

Рациональная терапия кандидозного вульвовагинита

А.Л.Тихомиров^{1✉}, С.И.Сарсания², В.В.Казенашев¹

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, Российская Федерация

²ООО «АНВ» Клиника Aeterna, Москва, Российская Федерация

✉ Делегатская ул., 20, стр. 1, МГМСУ, Москва, Россия, 127473. tikhomiroval@yandex.ru

Резюме

Рассмотрен рациональный подход к лечению кандидозного вульвовагинита, как частой причины снижения качества жизни женщин, продолжительного рецидивирующего течения заболевания и последствий лечения в виде развития бактериального вагиноза. В настоящее время приоритетным считается топическое лечение азолами в связи с их непосредственным действием в очаге инфекции и высокой скоростью купирования симптоматики. Для полноценного выполнения курса надежного лечения важен комплаенс – 1 суппозиторий вагинальный на курс стандартной терапии с одновременным использованием перорального пробиотика.

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, бактериальный вагиноз, патологические выделения из влагалища, *Candida albicans*, *C. non-albicans*, сертаконазол; фунгистатический, фунгицидный эффекты, ингибирование диморфной трансформации кандид; пробиотические лактобактерии *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14.

Для цитирования: Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Казенашев В.В. Рациональная терапия кандидозного вульвовагинита. Трудный пациент. 2021; 19 (3): 29–34. doi: 10.224412/2074-1005-2021-3-29-34

Rational Therapy of Vulvovaginal Candidiasis

Alexander L. Tikhomirov^{1✉}, Svetlana I. Sarsania², Viktor V. Kazenashev¹

¹A.I.Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation

²ООО “АНВ” Aeterna Clinic, Moscow, Russian Federation

✉ 20/1 Delegatskaya st., A.I.Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, 127473 Russian Federation. tikhomiroval@yandex.ru

Abstract

The article considers a rational approach to the treatment of vulvovaginal candidiasis as a common cause of a decrease in the quality of life of women, the prolonged recurrent course of the disease, as well as the consequences of treatment in the form of bacterial vaginosis' development. Currently, topical treatment with azoles is prioritized due to their direct action at the site of the infection and the high rate of symptoms' relief. Compliance is important for the full course of treatment – 1 vaginal suppository per course of standard therapy with the simultaneous use of an oral probiotic.

Keywords: vulvovaginal candidiasis; bacterial vaginosis; abnormal vaginal discharge; *Candida albicans*, *C. non-albicans*, sertaconazole; fungistatic, fungicidal effects, inhibition of dimorphic transformation of candida; probiotic lactobacilli *L. rhamnosus* GR-1 and *L. reuteri* RC-14.

For citation: Tikhomirov A.L., Sarsania S.I., Kazenashev V.V. Rational therapy of vulvovaginal candidiasis. Trudnyj Patient = Difficult Patient. 2021; 19 (3): 29–34. doi: 10.224412/2074-1005-2021-3-29-34

Стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья относит кандидозный вульвовагинит (КВВ) к числу важных проблем, влияющих на репродуктивное здоровье женщин. Это связано с тем, что КВВ приводит к росту частоты осложнений беременности (риска ante- или интранатального инфицирования плода, внутриутробной гибели или преждевременных родов, кандидозного эндометрита после родов), осложнениям у новорожденных – локализованная инфекция (конъюнктивит, омфалит, поражение ротовой полости, гортани, легких, кожи) и диссеминированное поражение [1, 2].

Причины развития КВВ остаются до настоящего времени дискуссионными: из кишечника, при контакте с экзогенными источниками инфекции, через бытовые предметы, заражение половым путем, дисметаболические расстройства, дисфункция иммунной системы, снижение резистентности организма хозяина, генетическая предрасположенность, антибиотикотерапия. Все это приводит к тому, что КВВ – одна из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу и венерологу [3].

