

## ІНФЕКЦІЇ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ: ОПТИМАЛЬНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТРИХОМОНІАЗУ, БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ ТА КАНДИДОЗІВ

Michael S. Policar

Genital Tract Infections: How Best to Treat Trichomoniasis, Bacterial Vaginosis, and Candida Infection. Consultant, August 1996: 1769–1779

### Резюме

*Trichomonas vaginalis* є найпоширенішим збудником захворювань, що передаються статевим шляхом. Оптимальним методом лікування є призначення одноразової дози метронідазолу жінці та її статевому партнерові. Виняток становлять пацієнтки у I триместрі вагітності. Бактеріальний вагіноз (БВ) — це стан, коли надмірно розмножуються мікроорганізми, котрі містяться у піхві і за нормальних умов. Провокуючим фактором часто є статеве життя, однак воно не вважається основною причиною захворювання. Найбільш поширений метод лікування бактеріального вагінозу — це призначення метронідазолу *per os* або у формі вагінального гелю, чи кліндаміцину в аналогічних формах. Кандидози, спричинені *Candida albicans* та *Candida glabrata*, мають різні клінічні особливості. На випадок *Can. albicans* призначають фунгіцидний вагінальний крем або флуконазол *per os* на 3 дні. Якщо ж захворювання спричинене *Can. glabrata*, необхідним є тижневий курс терконазолу або місцеве застосування генціанвіолету.

Як зазначає Центр контролю захворювань та їх профілактики (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)), у лікуванні генітальних інфекцій відбулося кілька суттєвих змін. Так, було підтверджено ефективність нових препаратів; мікроорганізми-збудники згаданих захворювань набули резистентності до раніше застосовуваних медикаментів. У зв'язку з важливістю економічної раціональності лікування лікар змушений встановити діагноз при першому відвідуванні та тоді ж призначити ефективну терапію.

Ця стаття є першою із двох на тему інфекцій, котрі передаються статевим шляхом. У кожній з них представлено нові тенденції у діагностиці та лікуванні. Перша частина стосується трихомоніазу, бактеріального вагінозу (БВ) та кандидозів; у другій зупинимось на гонорейі та хламідіозі із локалізацією у цервікальному каналі, генітальному герпесі, вірусі папіломи людини, амбулаторному лікуванні запальних захворювань органів малого тазу.

Наголошуючи на важливості економічної раціональності терапії, я прагну допомогти лікарю обрати оптимальне лікування серед багатьох можливих пропозицій. Читачі також знайдуть рекомендації FDA щодо застосування медикаментів під час вагітності.

### Трихомоніаз

**Клінічні особливості.** Загалом вважають, що трихомоніаз передається статевим шляхом, хоча зараження не обов'язково відбувається під час статевого акту (збудники його можуть переноситися також пальцями або через сексуальні іграшки). Зона ураження *Trichomonas vaginalis* є ширшою, ніж інших збудників: у патологічний процес можуть втягуватися протоки Скіна, ендocerвікс, уретра та трикутник сечового міхура. У зв'язку з цим місцеве лікування часто є неможливим; ефективною при цій інфекції є лише системна терапія. Для запобігання реінфекції необхідно лікувати і статевого партнера пацієнтки.

Перебіг трихомоніазу може бути асимптомним упродовж багатьох років. Від 5 до 10% клінічно здорових жінок репродуктивного віку є носіями *T. vaginalis*. Джерелом зараження може бути теперішній статевий партнер або будь-хто з колишніх. Поява симптомів свідчить, що колонізація перейшла у розгорнуту форму захворювання.

**Діагностика.** Жінки, що хворіють на трихомоніаз, скаржаться на свербіння та подразнення піхви, профузні водянисті виділення з неприємним запахом. При огляді можна виявити ознаки запалення або ж незмінену слизову. Виділення бувають пінистими, жовтими або зеленуватими. Пінистий характер виділень є ключовим симптомом як трихомоніазу, так і бактеріального вагінозу.

Рухомі *T. vaginalis* найпростіше виявити у вологому препараті. Ці найпростіші дуже чутливі до світла, тепла, повітря та осмоляльності навколишнього середовища. Для ефективності діагностики слід використовувати лише свіжий ізотонічний розчин. Наполягайте, щоб у лабораторії його запас поновлювали щомісяця або хоча б кожні 2 місяці. Старі розчини із підвищеною осмоляльністю можуть спричинити загибель найпростіших, що призводить до гіподіагностики.

