

УДК 618.15+618.164]-002.828:615.282

ПИМАФУЦИН В ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*В.П. Феготов, Е.Ф. Тулякова, В.В. Горбунцов, А.А. Мамон, В.А. Джигриль,
А.А. Пилипенко, И.Г. Коршун*

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: вагинальный кандидоз, микологическое исследование, пимафуцин.

Как известно, наиболее частым этиологическим фактором поражения мочеполовых органов среди различных видов инфекции являются грибы рода *Candida*. По данным большинства авторов, урогенитальный кандидоз (УГК) составляет от 48 до 55% заболеваний в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий.

Возникновение УГК обусловлено заболеваниями желудочно-кишечного тракта, анемией, патологией эндокринной и нервной систем, соматическими заболеваниями, а также отрицательным влиянием экологических факторов окружающей среды, широким использованием химических средств, нерациональным применением различных медикаментов и других средств, влияющих на состояние иммунитета. За последнее десятилетие отмечено повсеместное увеличение количества больных вагинальным кандидозом (ВК), который представляет большую опасность как для здоровья женщины, так для плода и новорожденного [6].

Во всех экономически развитых странах мира урогенитальный кандидоз рассматривают как болезнь современной цивилизации [4]. Кандидозный вульвовагинит регистрируют хотя бы один раз в жизни почти у 75% женщин, причем у каждой третьей женщины вульвовагинит рецидивирует [1].

Дрожжеподобные грибы являются комменсалами, формирующими нормальную аутофлору, сапрофитирующими на кожном покрове и слизистых у 15—40% здоровых людей [7], а у 80% — на фоне какой-либо патологии [4].

Значительно расширяется спектр осложнений УГК в популяции женщин фертильного возраста: самопроизвольный выкидыш, преждевременное отхождение околоплодных вод и родоразрешение, хориоамниотит, антенатальное и интранатальное инфицирование плода [10], контаминация организма новорожденного [5]. В послеродовом периоде у них нередко регистрируется уретрит, цистит, аднексит, метроэндометрит, перитонит, сепсис [9].

Субъективно постоянные симптомы [5]:

- приступообразный зуд, усиливающийся в ночное время, после водных процедур и полового акта;
- чувство жжения, выраженное чаще при экссудативных формах.

Для постановки диагноза урогенитального кандидоза необходимы, наряду с обнаружением грибов рода *Candida* в исследуемом материале, учет количества

клеток кандиды в биоматериале, способность к спорообразованию и почкованию [6].

Лекарственное средство для лечения грибковых заболеваний должно обладать как можно более широким спектром активности против грибов и быть высокоспецифичным веществом, токсичным только по отношению к грибам, которое при этом не поражает тканей хозяина. Оно должно быть метаболически инертным в организме человека, сохранять собственную стабильность и не оказывать влияние на метаболизующие системы человека [3].

Важно помнить, что источником высоковирулентных штаммов грибов, вызывающих поражение слизистых оболочек половых органов, является кишечник. Системно действующие противогрибковые средства обычно всасываются в верхних отделах кишечника. В нужных концентрациях они не выделяются или выделяются очень кратковременно в просвет подвздошной кишки, в которой находится основная масса грибов при кишечном кандидозе. Для его устранения необходимо провести адекватный курс лечения невсасывающимися противогрибковыми средствами в течение 6—10 дней. Таким препаратом является пимафуцин [2]. Таблетки для приема внутрь покрыты оболочкой, растворяющейся в кишечнике, что позволяет лекарству оказывать действие в кишечнике [1].

Пимафуцин (натамицин) — противогрибковый полиеновый антибиотик, имеющий широкий спектр действия. Он оказывает фунгицидное действие и активен в отношении дрожжевых, дрожжеподобных грибов, дерматомицетов, некоторых плесневых грибов, а также трихомонад, что очень важно при грибковых заболеваниях, вызванных смешанной флорой. Пимафуцин связывает стеролы клеточных мембран грибов, нарушая их целостность и функции, что приводит к гибели микроорганизмов. В клиническом применении не наблюдалось развитие резистентности грибов. Предназначен для местной терапии. Не всасывается из желудочно-кишечного тракта, со слизистых, кожи; не токсичен, не оказывает алергизирующего действия [6, 8].

Мы провели исследование, целью которого является повышение эффективности терапии вагинального кандидоза. Одним из условий включения в исследование служило отсутствие сопутствующих ИППП, а также выраженной соматической патологии: при изучении цитологических показателей крови и биохимических параметров (в том числе печеночных ферментов и уровня креатинина) и общего анализа мочи кли-

нически значимых отклонений не было выявлено.