В структуре возбудителей КВВ преобладает *Candida albicans*, что во многом обусловлено их наибольшей способностью адгезии к эпителиоцитам влагалища – первому этапу развития заболевания, определяющему уровень колонизации грибов. При этом у *C. non-albicans* (*C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*) – выше возможности инвазии кандидозных гиф в эпителий, что определяет уровень их вирулентности и развития осложненных форм КВВ [4].

В настоящее время для лечения кандидоза вульвы и вагины используется 18 международных непатентованных наименований (МНН) с 41 торговым наименованием. Местное лечение азолами считается приоритетным в связи с их непосредственным действием в очаге инфекции и высокой скоростью купирования симптоматики.

Вариантом надежной локальной комплаентной монотерапии кандидозных вульвовагинитов является сертаконазол. Его уникальная химическая формула (присоединение бензотиафена к азоловому кольцу имидазола) обеспечивает не только фунгистатический эффект, присущий многим современным антимикотикам, но и фунгицидное действие за

счет образования воронок, каналов и пор в грибковых клетках, приводящих к массивной утечке цитоплазмы и к их гибели. Кроме этого, сертаконазол ингибирует диморфную трансформацию кандид (переход бластоспор в псевдомицелий), что также имеет ключевое значение в эффективном лечении КВВ [5]. Дело в том, что для развития вагинальной грибковой инфекции необходима способность *C. albicans* к диморфному переходу от круглой яйцеобразной типичной дрожжевой клетки к гифальному мицелиальному растущему организму. Дрожжевые формы *C. albicans* можно обнаружить в кишечнике и влагалище более чем у 50% здоровых бессимптомных субъектов. Эти комменсальные клетки неагрессивно воспринимаются хозяином и могут находиться в небольшом количестве во влагалище. То есть, штаммы *C. albicans*, которые не обладают способностью к диморфному переходу, как правило, не патогенны. Наоборот, гифальная форма обнаруживается в патологических образцах, включая ткани женщин с КВВ, в том числе с рецидивами. Способность *C. albicans* развивать гифы обуславливает развитие вагинальной инфекции, поскольку гифы опосредуют имплантацию кандид в слизистую оболочку вплоть до субэпителиального слоя: гифы образуют прочный слой биопленки, который сильно адгезируется к эпителиоцитам внешнего слоя слизистой оболочки влагалища, а затем проникают вглубь [6].

Тот факт, что сертаконазол (Залаин) ингибирует диморфную трансформацию (переход бластоспор в псевдомицелий) очень важен в надежном лечении КВВ. Значительную роль также играет уникальная противовоспалительная активность препарата (противоэритематозное, противоотечное действие за счет ингибирования активности 5-циклооксигеназы, липооксигеназы и, наоборот, повышения универсального эндотелиального релаксирующего фактора), уменьшающая индурацию и отек на 40% [7]. При этом у препарата отсутствует системная абсорбция, поэтому применение препарата Залаин во время беременности и в период лактации возможно в том случае, если потенциальная польза для матери превосходит возможный риск для плода или ребенка [5].

Фармакокинетика препарата определяет комплаенс – 1 суппозиторий на курс стандартной терапии. Сертаконазол легко проникает в эпителиальные клетки слизистой оболочки влагалища, благодаря высокой липофильности и длительно сохраняется там (у 100% женщин определяется в вагинальном секрете через 3 сут после введения суппозиторий во влагалище, через 4 сут – у 76,9%, через 7 сут – у 50–70%, через 9 сут – 25% женщин) [8]. Если клинические симптомы сохраняются, возможно повторное введение суппозитория через 7 дней [5].