У хворих на трихомоніаз рН середовища піхви коливається від 6 до 7,5. Проте у нескладних для діагностики випадках цей показник визначати не обов'язково, як і проводити інші тести.

Як трактувати наявність *T. vaginalis* у мазку із цервікального каналу? Доцільно вважати, що діагноз підтверджено; дослідження вологого мазка є зайвим. Я лікую таких пацієнток навіть за відсутності виражених клінічних симптомів; це важливо для запобігання розповсюдженню інфекції, особливо у жінок репродуктивного віку.

**Лікування.** Препаратом вибору є метронідазол у дозі 2 г per os одноразово. Мої пацієнтки приймають 4 таблетки по 500 мг зразу або з 5–10-хвилинним інтервалом.

У першому триместрі вагітності оральне застосування метронідазолу протипоказане. У цих випадках симптоматичне поліпшення досягається місцевою аплікацією клотримазолового крему або гелю метронідазолу. Під час другого та третього триместрів вагітності доцільно проводити загальну терапію.

Місцеве застосування гелю метронідазолу не доцільно вважати терапією першого вибору для хворих на трихомоніаз, оскільки частота виліковування при цьому є нижчою 50%. Найчастішою причиною реінфекції є повторне зараження від нелікованого або нового статевого партнера, хоч є повідомлення і про метронідазол-резистентні штами збудника. Якщо трихомонади не зникають, незважаючи на лікування, я призначаю метронідазол всередину двічі на день із добовою дозою 500 мг протягом тижня. Якщо ж таке лікування не дає успіху, доцільно використовувати високі дози препарату (2 г всередину щоденно протягом 3–5 днів) з одночасними місцевими аплікаціями гелю метронідазолу.

Я не призначаю терапію метронідазолом статевому партнеру по телефону. Натомість я запрошую його на огляд, щоб виявити можливу анемію чи неврологічні розлади (метронідазол, як відомо, підвищує судомну готовність та пригнічує кровотворення, призводячи до зворотної нейтропенії). Додаткове обстеження переважно не є обов'язковим, крім випадків, коли підозрюються інші генітальні інфекції: гонорея, хламідіоз чи сифіліс.

## Бактеріальний вагіноз

**Клінічні особливості.** Бактеріальний вагіноз характеризується надмірним ростом анаеробів, котрі містяться у піхві і за нормальних умов (бактероїди, пептострептококи, *Mobiluncus*, *Gardnerella vaginalis*). Цей процес супроводжується зменшенням кількості *Lactobacillus acidophilus*, необхідних для підтримки нормального середовища у піхві.

БВ насправді не є інфекційним захворюванням. Справді, *G. vaginalis* виявляють у статевих шляхах 60% жінок. Тому виявлення цього мікроорганізму ще не свідчить про захворювання.

БВ не є класичною сексуально-трансмисивною інфекцією (лікувальні рекомендації CDC щодо сексуально-трансмисивних інфекцій за 1993 р. пропонують вважати його «пов'язаним із статевим шляхом»). Проте статевий акт є фактором ризику його виникнення, хоч і не обов'язково шляхом передачі. Сперма та інші фактори, пов'язані із статевою активністю, можуть стати пусковим механізмом порушення внутрішньої рівноваги та подальшого росту згаданих мікроорганізмів.

Лікувати статевого партнера недоцільно, оскільки ряд досліджень свідчить, що це не підвищує частоти виліковування. Проте наші дослідження засвідчили, що кращі результати лікування були досягнуті у пар, котрі застосовували кондом щонайменше 6 тижнів. Ці дані підтверджують взаємозв'язок між БВ та статевою активністю.

Жінки із БВ мають у 9 разів вищий ризик запальних захворювань органів малого тазу, у 4 рази — післяабортних інфекційних ускладнень, у 2 рази частіше у них трапляються інфільтрати малого тазу після гістеректомії. Тому кожному пацієнтку, у якої буде проведено хірургічне втручання, доцільно обстежити на наявність бактеріального вагінозу, щоб зменшити ризик післяопераційних ускладнень. Попередні дослідження свідчать про можливий зв'язок БВ та цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN), проте нез'ясовано, чи БВ є безпосереднім фактором ризику, чи опосередкованим статевою активністю.

У вагітних жінок з БВ частіше бувають передчасні пологи, передчасний розрив плідних оболонок, хоріоамніоніт та післяпологовий ендометрит. Недавні дослідження засвідчили, що лікування БВ значно знижує ризик передчасних пологів.

