

Досвід використання Флузамеду в лікуванні кандидозного баланіту та баланопоститу

М.С. Трет'яков, В.П. Ковальчук, С.А. Трет'якова

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер

Наведено результати лабораторних досліджень та клінічних спостережень ефективності використання препарату Флузамед (флуконазол) у комплексній терапії кандидозного баланіту та баланопоститу.

Ключові слова: кандидозний баланопостит, системна протрибкова терапія, флуконазол.

Запальні зміни зовнішніх покривів головки статевого члена виникають частіше, ніж на інших ділянках тіла людини, що зумовлено як особливостями будови шкіри на ділянці, так і функціональною активністю органа. Відсутність підшкірної жирової клітковини та тоненький шар епідермісу сприяють легкому травмуванню покриву. Накопичення багатого поживними речовинами секрету разом з високою вологістю та лужним рН препуціального вмісту створюють сприятливі умови для розмноження бактеріальної та грибової мікрофлори. Частота виявлення баланопоститу в осіб, що звертаються амбулаторно за допомогою до дерматовенерологів, за даними різних авторів, може сягати від 10% до 30% [1,2].

Під час захворювання нерідко виникають серйозні ускладнення, що вимагають навіть хірургічних втручань. Однак важливою соціально-економічною проблемою є суттєве зниження якості життя усіх хворих на баланопостит, схильність захворювання до рецидивного чи хронічного перебігу, психологічна складова хвороби.

Видовий склад нормальної мікрофлори препуціального мішка обмежується невеликим переліком грампозитивних коків та представників облигатно анаеробних бактерій, які можуть брати участь у розвитку запального процесу у разі недотримання правил особистої гігієни чи за наявності інших провокувальних умов. Близько 18% здорових дорослих чоловіків є носіями дріжджоподібних грибів. Крім того, кандиди у якості транзитної мікрофлори нерідко потрапляють у препуціальний вміст під час статевих контактів. Відносно високий патогенний потенціал цього роду мікроорганізмів разом зі значною поширеністю зумовили те, що близько третини усіх випадків баланопоститу мають кандидозну етіологію [3].

Для вилікування гострого кандидозного баланопоститу у більшості випадків достатньо місцевого застосування одного з протигрибкових засобів з числа імідазольних чи триазольних похідних. Рецидивний характер перебігу захворювання потребує застосування системної антимікотичної терапії разом із місцевими засобами [4].

Метою нашого дослідження було визначення клінічної ефективності системного застосування препарату Флузамед у комплексному лікуванні баланопоститу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 30 хворих із кандидозним баланопоститом, що проходили курс амбулаторного лікування у Вінницькому обласному клінічному шкірно-венерологічному диспансері. Усі пацієнти у процесі повторного огляду після проведення курсу місцевого лікування скар-

жилися на відсутність покращання стану і не відзначали помітного зменшення проявів захворювання.

Грибову природу захворювання у кожному випадку було підтверджено мікологічним методом. Матеріалом для дослідження був наліт з головки статевого члена, який забирали стерильним тампоном і у спеціальному напіврідкому транспортному середовищі доставляли у бактеріологічну лабораторію. Культури кандид виділяли методом прямого висівання на щільне середовище Сабуро. Чутливість виділених культур грибів до ністатину, клотримазолу та флуконазолу визначали диско-дифузійним методом.

Місцеве лікування після повторного огляду проводили за допомогою ванночок з антисептичним і протигрибковим засобом декасан двічі протягом дня. Усередину пацієнти вживали препарат Флузамед (флуконазол виробництва «УОРЛДМЕДИЦИН») за схемою 150 мг на добу, через день, тричі.

Флуконазол хронологічно перший в ряду похідних триазолу протигрибковий препарат, що застосовується у медичній практиці. Сполука має високу спорідненість до грибових ферментів – каталізаторів синтезу ергостерину, блокує перетворення ланостеролу на ергостерол і тим самим порушує синтез клітинних оболонок грибів. Препарат добре всмоктується з кишечника, у високих концентраціях накопичується у плазмі крові і у порівнянні з імідазольними похідними характеризується нижчим рівнем токсичності.

Ефективність лікування оцінювали на 4-й, 7-й та 14-й день від початку системної терапії. Остаточний огляд проведено через 2 міс після завершення курсу терапії. У динаміці спостережень усім хворим робили мазки-відбитки з поверхні головки статевого члена, забарвлювали за Романовським–Гімзою, мікроскопували.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті мікологічного обстеження пацієнтів виділено 30 штамів дріжджоподібних грибів, які за сукупністю морфологічних, культуральних та біохімічних ознак віднесені до роду *Candida*. Видової ідентифікації виділених грибів не проводили. Дослідження витривалості виділених штамів до антимікотиків свідчить, що у 100% випадків гриби виявляють чутливість до полієнового антибіотика ністатину. Однак препарат не чинить системної протигрибкової дії, оскільки майже не всмоктується у кишечнику.

Похідне імідазолу клотримазол дещо поступається за рівнем протигрибкової ефективності ністатину. З числа виділених штамів кандид 23,3% виявились резистентними до цього препарату. Крім того, препарат також не можна використовувати для системної терапії хвороб грибової етіології, оскільки в організмі людини інактивується ферментними системами печінки.