С другой стороны, для профилактики рецидивов КВВ рекомендовано использование крема, содержащего сертаконазол: 1 суппозиторий во влагалище на курс + крем на область половых губ и прилегающих участков, а при баланите у партнера – он использует крем дважды в день, нанося на пораженные участки с захватом 1 см здоровой кожи. Жеенщиной крем параллельно с суппозиторием сертаконазола используется не только для быстрого снижения проявления симптомов жжения и зуда вульвовагинальной области, но и для предотвращения присоединения дерматофитов, развития реального грибкового вульвита, который может сопровождаться при длительном течении изменением цвета кожи, лихенизацией, расчесами и

изъявлениями в области вульвы. Кроме этого ассоциированное грибковое поражение вульвы или полового члена партнера может являться причиной реинфицирования слизистой влагалища кандидами [9, 10]. Для интимной гигиены пациентка может использовать Залагель на основе масла чайного дерева – *Melaleuca alternifolia* 0,6%, обладающий универсальной активностью против азол-чувствительных и устойчивых штаммов. Свойства *Melaleuca alternifolia* подтверждены более, чем в 40 клинических исследованиях: противогрибковое – на *Candida albicans*, антибактериальное – на *Gardnerella vaginalis*, антипротозойное – на *Trichomonas vaginalis*, противовирусное – на *Herpes simplex* и в целом – противовоспалительное (топическое) и противозудное действие. Их обуславливает основной компонент масла чайного дерева – терпинен-4-ол. Другой важный ингредиент – 1,8-цинеон (эвкалиптол) обладает дезодорирующим эффектом [11, 12].

Антибактериальная активность сертаконазола (грибы, стрептококки, гарднереллы, стафилококки, энтерококки, бактероиды, трихомонады) имеет большое значение в предотвращении, так называемого эффекта «пинг-понга» при лечении КВВ, когда после эрадикации грибов развивается бактериальный вагиноз, а потом после терапии БВ – вновь КВВ. В частности, необходимо напомнить, что КВВ – распространенный пример биопленочной инфекции. Антибактериальная активность сертаконазола в отношении основных инициаторов формирования патологических биопленок – гарднерелл и стафилококков – повышает эффективность лечения КВВ и предотвращает эффект «пинг-понга». Препарат не ингибирует рост *Lactobacillus*, не нарушает защитный механизм вагинального биотопа и может применяться длительно без негативных последствий для организма [5].

Однако биоценоз влагалища мог быть, и, скорее всего, уже был нарушен у пациенток с КВВ еще до колонизации грибами рода *Candida* и манифестации клинических проявлений. Нередко развивающийся после терапии КВВ бактериальный вагиноз приводит к снижению качества жизни больной, отнимает у врача дополнительное время, которое он должен тратить на такую пациентку. Поэтому с 2019 г. официальным подходом к лечению КВВ является двухэтапный [13]: 1) противогрибковый и следующий за ним 2) пробиотический. Но в 2020 г. были замечены проблемы в лечении вагинитов последовательной двухэтапной схемой, связанные с низкой приверженностью пациенток ко второму продолжительному этапу, когда основные проявления заболевания уже купированы [14]. В этом отношении важно, что пероральные штаммы лактобактерий могут применяться одновременно с использованием суппозитория вагинального сертаконазола, что сокращает курс терапии КВВ [15]. При этом недавно при исследованиях *in vitro* впервые зафиксирована мощная фунгицидная эффективность штаммов *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14, входящих в состав капсул Вагилак, в отношении *C. glabrata*, обладающей, как известно, мультилекарственной устойчивостью. Кроме этого, в присутствии данных штаммов грибы рода *Candida* не проявляли метаболической активности [16].

Клинические примеры

Учитывая особенность фармакокинетики и фармакодинамики сертаконазола в отношении так называемого эффекта «пинг-понга», а также разнообразие лекарственных форм, нами использованы сле-

Таблица 1. Бактериологический анализ пациентки А.С. до начала терапии Table 1. Bacteriological analysis of the patient A.S. before the start of therapy	
Выделенные микроорганизмы	КОЕ/мл
<i>Candida albicans</i>	10 ⁵
<i>Enterococcus faecalis</i>	10 ⁴

Примечание. Посев на микрофлору отделяемого урогенитального тракта с идентификацией микроорганизмов и определением чувствительности к расширенному спектру антибиотиков и бактериофагам.
Note. Inoculation on the microflora of the separated urogenital tract with the identification of microorganisms and determination of sensitivity to an extended range of antibiotics and bacteriophages