Термін «неспецифічний вагініт» тепер не вживають, оскільки він передбачає, що причина патологічних виділень з піхви є невідомою. Анахронізмом є також вислови «вагініт, викликаний *Haemophilus influenzae*, *G. vaginalis*, *Corynebacterium vaginale*».

**Діагностика.** Жінки з БВ звичайно висловлюють скарги на профузні виділення з неприємним запахом, проте у них немає свербіння піхви чи її подразнення, оскільки цей стан не є запальним процесом. Діагностика ґрунтується на виявленні хоча б трьох з чотирьох діагностичних критеріїв:

— Наявність ключових клітин. У вологому мазку ці великі епітеліальні клітини мають вигляд картопляних чипсів, оточених бактеріями; вони також можуть мати нерівні краї. Якщо хоча б 20% епітеліальних клітин є ключовими, тест вважається позитивним.

— Позитивний «аміачний тест», або «нюховий тест» (тест на запах). Важливо проводити тест з достатньою кількістю матеріалу. Я виймаю дзеркало, нюхаю виділення, додаю 2 краплі 10% гідроксиду калію до матеріалу, що зібрався у жолобку, і нюхаю знову. Позитивним тест робить власне зміна запаху, а не наявність поганого запаху. Інколи пацієнтки з БВ скаржаться на появу запаху після статевого акту. Це пояснюється тим, що під впливом лужної сперми вивільнюється аміак, що зумовлює запах виділень.

— Типові виділення з піхви. Вони мають вигляд гомогенної пасти світло-сірого або білого кольору.

— рН більше 4,5. Я проводжу дослідження рН нітразиновим папірцем у випадках, важких для діагностики, коли ймовірність БВ є високою, проте дані мікроскопічних досліджень недостатні для підтвердження діагнозу. Якщо рН дорівнює 4,5 або менше, збудником інфекційного процесу може бути грибок роду *Candida*. Можливо, що збудника нема взагалі. У типових випадках БВ (атрофічний вагініт у пацієнток старшого віку) рН коливається у межах 5—6 (як було зазначено, при трихомоніазі цей показник становить 6—7,5).

Мікробіологічні посіви та мазки із цервікального каналу не вносять суттєвого вкладу в діагностику.

**Лікування.** Препаратами вибору є метронідазол *per os*, у формі вагінального гелю та кліндаміцин (таблетки та вагінальний крем). Обидва препарати відзначаються однаковою ефективністю і виліковують БВ більше, ніж у 90% випадків.

Таблиця 1.  
Рекомендації CDC з лікування бактеріальних вагінозів

Препарати	Ефективність	Кількість доз на день	Тривалість лікування (дні)	Побічні ефекти	Відносна вартість
<b>Надавати перевагу</b>					
Метронідазол (500 мг per os)	Висока	2	7	+++	Низька
<b>Альтернативні</b>					
Метронідазол у вигляді вагінального гелю	Висока	2	5	+	Висока
Кліндаміцин у вигляді 2% вагінального крему	Висока	1	7	+	Висока
Кліндаміцин (300 мг per os)	Висока	2	7	++	Висока
Метронідазол (2 г per os)	Помірна	1	1	++	Низька

Проте при 7-денному курсі терапії метронідазолом спостерігається побічна дія препарату, яка проявляється нудотою, блюванням, металевим присмаком у роті та підвищенням судомної готовності. Під час курсу лікування забороняють вживати алкоголь (метронідазол викликає блювотну реакцію на прийом алкоголю!). Місцеве лікування спричиняє менше побічних ефектів, проте є дорожчим.

Я надаю пацієнтці змогу самій обрати режим лікування залежно від побічних наслідків та економічних витрат. При вагітності я призначаю вагінальний гель метронідазолу або крем кліндаміцину. Обидва вони належать до категорії Б ліків, застосовуваних при вагітності.

Препаратами, неефективними для лікування БВ, є:

- тетрациклін;
- доксициклін;
- місцеві сульфаніламідні препарати, наприклад, трипл-сульфа.

### Вагінальні кандидози

П'ятнадцять років тому етіологічним фактором кандидозу в більшості випадків був *Candida albicans*. Широке застосування протигрибкових препаратів — похідних імідазолу, котрі високоефективні проти цього мікроорганізму, призвело до того, що нині близько 20% випадків цього захворювання спричинені *Candida glabrata*.

**Діагностика.** Жінки з кандидозом піхви скаржаться на свербіння піхви і вульви (часом дуже сильне) та виділення без чіткого запаху. Прояви інфекційного процесу, викликаного кожним із названих мікроорганізмів, є різними та потребують різного лікування. Характерним симптомом для *Can. glabrata* є почервоніння піхви та меншою мірою вульви, а не свербіння.

