводжувався в них зміною складу асоціату (гриби з трихомонадами змінювалися поєднаннями грибів із бактеріями).

При інтравагінальному введенні капсул Вагіклін один раз на добу в дозі 100 мг кліндаміцину та 100 мг клотримазолу було відзначено позитивну динаміку лікування вже на 2–3-ю добу, а після проведеного курсу лікування нормалізувалися показники клініко-лабораторного обстеження та покращання стану хворих. Слід також зазначити, що при застосуванні препарату Вагіклін не тільки пригнічувалася патогенна флора, а й відновлювався нормальний мікробіоценоз піхви, відзначено більш швидкий репаративний місцевий ефект при запальних захворюваннях шийки матки.

ВИСНОВКИ

1. Отримані результати досліджень свідчать про високу ефективність, безпечність застосування, відсутність небажаних побічних реакцій, швидкий клінічний ефект.
2. Даний препарат може використовуватись як монотерапія або в складі комплексної терапії вульвовагінітів та запальних захворювань шийки матки, мікст-інфекцій.
3. Вагіклін вирішує проблему інфекційної резистентності та частих рецидивів, оскільки має комплексну антибактеріальну дію з широким спектром активності.

Перспективи подальших досліджень

Одержані результати дослідження є основою для подальшого вивчення та комплексного застосування препарату Вагіклін в гінекологічній та акушерській практиці, профілактиці висхідних інфекцій та збереженні репродуктивного здоров'я жінок.

Лечение вульвовагинитов смешанной этиологии у пациенток с воспалительными заболеваниями шейки матки препаратом Вагиклин**Л.М. Левенец, Б.М. Бегош, В.В. Сопель**

Обследовано 50 пациенток с заболеваниями шейки матки и вульвовагинитами смешанной этиологии. Установлено, что для лечения и предупреждения рецидивов воспалительных заболеваний препаратом выбора может послужить Вагиклин (капсулы вагинальные, содержащие 100 мг клотримазола и 100 мг клиндамицина фосфата), который проявляет высокую эффективность и безопасность. Во время использования препарата отсутствуют нежелательные побочные реакции, он способен в 96,7% случаев нормализовать показатели клинико-лабораторного обследования и улучшить состояние у данного контингента больных.

Ключевые слова: Вагиклин, вульвовагинит, бактериальный вагиноз, воспалительные заболевания шейки матки.

Treatment of vulvovaginitis of mixed etiology in patients with inflammatory diseases of the cervical preparation Vagiklin**L.M. Levenets, B.M. Begosh, V.V. Sopol**

The study involved 50 patients with diseases of the cervix and vulva-vaginitises mixed etiology. Investigated, for the treatment and prevention of relapse of inflammatory diseases, the drug of choice can serve as drug Vagiklin (vaginal capsules containing 100 mg clotrimazole and 100 mg of clindamycin phosphate), which shows high efficiency, safety, absence of undesirable side reactions can in 96.7% of cases normalize indicators of clinical laboratory testing and improvements in this group of patients.

Key words: Vagiklin, vulvovaginitis, bacterial vaginosis, inflammatory disease cervix.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в гинекологии /Под ред. В.А. Бенюка. – К.: Изд. дом «Здоровье Украины». – 2007. – С. 512.
2. Голота В.Я., Никонюк Т.Р., Бенюк В.А. Проблема бактериального вагиноза // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 4 (19). – С. 78–81.
3. Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н. Бактериальный вагиноз. Пособие для врачей. – М., 2001.
4. Плахова К.И. Бактериальный вагиноз: протокол ведения больных / Плахова К.И. // Венеролог. – 2007. – № 4. – С. 11–16.
5. Тихомирова А.Л., Олейник Ч.Г. Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М., 2005. – № 1. – С. 31–35.
6. Edwards L. The diagnosis and treatment of infectious vaginitis // Dermatol Ther. – 2004. – Vol. 17. – P. 101–112.