Таблица 2. Исследование отделяемого мочеполовых органов пациентки А.С. Table 2. Study of urinary tract discharge of the patient A.S.			
Показатель, в п/зр.	Цервикальный канал (С)	Влагалище (V)	Референсное значение
Лейкоциты	12–15	12–15	С: 0–30 V: 0–10 U: 0–5
Эпителиальные клетки	Умеренно	Умеренно	Умеренно
Микрофлора	Смешанная с преобладанием палочки полиморфной, умеренно	Смешанная с преобладанием палочки полиморфной, умеренно	см. комментарий
Ключевые клетки	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
Споры дрожжевых грибов	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
Псевдомицелий дрожжеподобных грибов	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено

Таблица 3. Бактериологический анализ пациентки А.С. после окончания терапии Table 3. Bacteriological analysis of the patient A. S. after the end of therapy	
Выделенные микроорганизмы	КОЕ/мл
Грибы рода <i>Candida</i>	Не обнаружено
<i>Lactobacillus</i> spp.	10 ^{3*}

Примечание. Посев на микрофлору отделяемого урогенитального тракта с идентификацией микроорганизмов и определением чувствительности к расширенному спектру антибиотиков и бактериофагам. * – Уровень микроаэрофильной лактофлоры снижен.
Note. Inoculation on the microflora of the separated urogenital tract with the identification of microorganisms and determination of sensitivity to an extended range of antibiotics and bacteriophages. * – The level of microaerophilic lactoflora is reduced.

Таблица 4. Бактериологический анализ пациентки А.С. через 21 день после окончания терапии Table 4. Bacteriological analysis of patient A. S. 21 days after the end of therapy	
Выделенные микроорганизмы	КОЕ/мл
Грибы рода <i>Candida</i>	Не обнаружено
<i>Lactobacillus</i> spp.	10 ⁶

Примечание. Посев на микрофлору отделяемого урогенитального тракта с идентификацией микроорганизмов и определением чувствительности к расширенному спектру антибиотиков и бактериофагам.
Note. Inoculation on the microflora of the separated urogenital tract with the identification of microorganisms and determination of sensitivity to an extended range of antibiotics and bacteriophages.

дующие схемы лечения для характерных групп пациентов с КВВ на приеме акушера-гинеколога в современных условиях.

Пациентка А.С., 43 года

Жалобы на: постоянный зуд различной интенсивности, жжение периодического характера, творожистые желтоватые выделения, дискомфорт во время полового контакта, сухость и трещины наружных половых органов. Пациентка подавлена, по ее словам: «отчаялась в борьбе с молочницей».

Вышеописанные жалобы беспокоят около 4,5 лет, постоянный зуд – в течение месяца. Неоднократно проходила лечение антимикотическими пероральными и местными лекарственными формами с непродуктивным терапевтическим действием от нескольких месяцев до нескольких дней.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу, ранее – умеренные, регулярные, безболезненные, через 28 дней, 4 дня. В течение последних 4 лет (на фоне ВМС) – скудные или ациклические мажущие от 1–2 дней до 10–14 дней. Половая жизнь с 17 лет, в браке (I). Половой партнер один в течение

26 лет.

Контрацепция: ранее КОК (отмена из-за плохой переносимости), ВМГРС в течение 4 лет, удалена.

В настоящее время – прерванный половой контакт или презерватив.

Беременности – 3, роды – 3, без осложнений.

Экстрагенитальные заболевания: мочекаменная болезнь (последнее обострение в 2019 г.). Находится под наблюдением уролога.

2021 г. Covid-19, с присоединением бактериальной пневмонии. В комплекс лечения входили антибактериальные средства.

Аллергический анамнез: отрицает.