Мікроскопічно *Can. albicans* виявляється у формі гіфів, а *Can. glabrata* - бруньковидною, сферичною грибноцею із товстими зеленуватими стінками (подібними до денця пляшки старого зразка). Діагностичне значення має препарат, оброблений 10% гідроксидом калію, ос-

кільки в ізотонічному розчині бруньки *Can. glabrata* легко сплутати з лейкоцитами (не слід приготувати вологий препарат і препарат на основі гідроксиду калію на одному скельці, оскільки вони можуть зливатися. Використовуйте два скельця та готуйте вологий препарат першим).

Якщо ви підозрюєте кандидоз, а вологий мазок неінформативний, зафарбуйте його за Грамом. Гіфи грибка та його бруньки фарбуються грам-позитивно. Часто можна знайти сферичної форми грибницю, яку не видно на вологому препараті.

**Лікування.** Препарати, рекомендовані для лікування кандидозів, перераховано в табл. 2. Я призначаю протигрибковий препарат із групи тріазолів — флуконазол одноразово дозою 150 мг. Флуконазол нині застосовують у 30% випадках кандидозу піхви, оскільки цей препарат ефективний і зручний у застосуванні. Його ефективність аналогічна місцевій терапії, проте така схема лікування є дешевшою. Побічна дія (найчастіше — біль голови, можливі диспептичні розлади та корчі) проявляється, за даними публікацій, у 25% пацієнток.

У лікуванні кандидозу, який може бути викликаний різними грибами, я надаю перевагу флуконазолу у формі крему, який вводиться 3 дні підряд, або перорально одноразово. Остаточний вибір залишається за пацієнткою. Я ніколи не призначаю 7-денного курсу лікування у типових випадках і за відсутності вагітності, тому що це недоцільно. Застосування крему створює гігієнічні труднощі, проте не супроводжується побічною дією препарату.

Проте для пацієнток із зниженою імунною реактивністю (вагітність, діабет, приймання кортикостероїдів, ВІЛ-позитивні тести) 1–3-денної терапії недостатньо. У цих випадках доцільно проводити 7-денний курс лікування.

Реколонізація піхви є типовим розвитком захворювання, змінити який іноді важко. Хоч лікування і є ефективним в окремих епізодах інфекційного процесу, проте мікроорганізми з кишки знову можуть заселити піхву.

Ефективність лікування хронічного кандидозу значною мірою залежить від своєчасного призначення препарату. При перших симптомах захворювання (свербіння і/або почервоніння піхви, поява виділень) пацієнтка розпочинає 3-денний курс лікування протигрибковими ліками. Це, образно кажучи, усуває проблему в зародку.

Інший підхід полягає у призначенні протигрибкових препаратів за 5–7 днів до початку менструації. Майже у 50% жінок така тактика дає змогу уникнути загострення. Якщо рецидив кандидозу є постійною проблемою, рекомендується призначити кетоназол щоденно у низькій дозі (150 мг) протягом року для пригнічення інфекції. Проте висока вартість такого лікування та можливі побічні наслідки (насамперед гепатотоксичність) роблять його для більшості пацієнток непридатним.

Як було зазначено, більшість пацієнток із хронічним кандидозом піхви мають імунодефіцитний стан, можливими причинами якого є стрес, діабет, вагітність, лікування інгаляційними або оральними кортикостероїдними препаратами, ВІЛ-інфікованість. Важливість клітинного імунітету при кандидозі особливо виразно проявилася під час епідемії набутого імунодефіциту. ВІЛ-позитивні пацієнтки втрачають клітинний імунітет, у них розвивається молочниця піхви, ротової порожнини, волосистої частини голови і, нарешті, системний кандидоз із ураженням легень і стравоходу.

В одному з досліджень кандидоз став причиною дослідження на інфікованість ВІЛ у 7 із 29 ВІЛ-позитивних жінок. Таким чином, пацієнткам з хронічним кандидозом піхви та факторами ризику ВІЛ-інфікованості доцільно рекомендувати обстеження для виявлення вірусу імунодефіциту, особливо якщо у них є й інші проблеми, наприклад, молочниця ротової порожнини або генералізована лімфаденопатія. На власному досвіді я переконався, що у пацієнток з частими рецидивами кандидозу, котрі погано піддаються лікуванню, ВІЛ-інфікованість виявляється так же часто, як і діабет.