У дослідженнях *in vitro* чутливість виділених штамів грибів до флуконазолу не перевищувала 70%. Тому значний інтерес викликають результати спостережень клінічної ефек-

тивності препарату Флузамед, основною діючою речовиною якого є флуконазол.

До початку системної протигрибкової терапії усі хворі, що перебували під спостереженням, виявляли скарги на відчуття свербіжів чи печіння головки статевого члена. Об'єктивно у 100% пацієнтів відзначали поширену еритему поверхні головки статевого члена і шкіри препуції, у 90% – наявність білого нальоту з невеликими вільними від нього гіперемійованими ділянками, у 36,7% – дрібні, схильні до злиття ерозії, у 30,3% – набряк шкіри препуціального мішка без розвитку фімозу.

У мазках-відбитках усіх пацієнтів спостерігали грубі шари епітеліальних клітин, наявні у більшості оглянутих полів зору, лейкоцити у кількості від 1 до 10 у полі зору, рясну змішану паличкову і кокову мікрофлору. Незважаючи на те що мікологічно наявність кандид була підтверджена в усіх обстежених, типові дріжджові клітини та псевдоміцелій кандид виявлені лише у 56,7% мазків-відбитків.

На 4-у добу від початку терапії Флузамедом 63,3% спостережених пацієнтів відзначили покращання суб'єктивних відчуттів. Наявність нальоту на поверхні статевого члена зареєстровано у 83,3% хворих, ерозії – у 30%, набряк шкіри препуції за ступенем піддався регресу у всіх спостережених, однак зберігся у 20% пацієнтів. Еритематозні плями на ураженій поверхні спостерігались у всіх пацієнтів.

У мазках-відбитках виявлено незначне зменшення кількості епітеліальних клітин, у 20% хворих – не виявлено лейкоцитів. Суттєве зменшення бактеріальної мікрофлори в препаратах пояснюється антисептичним впливом місцево застосованого декасану.

На 7-й день спостереження зникнення відчуттів свербіжів та печіння зазначили 70% пацієнтів. У 9 (30%) пацієнтів зареєстровано об'єктивні ознаки повного одужання. Повної епітелізації ерозій не відбулось у 10% хворих. Наявність ділянок, вкритих нальотом, відзначено у 50% спостережених, еритематозні плями – у 63,3%. У 3 обстежених у мазках-відбитках виявляли лейкоцити у кількості 1–3 у полі зору. У всіх препаратах від пацієнтів, що не мали на цей час ознак повного одужання, виявлено значне зменшення кількості епітеліальних клітин. У жодному випадку мікроскопічно не виявлено дріжджоподібних грибів.

При обстеженні хворих на 14-й день в усіх зареєстровано повну епітелізацію ерозій. У 90% пацієнтів наявні ознаки повного одужання. Решта хворих скаржилися на незначне відчуття свербіжів і зони слабковираженої гіперемії на головці статевого члена. У повторних висівах препуціально-

го вмісту в жодному випадку кандид не виявлено. У віддалені строки (1 міс) рецидивів не зареєстровано.

Слід зазначити, що у процесі проведення системної протигрибкової терапії побічних реакцій, які потребують відміни препарату, не спостерігалось. Лише один спостережений виявляв скарги на нудоту і незначні диспепсичні явища.

ВИСНОВКИ

1. Наведені вище результати клінічних спостережень та лабораторного обстеження підтверджують високу клінічну ефективність (90%) препарату Флузамед у комплексному лікуванні хворих на кандидозний баланіт та баланопостит.

2. Препарат добре переноситься хворими і забезпечує виліковування хворих на кандидозний баланопостит, толерантних до виключно місцевого лікування.

Опыт использования Флузамеда в лечении кандидозного баланита и баланопостита М.С. Третьяков, В.П. Ковальчук, С.А. Третьякова

Приведены результаты лабораторных исследований и клинических наблюдений эффективности использования препарата Флузамед (флуконазол) в комплексной терапии кандидозного баланопостита.

Ключевые слова: кандидозный баланопостит, системная противогрибковая терапия, флуконазол.

Experience of Fluzamed application in the treatment of candidos balanitis and balanoposthitis M.S. Tretyakov, V.P. Kovalchuk, S.A. Tretyakova

There are results of laboratory researches and clinical observations of Fluzamed (Fluconazol) medicine efficacy in a complex therapy of candidos balanoposthitis.

Key words: Candidos balanoposthitis, systemic fungicide therapy, Fluconazol.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рюмин Д.В. К вопросу о классификации, принципах лечения и возможностях топической терапии баланопоститов// Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. – № 1. – С. 48–53.
2. Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И. Современный подход к совершенствованию терапии баланопоститов// Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 3. – С. 61–65.
3. Волкова Е.Н., Калинина А.А., Сорокина Е.А. Юсупов И.Е. Крем Розамет в комплексной терапии баланопоститов и вульвовагинитов различной этиологии// Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 6. – С. 60–63.
4. Эдвардс С.К. Европейское руководство по баланопоститу// ИППП. – 2003. – № 2. – С. 44–48.