Гинекологические заболевания: с 1997 г. – кандидозный вульвовагинит. Лечение. Последние 4,5 года – обострения более 4–5 раз в год. Последнее лечение 2,5 нед. назад. Нередко проводит самолечение, эпизодически вместе с половым партнером, однократно принимая пероральный антимикотик. В 2014 г. – гистероскопия. РЛДВ стенок полости матки. Гистологическое исследование: железисто-фиброзные полипы. Назначена КОК. Отме-

Таблица 5. Анализы пациентки Р.Е. до начала терапии, выполненные в другом ЛПУ
Table 5. Analyses of the patient R. E. before the start of therapy, performed in another medical facility

Название исследования	Результат		% от СВМО			
	Количественный	Относительный Lg(X/СВМО)	0,1	1	10	100
Контроль взятия материала	10 ^{5,2} <input type="checkbox"/>					
Общая бактериальная масса	10 ^{8,1} <input type="checkbox"/>					
Нормофлора						
<i>Lactobacillus</i> spp.	10 ^{8,0}	0,0 (85–100%) <input checked="" type="checkbox"/>				
Факультативно-анаэробные микроорганизмы						
Семейство <i>Enterobacteriaceae</i>	10 ^{3,6}	-4,4 (<0,1%) <input type="checkbox"/>				
<i>Streptococcus</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
<i>Staphylococcus</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
Облигатно-анаэробные микроорганизмы						
<i>Gardnerella vaginalis</i> + <i>Prevotella bivia</i> + <i>Porphyromonas</i> spp.	10 ^{3,3}	-4,7 (<0,1%) <input type="checkbox"/>				
<i>Eurobacterium</i> spp.	10 ^{3,4}	-4,6 (<0,1%) <input type="checkbox"/>				
<i>Sneathia</i> spp. + <i>Leptotrichia</i> spp. + <i>Fusobacterium</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
<i>Megasphaera</i> spp. + <i>Veillonella</i> spp. + <i>Dialister</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
<i>Lachnobacterium</i> spp. + <i>Clostridium</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
<i>Mobiluncus</i> spp. + <i>Corynebacterium</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
<i>Peptostreptococcus</i> spp.	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
<i>Atopobium vaginae</i>	Не выявлено	<input type="checkbox"/>				
Дрожжеподобные грибы						
<i>Candida</i> spp.	104,5 <input checked="" type="checkbox"/>					
Микоплазмы						
<i>Mycoplasma hominis</i>	Не выявлено <input type="checkbox"/>					
<i>Ureaplasma (urealyticum + parvum)</i>	Не выявлено <input type="checkbox"/>					
Патогенные микроорганизмы						
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Не выявлено <input type="checkbox"/>					

Таблица 6. Бактериологический анализ пациентки Р.Е. до начала терапии, выполненные в другом ЛПУ
Table 6. Bacteriological analysis of the patient R. E. before the start of therapy, performed in another medical facility

Показатель	Результат	Единица измерения	Референсное значение
<i>C. trachomatis</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>T. vaginalis</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>N. gonorrhoeae</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>C. tropicalis</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>C. albicans</i>	9,4×10 ⁵	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>C. parapsilosi</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>C. glabrata</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено
<i>C. krusei</i>	Не обнаружено	Копий ДНК/10 ⁵ эпит. клеток	Не обнаружено

на из-за плохой переносимости. С 2015 г. – аденомиоз. В 2021 г. Удаление ВМГРС. Гистероскопия. РЛДВ стенок полости матки. Перед манипуляцией проведено цитологическое (NILM), ПЦР исследования (ИППП, ВПЧ – не обнаружены). Бактериологическое исследование: нет роста нормальной флоры. Гистология: синехии полости матки. Железисто-фиброзные полипы. Хронический умеренно-выраженный эндометрит.

Проведена противовоспалительная, антимикотическая пероральная, синбиотическая терапия. Данную терапию принимала с нарушением, считая основным препаратом только антибиотик. Предохранение, после удаления ВМГРС – прерванный половой контакт.

При осмотре слизистая вульвы и влагалища гиперемирована, суховата, в области аногенитальной зоны микротрещины, лихенизации. Выделения из влагалища умеренные, творожистые с желтовато-зеленоватым оттенком.