Іноколи жінки звертаються по телефону з проханням призначити їм лікування при рецидиві кандидозу. Я вважаю, що у таких випадках вони вже застосовували багато препаратів,

які можна придбати в аптеці без рецепту. Можливо, їх раніше оглядав інший лікар, який і встановив діагноз, а тепер вони спостерігають у себе такі ж симптоми. Я наполягаю на візиті в таких випадках:

— Підлітковий вік пацієнтки та відсутність кандидозу в минулому. У цих випадках з високою ймовірністю можна запідозрити трихомоніаз, гонорею, хламідійну інфекцію та запалення органів малого таза. Перед призначенням лікування обов'язково проводиться необхідне обстеження.

— Симптоматика є атиповою, виділення мають неприємний запах. Кандидоз без поєднання з іншою інфекцією ніколи не надає запаху виділенням.

— Пацієнтка скаржиться на біль внизу живота та нерегулярні кровотечі із статевих шляхів, що свідчить про запалення органів малого таза або інші їх захворювання.

У випадку *Can. glabrata* я надаю перевагу тижневому курсу терконазолу, який ефективніше впливає на цю інфекцію, ніж імідазолові похідні. Якщо таке лікування не дає успіху, застосовую 1% розчин генціанвіолету, яким змазую нижні ділянки статевого тракту (шийку матки, стінки піхви, малі та великі статеві губи, промежину та шкіру навколо ануса). Аплікації генціанвіолету я проводжу тричі з тижневим інтервалом. Увесь цей період призначаю терконазол вагінально. Пацієнтка повинна подбати, щоб генціанвіолет не плямив білизну; крім того, вона повинна утриматись від статевої близькості протягом 48 годин після процедури (інакше зафарбуються статеві органи партнера!).

Кандидоз вульви частіше трапляється у пацієнток з ожирінням та діабетом, ВІЛ-інфікованих або в інших випадках імунодефіциту. Не застосовуйте для лікування цього стану флюороновані кортикостероїди у вигляді монотерапії чи в комбінації. Одночасне застосування цих кортикостероїдів і тісної білизни, котра перешкоджає відтоку виділень, може призвести до ятрогенного лишайникового склерозу (чи атрофічної дистрофії) вульви. Застосовуйте натомість місцеві протигрибкові препарати у поєднанні з невеликими дозами нефлюоронованих кортикостероїдів, щоб зменшити симптоми запалення. Я надаю перевагу міконазолу нітрату або терконазоловому крему, призначаючи його аплікації у піхву і на вульву. Можна одночасно застосовувати 0,5–1% гідрокортизонову мазь, двічі на день обережно змазуючи нею уражені місця. Рекомендується носити лише бавовняну білизну або взагалі відмовитись від неї на час лікування.

Лейкоцити у вагінальних виділеннях жінок у постменопаузі свідчать про атрофічний вагініт, хоча його причиною може бути й інфекційний фактор. Свербіння та почервоніння піхви і вульви є звичайними скаргами перших 2–3 тижнів від початку замісної гормональної терапії. У цей час епітелій піхви починає продукувати глікоген, який є добрим поживним середовищем для грибків, через що з'являються симптоми кандидозу.

Атрофічний вагініт діагностують у тих випадках, коли є вагомі підстави для заперечення інфекційного вагініту та дерматологічних захворювань, таких як контактний дерматит. Я призначаю тоді місцеве лікування (гормональний крем), хоча можна застосовувати і загальну замісну гормональну терапію. Протягом першого тижня крем застосовується двічі на день, наступного — 1 раз. При досягненні ефекту доцільно проводити аплікацію препарату раз на два тижні.

Я вважаю, що описану терапію естрогенними препаратами доцільно доповнювати прогестинами для запобігання гіперплазії ендометрія, котра може прогресувати в карциному. Я призначаю 14-денний курс орального прогестину (наприклад, медроксипрогестеронацетат) кожні 3 місяці. Кровотечі відміни, як звичайно, не виникає. Якщо ж вона з'являється, доцільно призначати прогестини щомісяця (потрібно пам'ятати, що чим більше виражені атрофічні процеси у піхві, тим інтенсивніше всмоктуються естрогени і тим більшою буде їх концентрація в крові).

