

# ФАРМАЦЕВТ

ПРАКТИК

06 [192] 2020  
ISSN 2409-2584

... ТА ПРО ПОГОДУ:  
СОНЯЧНО,  
НЕБЕЗПЕЧНО! **16**



Вакцинація «генами»  
\_\_\_\_\_ **8**

Екологія і  
фітопрофілактика  
\_\_\_\_\_ **12**

Синдром сухого  
ока: діагностика  
та лікування  
\_\_\_\_\_ **22**

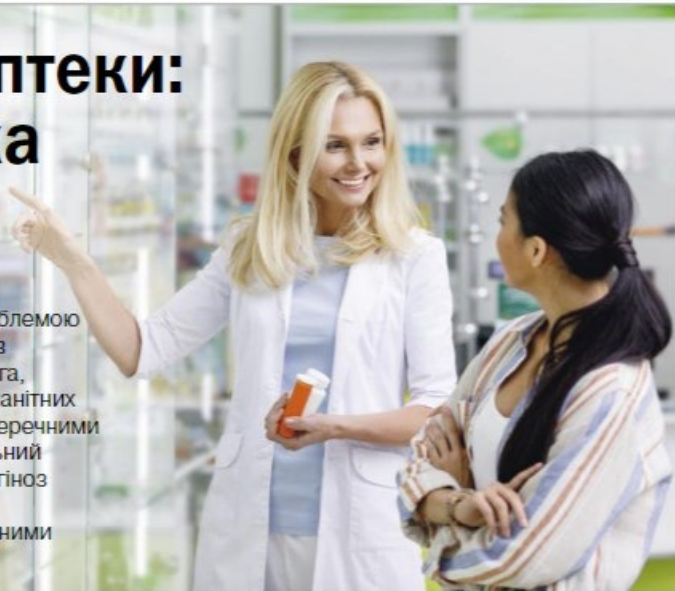
Осознанный выбор  
\_\_\_\_\_ **38**

Астрологічний  
прогноз  
\_\_\_\_\_ **40**

[WWW.FP.COM.UA](http://WWW.FP.COM.UA)

# Територія аптеки: відвідувачка з вагінітом

Вагініти є широко поширеною проблемою і одним з найбільш частих приводів звернення як до акушера-гінеколога, так і до фармацевта. Серед різноманітних варіантів вагінальної інфекції безперечними лідерами вважають вульвовагінальний кандидоз (ВВК) і бактеріальний вагіноз (БВ), які виявляють відповідно у 17–39 і 22–50% жінок із патологічними вагінальними виділеннями [1, 2]



## ЗБУДНИКИ ПОШИРЕНИХ ВАГІНІТІВ

Збудником ВВК є *Candida albicans* (близько 80–90% випадків) [2]. У 24–45% випадків діагностують ВВК у поєднанні з БВ — захворюванням, при якому в екосистемі піхви переважають не лактобацили, а асоціації гарднерел, мікоплазм та представників роду анаеробних бактерій *Mobilincus* [3].

Поєднання ВВК і БВ потребує одночасного лікування обох інфекцій. Але навіть за відсутності клінічних та лабораторних ознак ВВК лікування БВ антибіотиками може призвести до розвитку симптомів кандидозу у разі попередньої колонізації піхви грибами [2].

## Пам'ятка провізору

До симптомів вагініту належать: зміна кольору, запаху і кількості вагінальних виділень; свербіж або печіння у піхві; дискомфорт або біль під час статевого контакту; дискомфорт при сечовипусканні тощо.

Диференціальна діагностика вагінітів є непростим завданням, але за особливостями вагінальних виділень можна припустити тип вагініту: при БВ виділення мають сірувато-білий колір і неприємний рибний запах, особливо виражений після статевого контакту, тоді як при ВВК виділення густі, білі, «сирні», а основним супутнім симптомом є свербіж.

## ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БВ

Існують два основних шляхи лікування БВ. Перший передбачає застосування метронідазолу або його похідних з групи 5-нітроїмідазолів (орнідазол). Завжди метронідазол призначають у дозі 500 мг двічі на добу протягом 7 днів або у формі 0,75% гелю 5 г інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів. Кліндамицин застосовують у формі крему інтравагінально протягом 7 днів. Як альтернативу можна призначити кліндамицин перорально в дозі 300 мг двічі на добу протягом 7 днів або у формі супозиторіїв один раз увечері 3 доби поспіль. Безперечно, найбільш прийнятною для жінок є найкоротша схема лікування, яка передбачає 3-денний курс кліндамицину у формі супозиторіїв.

При застосуванні кліндамицину у формі вагінального крему тривалість лікування становить 3–7 днів. Перорально 5-нітроїмідазол або кліндамицин рекомендують призначити тільки у разі неефективності інтравагінальної терапії.

Отже, незважаючи на порівняну ефективність метронідазолу та кліндамицину, останній має очевидні переваги в лікуванні рецидивного БВ завдяки ширшому спектру дії на мікроорганізми. Ефективність 3-денного курсу вагінальних таблеток кліндамицину порівняна з такою інших курсів терапії, але короткочасність лікування забезпечує більшу прийнятність для жінок [2].

## Пам'ятка провізору

Слід пам'ятати про ризики погіршення неврологічного статусу пацієнток з тяжкими, хронічними або гострими неврологічними захворюваннями при застосуванні метронідазолу. Під час лікування метронідазолом не слід вживати алкоголь (можливе виникнення тахікардії, нудоти, блювання, відчуття жару, спастичного болю в епігастральній ділянці, головного болю).