Проведен забор материала для бактериоскопиче-

ского и бактериологического исследований. Назначена эмпирическая терапия с учетом анамнеза и жалоб пациентки. Выбор эмпирической терапии был основан на современных принципах лечения рецидивизирующего КВВ:

Сертаконазол 1 суппозиторий вагинальный (7-дневный курс) + крем сертаконазол 2% 2 раза в день, тонким слоем с захватом 1 см поверхности здоровой кожи 7 дней обоим партнерам + Вагилак 1 капсула 2 раза в день, 7 дней.

На фоне проводимой терапии, пациентка отметила облегчение симптомов в области аногенитальной зоны к 4-у дню лечения, отмечала уменьшение зуда и жжения в области влагалища к 5-му дню лечения.

К этому же времени были получены результаты бактериоскопического исследования биоматериала, взятого до начала терапии: выявлены споры и псевдомицелий дрожжеподобных грибов, смешанная микрофлора (табл. 1).

Важным моментом в комплексном лечении дан-

Таблица 7. Бактериологический анализ пациентки Р.Е. до начала терапии Table 7. Bacteriological analysis of the patient R.E. before the start of therapy	
Выделенные микроорганизмы	КОЕ/мл
<i>Candida albicans</i>	10 ⁵
<i>Lfctobacillus</i> spp.	10 ⁴

Примечание. Посев на микрофлору отделяемого урогенитального тракта с идентификацией микроорганизмов и определением чувствительности к расширенному спектру антибиотиков и бактериофагам.

Таблица 8. Исследование отделяемого мочеполовых органов пациентки Р.Е. до начала терапии Table 8. Examination of the urogenital discharge of the patient R. E. before the start of therapy			
Показатель, в п/зр.	Цервикальный канал (С)	Влагалище (V)	Референсное значение
Лейкоциты	20–40	5–10	С: 0–30 V: 0–10
Эпителиальные клетки	Умеренно	Умеренно	Умеренно
Микрофлора	Смешанная с преобладанием палочки полиморфной, умеренно	Смешанная с преобладанием палочки полиморфной, умеренно	См. комментарий
Ключевые клетки	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Не обнаружено	Не обнаружено	Не обнаружено
Споры дрожжевых грибов	Обнаружено	Обнаружено	Не обнаружено
Псевдомицелий дрожжеподобных грибов	Не обнаружено	Обнаружено	Не обнаружено



ной пациентки являлось одновременное назначение ей пероральных штаммов лактобактерий, что позволило не только сократить курс терапии КВВ, но и использовать фунгицидную активность штаммов *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14, входящих в состав капсул Вагилак.

Учитывая частые рецидивы заболевания (более 4 раз в год), было решено пролонгировать курс терапии еще на 7 сут:

Сертаконазол 1 суппозиторий вагинальный (дополнительный 7-дневный курс) + Вагилак 1 капсула 2 раза в день 7 дней + Залагель 2 раза в день, что привело к полному исчезновению симптомов КВВ.

По настоятельной просьбе пациентки, учитывая ее психо-эмоциональное состояние на фоне КВВ в предыдущие годы, промежуточное бактериоскопическое и бактериологическое исследование было проведено уже через неделю после окончания лечения (табл. 2, 3).

Достигнутые результаты терапии также убедили пациентку в рекомендованной нами целесообразности использования Залагеля при интимной повседневной гигиене и посещении бассейна.

Контрольный осмотр пациентки осуществили через 21 день после окончания терапии на фоне использования Залагеля для интимной гигиены и при посещении бассейна (табл. 4). Изменений слизистой вульвы и влагалища нет, кожа аногенитальной зоны без повреждений. Дискомфорта и болей при половых контактах нет. Отмечает улучшение психо-эмо-

ционального состояния и отношений с супругом.

