

УДК :618.146-002 + 618.15-002]-085

©Л.М. Левенець, Б.М. Бегош, В.В. Сопель, Б.О. Ониськів

ЛІКУВАННЯ ВУЛЬОВОАГІНІТІВ ЗМІШАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШИЙКИ МАТКИ ПРЕПАРАТОМ ВАГІКЛІН*Тернопільська Комунальна Міська Лікарня №2**ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»*

ЛІКУВАННЯ ВУЛЬОВОАГІНІТІВ ЗМІШАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШИЙКИ МАТКИ ПРЕПАРАТОМ ВАГІКЛІН. Обстежено 50 пацієнток із захворюваннями шийки матки та вульво-вагінітами змішаної етіології. Досліджено, що для лікування та попередження рецидивів запальних захворювань, препаратом вибору може послужити препарат Вагіклін (капсули вагінальні, що містять 100мг клотримазолу та 100мг кліндаміцину фосфату), який проявляє високу ефективність, безпечність, відсутність небажаних побічних реакцій, здатний в 96,7 % випадків нормалізувати показники клініко-лабораторного обстеження та покращення стану у даного контингенту хворих.

ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬОВОАГИНИТОВ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРЕПАРАТОМ. Обследовано 50 пациенток с заболеваниями шейки матки и вульво-вагинитами смешанной этиологии. Доказано, что для лечения и предупреждения рецидивов воспалительных заболеваний, препаратом выбора может послужить препарат Вагиклин (капсулы вагинальные, содержащие 100мг клотримазола и 100мг клиндамицина фосфата), который проявляет высокую эффективность, безопасность, отсутствие нежелательных побочных реакций, способен в 96,7 % случаев нормализовать показатели клинико-лабораторного обследования и улучшения состояния у данного контингента больных.

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.

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

Ключевые слова: Вагиклин, вульвовагинит, бактериальный вагиноз, воспалительные болезни.

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

ВСТУП. За даними епідеміологічних досліджень в структурі запальних захворювань жіночої репродуктивної сфери найбільший відсоток становлять запальні процеси, етіологічним фактором яких виступають умовно патогенні бактерії і гриби, що є складовою частиною 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 статусів. Інфікування піхви жінки аеробними та анаеробними мікроорганізмами призводить до розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів (вульвіт, кольпіт, цервіцит, ендометрит, сальпінгіт і пельвіоперитоніт). З перерахованих захворювань найчастіше зустрічається бактеріальний вагіноз (від 5 до 25 % пацієнток, що звертаються на прийом до гінеколога), який обумовлений 2–3-ма анаеробними збудниками хвороби і від 1-ї до 5-ти 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 домінантної флори піхви (дисбактеріозу) та зазвичай є полімікробним, найбільш частим мікроорганізмом, що виявляється 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 при сечовипусканні, що приводить до порушення працездатності і зниження якості життя жінки.

Клінічне значення запальних захворювань піхви полягають 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 при використанні препаратів з комплексною дією.

Метою дослідження було вивчення клінічної та лабораторної ефективності використання препарату Вагіклін (капсули вагінальні, що містять 100 мг клотримазолу та 100 мг кліндаміцину фосфату) для лікуван-

ня вульвовагінітів змішаної етіології у хворих з запальними захворюваннями шийки матки, а також ефективності використання даного препарату для профілактики рецидивів.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. В 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 «бактеріальний вагіноз», кольпіт та вульвовагініт встановлювали на підставі результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження. Перш за все, збирались анамнестичні дані про скарги пацієнток, особливості їх менструальної, статевої, дітородної функції, гінекологічні захворювання, операції, наявність супутньої патології. Соматичне та гінекологічне обстеження проводилось за загальноприйнятими методиками і схемами. Всі отримані дані заносились в спеціально розроблену реєстраційну карту. Всім пацієнткам проводилась кольпоскопія.

Мікробіологічне дослідження складалося з оцінки 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 по Граму і Романовським-Гімза для дослідження клітинних елементів і визначення основних бактеріальних морфотипів. У випадках діагностики захворювань шийки матки у поєднанні зі збудниками специфічної етіології попередньо проводилась специфічна комплексна протизапальна терапія.

Препарат Вагіклін призначався по 1 свічці 1 раз на ніч 7-14 днів в залежності від клінічних проявів та результатів 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. Кліндаміцин 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 грам позитивних аеробів, а також грам позитивних і грам негативних анаеробів. Він активний *in vitro* відносно мікро організмів, пов'язаних з бактеріальним вагінозом, включаючи *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus mulieris*, *Mobiluncus curtisii*, *Mycoplasma hominis* та анаероби (*Peptostreptococcus spp.*, *Bacteroides spp.*). Клотримазол – синтетичний антиміко-

тичний і антитрихомонадний 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 пер оксидаз, що сприяє накопиченню в грибовій клітині перекису водню, який бере участь в її руйнуванні. Спектр дії клотримазолу включає дерматофіти, дріжджові гриби, грам позитивні (стафілококи, стрептококи) і грам негативні бактерії (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*), а також *Trichomonas vaginalis*, *Malassezia furfur*, *Corynebacterium minutissimum*.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Всі обстежені пацієнтки були у віці 18–42 років. Серед обстежених переважали робітниці офісів, торговлі і найчастіше – студентки.

Гінекологічний анамнез у 18 (19 %) хворих був обтяжений медичними та мимовільними абортами, 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 паління 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 макроскопічної оцінки кількість піхвових виділень було оцінено як незначний у 14 % обстежених, помірне – у 32 % та значне – 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 визначалися невелика кількість паличок Додерлейна, багато лейкоцитів, помірна кількість епітелію, значна кількість кокової флори.

Реакція виділень була слабокислою. При IV ступені чистоти палички Додерлейна відсутні, визначалося 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 оцінювалася за динамікою скарг, результатами гінекологічного огляду, лабораторних досліджень піхвових виділень одразу після закінчення курсу лікування і контролю через 1 місяць.

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. Вже 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 %). В 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 місяць контрольні дослідження показали, що стійкий позитивний результат терапії мали 41 (82,1 %) жінок. 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 відмічено 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 поєднанням грибів із бактеріями).

ЛІТЕРАТУРА

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. – С.
4. Плахова К.И. Бактериальный вагиноз: протокол веден-

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

ВИСНОВКИ: 1. Отримані результати досліджень показали 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 збереження репродуктивного здоров'я жінок.

ния больных / Плахова К.И. // Венеролог. – 2007. – №4. – С. 11–16.

5. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы /

6. Тихомирова А.Л., Олейник Ч.Г. Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М. – 2005. – №1. – С. 31–35.

7. Edwards L. The diagnosis and treatment of infectious vaginitis // Dermatol Ther. – 2004. – Vol. 17. – P. 101–112.

Отримано 11.03.2013