Застосування кліндамицину може призвести до посиленого росту нечутливих мікроорганізмів, зокрема дріжджів. Рекомендовано з обережністю призначати кліндамицин у формі вагінальних супозиторіїв жінкам із запальними захворюваннями кишечника, зокрема, із хворобою Крона або неспецифічним виразковим колітом. Застосування кліндамицину, як і інших антибактеріальних засобів, може спричинити діарею, а в деяких випадках — псевдомембранозний коліт, який може бути як помірним, так і зарозумлим для життя.

## ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВВК

Терапія ВВК є досить важким завданням: вона залежить від клінічної форми захворювання й стану організму та має суттєві відмінності щодо способу введення лікарських речовин, дози і тривалості лікування. Основ-

ною метою терапії є перш за все ерадикація збудника інфекції за умови відсутності негативного впливу препаратів на організм жінки [4].

З метою лікування ВВК використовують протигрибкові препарати для місцевого або системного застосування, зокрема, антимікотики полієнового ряду (натаміцин, ністатин, амфотерицин В); імідазолового ряду (клотримазол, кетоконазол, сертаконазол, еконазол, омаконазол, міконазол, біфоназол, гінезол тощо); триазолового ряду (флуконазол, ітраконазол); інші препарати (хлорнітрофенол, препарати йоду тощо) [5].

## Пам'ятка провізору

Натаміцин у формі пеларіїв можна застосовувати у період вагітності або годування груддю, оскільки він не всмоктується через шкіру або слизову оболонку. Кетоконазол у формі супозиторіїв не застосовують у I триместрі вагітності. У II–III триместрі та у період годування груддю препарат призначають лише тоді, коли очікувана користь для жінки перевищує потенційний ризик для плода або дитини. Міконазол у формі крему не застосовують при захворюваннях шкіри, що спричинені вірусами герпесу.

Під час лікування клотримазолом (таблетки вагінальні) слід припинити годування груддю. Флуконазол у формі капсул не застосовують у період вагітності та годування груддю.



## МІСЦЕВО АБО СИСТЕМО?

Основним принципом терапії гострого (неускладненого) ВВК є застосування препаратів місцевої дії.

При повторному епізоді ВВК лікування проводять у пролонгованому режимі або посилюють одноразовим застосуванням системного антимікотика. Лікування неускладненого захворювання дає позитивний результат у 90% випадків навіть за призначення одноразової дози пероральних або короткого курсу місцевих антимікотиків [4].

Перевагами місцевих засобів є створення високих концентрацій діючої речовини



безпосередньо в осередку ураження. При цьому значно зменшується ймовірність формування резистентності, а відсутність системного ефекту знижує ризик розвитку побічних ефектів. Крім того, препарати місцевої дії швидше спричиняють клінічний ефект, що є додатковою перевагою при виражених клінічних симптомах захворювання.

Крім того, перевагою системних антимікотиків є їхній розподіл у різних органах і тканинах, що дозволяє впливати на збудник незалежно від його локалізації в організмі без пошкодження слизової під час місцевого лікування. Важливою перевагою системних антимікотиків порівняно з місцевими інтравагінальними формами є зручність використання [3]. Щодо віддалених наслідків проведення системної терапії, то вони пов'язані з більш низькою частотою рецидивів [2].

## Пам'ятка провізору

Комбіновані препарати метронідазолу та міконазолу у формі вагінальних супозиторіїв не сумісні з алкоголем протягом курсу терапії та впродовж 2 днів після його завершення через можливість виникнення реакції з боку центральної нервової системи. Також їх не застосовують у I триместрі вагітності, а годування груддю слід припинити (можна відновити через 1–2 доби після закінчення лікування).

## ЛІКУВАННЯ БВ ТА ВВК

З огляду на складність виявлення причини БВ та прогнозу перебігу ВВК, оптимальним режимом терапії може стати призначення кліндамицину (що перекриває широкий спектр некультуризованих анаеробів) у вигляді місцевої терапії та флуконазолу як засобу для профілактики і лікування ВВК. Найбільш

прийнятним варіантом можна вважати триденний курс кліндамицину з одноразовим прийомом флуконазолу [2].

Для лікування неспецифічних вагінітів та БВ, особливо хронічних і часто рецидивуючих форм, доцільно використовувати комбіновані місцеві засоби. Зокрема, результати клінічного дослідження свідчать про ефективність комбінованого препарату метронідазолу та міконазолу нітрату порівняно зі стандартними схемами терапії [6].

Також для лікування вагінітів різного походження застосовують препарати у формі капсул, що містять суміш лактобактерій та молочнокислого стрептокока, які відіграють важливу роль у збереженні та нормалізації мікробного балансу слизової оболонки піхви, запобігають розвитку патогенної та умовно-патогенної мікрофлори та сприяють самоочищенню піхви від умовно-патогенної флори.

Підготувала **Олександра Демецька**, канд. біол. наук

## Література

1. Мгерян А.Н. Вульвовагінальний кандидоз: ефективність терапії клотримазолом. Ефективна фармакотерапія. 2019;15 (26): 36–41.
2. Кузнецова И.В. Бактеріальний вагіноз і вульвовагінальний кандидоз: оптимальні схеми лікування більшості з суміжними інфекціями. Російський вестник акушера-гінеколога. 2013;13 (3):42–46.
3. Пріпелская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагінальний кандидоз – современные пути решения проблемы. Трудный пациент. 2006;12.
4. Сергеев М.Ю. Современные стандарты терапии вульвовагінального кандидоза. Здоровье женщины. 2015;6 (102).
5. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлова С.Н. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. – М., 2000. – 189 с.
6. Голышевский О.В., Мехедко В.В., Будченко М.А. Сучасні підходи до лікування бактеріального вагінозу та змішаних неспецифічних вагінітів. Health of women. 2017;8 (124):89–95.