Пациентка Р.Е, 34 года

Жалобы на творожистые беловатые выделения из половых путей, периодически возникающий легкий зуд половых органов, усиливающийся до и после менструации, дискомфорт и сухость при половом контакте в течение последних 4 дней. Половой партнер отмечает покраснение, незначительный зуд и дискомфорт в области головки полового члена.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, умеренные, регулярные, безболезненные, через 30 дней, 5–6 дней. Половая жизнь с 17 лет, в разводе. Количество половых партнеров более 10, в настоящее время половой партнер 1 в течение 1 мес. Беременности – 1, роды – 0. 2018 г. – неразвивающаяся беременность на сроке 7–8 нед. Неполный самопроизвольный выкидыш. АДВ стенок полости матки. Причина не установлена.

Контрацепция – ранее презерватив. В настоящее время не использует. В беременности заинтересована.

Экстрагенитальные заболевания: аутоиммунный тиреоидит.

Гинекологические заболевания: 2017 г. – РЛДВ стенок полости матки по поводу патологии эндометрия (железисто-фиброзные полипы эндометрия). 2018 г. – аденомиоз. Повторяющиеся эпизоды бактериального вагиноза, кандидозного вульвовагинита. Последнее обострение 2018 г. При осмотре – выделения из половых путей творожистые зеленоватого цвета, умеренного количества без запаха. Слизистая вульвы, влагалища и шейки матки – гиперемирована, половые губы отечны, в области задней спайки – болезненная трещина.

Пациентка пришла с результатами анализов, выполненными в другом ЛПУ 2 нед назад, так как начала половую жизнь с новым половым партнером без барьерного предохранения. По данным анализов лечения не назначали, пациентку и партнера ничего не беспокоило. В настоящее время вернулись из отпуска.

При изучении ранее проведенных анализов (табл. 5, 6) и при наличии клинических проявлений в данное время был поставлен диагноз КВВ, но сочли целесообразным провести бактериологическое и бактериоскопическое исследование, для исключения при-

соединения патогенной микрофлоры (табл. 7, 8).

Лечение: Сертаконазол 1 суппозиторий вагинальный (7-дневный курс) + Залагель 2 раза в день, 7 дней + Вагилак 1 капсула 2 раза в день, 7 дней. Половому партнеру: крем сертаконазол 2% 2 раза в день, тонким слоем с захватом 1 см поверхности здоровой кожи 7 дней (рисунок).

Данная терапия получила высокую приверженность пациентов, учитывая быстрое исчезновение симптомов (на 3-и сутки исчезновение отека половых губ, зуда, улучшилось состояние слизистой влагалища, исчезли сухость, дискомфорт при половых контактах, покраснения и дискомфорт в области головки полового члена).

Бактериологическое исследование в данном наблюдении проведено через 21 день после окончания курса лечения. Грибов не обнаружено, отмечено рост лактобацилл до 10^7 . Также было рекомендовано провести цитологическое исследование, Digene-тест, исследование герпес 1,2; ЦМВ, что пациентка выполнила по страховке – результаты: NILM вирусы не обнаружены.

Учитывая образ жизни пациентки (интенсивный фитнес в специальной спортивной одежде, активная половая жизнь), было предложено продолжить использование Залагеля в повседневной жизни для интимной гигиены.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература / References

- Denning D.W., Kneale M., Sobel J.D., Rautema-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2018 Nov;18 (11): e339–e347. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30103-8.
- Yano J., Sobel J.D., Nyirjesy P., et al. Current patient perspectives of vulvovaginal candidiasis: incidence, symptoms, management and post-treatment outcomes. *BMC Womens Health.* 2019; 19 (1): 48. Published 2019 Mar 29. doi:10.1186/s12905-019-0748-8.
- Gonçalves B., Ferreira C., Alves C.T., et al. Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. *Crit Rev Microbiol.* 2016; 42 (6): 905–927. doi: 10.3109/1040841X.2015.1091805.
- Айламазян Э.К. Инфекционно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. [Eilamazyan E.K. Infectious and inflammatory diseases in obstetrics and gynecology