Под наблюдением находилось 76 женщин, страдающих ВК (диагноз подтвержден микологическим исследованием). Из них 30 лечили общепринятыми методами, а 46 наряду с традиционной терапией получали пимафуцин в виде:

- вагинальных свечей (каждая содержит 0,1 г натамицина), по 1 свече на ночь интравагинально в течение 6—9 дней;
- крема 2-процентного, содержащего в одном грамме 0,02 г натамицина, для обработки наружных половых органов;
- кишечнорастворимых таблеток (каждая содержит 100 мг натамицина), по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Контрольное микологическое исследование проводилось каждые 5 дней в процессе терапии и через 30 дней после завершения курса лечения.

После проведенного лечения традиционными методами:

- эффекта не наблюдалось у 10 больных;

- улучшение — у 9;

- полностью исчезли клинические проявления — у 6;
- микологическое излечение — у 5 больных.

При лечении традиционным методом в сочетании с применением пимафуцина:

- эффекта не было у 3 больных;
- улучшение наблюдалось у 13;
- полностью исчезли клинические проявления — у 11;
- микологическое излечение — у 19 пациенток.

В процессе лечения отмечалась хорошая переносимость препарата пимафуцин, не было рецидивов. При применении пимафуцина в виде вагинальных свечей у одной пациентки отмечен побочный местный эффект в виде ощущения жжения (вероятно, по причине повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата).

Таким образом, по нашему мнению, можно сделать вывод о возможности широкого применения пимафуцина в клинической практике, так как этот препарат сочетает эффективность и высокий уровень безопасности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зимица Т.В. Принципы лечения микозов кожи, ее придатков и слизистых оболочек // Дерматовенерология та венерология.— 2001.— №4 (14).
2. Златкина А.Р. Исаков В.А., Иваников И.О. Кандидоз кишечника как новая проблема гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2001.— №6.— С. 33—38.
3. Ивлева А.Я., Поплавко Р. М., Лешкова Р. М., Гришкова Е.А. Медофлокон (флюконазол) — последнее достижение в лечении микозов // Вестн. дерматол. и венерол.— 1997.— №3.— С. 63—66.
4. Куцинский М.Г., Мельникова С.К. Урогенитальный кандидоз (этиология и эпидемиология, особенности патогенеза и клинического течения, современные методы диагностики и терапии)-I // Дерматология. Косметология. Сексопатология.— 2001.— №2—3(4).— С. 11—16.
5. Куцинский М.Г. Урогенитальный кандидоз (этиология

и эпидемиология, особенности патогенеза и клинического течения, современные методы диагностики и терапии)-II // Дерматология. Косметология. Сексопатология.— 2002.— №1—2(5).— С. 29—33.

6. Мамчур В.И., Федотов В.П., Мамчур Л.А., Дюгон А.Д. Этиотропная терапия микозов (противогрибковые средства).— Днепропетровск, 2000.— 163 с.

7. Пристли Д.Ф., Джонс В.М., Драг Д., Гудван Л. Что такое нормальная влагалищная микрофлора? // ЗППП.— 1997.— №4.— С. 12—18.

8. Степанова Ж. Лечение различных форм кандидоза пимафуцином // Врач.— 1997.— №7.— С.23—24.

9. Суколин Г.И. Кандидоз гениталий: болезнь, передаваемая половым путем? // Вестн. дерматол. и венерол.— 1997.— №3.— С. 39—41.

10. Coccroove V.F., Reeves K., Mullins D. Congenital cutaneous candidiasis associated with respiratory distress and elevation of liver function test : a case report and review of the literature // J. Am. Acad. Dermatol.— 1997.— Vol.37, N 5 (Pt.2).— P. 817—823.

ПИМАФУЦИН У ТЕРАПІЇ ВАГНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ

В.П. Федотов, Е.Ф. Тулякова, В.В. Горбунцов, А.А. Мамон, В.А. Джибриль, А.А. Пилипенко, І.Г. Коршун

Наведено дані комплексного лікування у поєднанні із застосуванням пимафуцину хворих на вагінальний кандидоз. Результати дослідження засвідчили можливість використання пимафуцину в клінічній практиці.

PIMAFUCIN IN THE VAGINAL CANDIDIASIS THERAPY

V.P. Fedotov, E.F. Tulyakova, V.V. Gorbuntcov, A.A. Mamon, W.A. Jebreel, A.A. Pilipenko, I.G. Korshun

Data on patients with vaginal candidiasis complex treatment in combination with pimafulcin using presented in the article. Results of this research revealed the possibility of the using in clinical practice pimafulcin.