- Moscow:GEOТАR-Media, 2016 (in Russian)]
- Инструкция по медицинскому применению препарата Залаин® свечи, рег.ном. ЛС-000021 от 17.08.2018. [Instructions for the medical use of the drug Salain® candles, reg.no. LS-000021 from 17.08.2018. (in Russian)].
- Куликов И.А. Перспективное лечение бесконечно повторяющегося вульвовагинального кандидоза. *Медицинский совет.* 2020; 13:157–165. [Kulikov I.A. Prospective treatment of infinitely repetitive vulvovaginal candidiasis. *Medical Advice.* 2020; 13:157–165. (in Russian)]
- Pharmaceutical compositions of sertaconazole for vaginal use EP 1572201 A1 (патент WO2004054576A1).
- De Lunardo M.C., et al. Caractéristiques pharmacocinétiques d'un nouvel anti-fongique imidazolé :le nitrate de sertaconazole. *J Mycol. Med.*, 1999; 9: 137–142.
- Серов В.Н. Проблема вульвовагинального кандидоза в гинекологической практике. *ПМЖ.* 2014; 6: 418–422. [Serov V.N. The problem of vulvovaginal candidiasis in gynecological practice. *RMJ.* 2014; 6: 418–422. (in Russian)].
- Инструкция по медицинскому применению препарата Залаин(R) крем, рег.ном. П N015678/01 от 23.05.2018. [Instructions on the medical use of the drug Salain® cream, reg.no. N N015678/01 from May 23, 2018. (in Russian)]
- Mondello F., De Bernardis F., Girolamo A., Cassone A., Salvatore G. In vivo activity of terpinen-4-ol, the main bioactive component of *Melaleuca alternifolia* Cheel (tea tree) oil against azole-susceptible and -resistant human pathogenic *Candida* species. *BMC Infect Dis.* 2006; 6: 158.
- Carson C.F., Hammer K.A., Riley T.V. *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil: a review of antimicrobial and other medicinal properties. *Clin Microbiol Rev.* 2006; 19: 50–62. 15.
- Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Клинические рекомендации РОАГ, М.: 2019. [Diagnosis and treatment of diseases accompanied by pathological discharges from the genital tract of women. *ROAG Clinical Recommendations, Moscow, 2019.* (in Russian)]
- Сгибнев А.В., Кремлева Е.А. Потенцирование активности антибиотиков метаболитами нормальной вагинальной микрофлоры. *Акушерство и гинекология.* 2017; 3: 2. [Sgibnev A.V., Kremleva E.A. Potentiation of antibiotic activity metabolites of normal vaginal microflora. *Obstetrics and Gynecology.* 2017; 3: 2. (in Russian)]
- Леонова М.В. Пробиотики в лечении вагинальных инфекций: эффективность с точки зрения доказательной медицины. *Медицинский совет.* 2020; 13: 148–154. [Leonova M.V. Probiotics in the treatment of vaginal infections: efficacy from the perspective of evidence-based medicine. *Meditinskiy sovet = Medical Council.* 2020; 13:148–154. (in Russian)]
- Ghannoum M., Ghannoum A., Long L., Sun P.L., Isham N. BIOHM probiotics retain viability in low pH environments simulating the digestive environment. *J Prob Health.* 2019; 7: 211.

Информация об авторах / Information about the authors

Тихомиров Александр Леонидович – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии л/ф ГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва, Российская Федерация

Сарсания Светлана Иновровна – к.м.н., врач акушер-гинеколог ООО «АНВ» Клиника Аетерна, Москва, Российская Федерация

Казенашев Виктор Викторович – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии л/ф ГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва, Российская Федерация

Alexander L. Tikhomirov – D.Sc. in medicine, Professor, A.I.Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation

Svetlana I. Sarsania – Ph.D. in medicine, obstetrician-gynecologist at ООО “ANV” Aeterna Clinic, Moscow, Russian Federation

Viktor V. Kazenashev – Ph.D. in medicine, A.I.Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation

Статья поступила / The article received: 02.06.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 08.06.2021