### Загальноприйнятий підхід у виборі терапії інфекцій, що передаються статевим шляхом

Обираючи лікування для пацієнок з інфекцією нижніх відділів статевого тракту, доцільно враховувати такі чинники:

— Який механізм дії препарату? Надавайте перевагу препаратам, які дають клінічний ефект, водночас впливаючи на збудника. Наприклад, у 90% жінок з кандидозом піхви після лікування клотримазолом або міконазолом спостерігається клінічне поліпшення, проте лише у 50—60% з них настає мікробіологічне одужання. У тих випадках, коли мікроорганізми залишаються у піхві, настає рецидив.

— Чи безпечний обраний препарат? Надавайте перевагу лікам з мінімальними за кількістю та важкістю побічними ефектами, найменшою ймовірністю ускладнень. Врахуйте можливість взаємодії препарату з іншими ліками, які приймає пацієнтка. Подумайте, чи є препарат безпечним під час вагітності.

— Чи препарат зручний у застосуванні? Так, жінки з вагінітом часто надають перевагу загальному, а не місцевому лікуванню. Іншими важливими моментами є те, що жінки надають перевагу тривалішим проміжкам між прийманням послідовних доз ліків (двічі на день, а не 4 рази) та коротшій тривалості лікування (2 дні замість 7).

Таблиця. 2.  
Лікування кандидозів піхви та вульви

Тривалість лікування	Препарат	У якій формі	Доза	Вартість (\$)*
1 день	Клотримазол	Вагінальні таблетки по 500 мг	1 застосування	13
	Тіоконазол	6.5% мазь	1 застосування перед сном	24
	Флюконазол	Оральні таблетки по 150 мг	1 таблетка	10
3 дні	Бутоконазол	2% крем	1 застосування перед сном	20
	Міконазолу нітрат	200 міліграмова свічка	1 застосування на ніч	24
	Терконазол	80 міліграмова свічка чи 0.8% крем	1 застосування перед сном	23
	Міконазол	2% крем чи 100 міліграмові свічки	Двічі на день	13
	Клотримазол	100 міліграмові вагінальні таблетки	2 перед сном	12
	Клотримазол	1% крем	Двічі на день	12
7 днів	Міконазолу нітрат	2% крем чи 100 міліграмова свічка	1 застосування перед сном	13
	Терконазол	0.4% крем	1 застосування перед сном	23
	Клотримазол	1% крем чи 100 міліграмова вагінальна таблетка	1 застосування перед сном	12

\* Середня роздрібна ціна одного повного курсу лікування в 1996 році.

— Яка вартість лікування? При однакових інших параметрах доцільно призначати дешевший препарат. Завжди краще, якщо рецидив захворювання чи побічна дія препарату, котрі змушують пацієнтку знову звернутися до лікаря, виникають при прийманні дешевших ліків. Це ж стосується і випадків, коли жінка приймає препарат непунктуально.

Не забувайте, що деякі поширені методи лікування інфекцій нижніх відділів статевого тракту нині вважаються малоефективними:

— Зрошення піхви повідон-йодином (неспецифічна терапія у випадках, коли збудник захворювання невідомий, своєрідний «постріл із гармати по горобцях»);

— Ацикловірова мазь (її доцільно застосовувати при генітальному герпесі; значно менш ефективна форма, ніж оральний ацикловір),

— Місцеві сульфаніламідні препарати (неєфективні у лікуванні запальних процесів піхви у жінок, які, проте, часто застосовують на випадок запальних або атипичних мазків з цервікального каналу).

### **Рекомендації FDA щодо призначення ліків під час вагітності**

Щораз частіше лікар широкої практики зустрічається з випадками інфекцій нижніх відділів статевих шляхів у вагітних жінок, котрі, проте, ще не зверталися за акушерською допомогою. FDA в оцінці цих препаратів враховує 2 критерії:

— безпечність ліків для плоду у двох моделях (людській і тваринній);

— безпечність препарату для вагітної у двох аналогічних моделях.

Препарати категорії А є безпечними для людини і для тварин; вони можуть застосовуватися у будь-яких термінах вагітності.

Препарати категорії В мають 2 підгрупи. У першій з них не виявлено негативного впливу на тварин, проте вплив їх на людину не вивчався. Прикладами є ампіцилін та пеніцилін, які десятиками років призначалися вагітним жінкам завдяки відсутності клінічно вираженого побічного впливу.

Для ліків другої підгрупи підтверджено негативний вплив на тварин, проте не виявлено його для людини. Прикладом є метронідазол, який є мутагеном для бактерій та тератогеном для щурів. Проте клінічні дослідження свідчать про відсутність такого ефекту в людини і на випадок застосування препарату у II та III триместрі вагітності. Це ж стосується кліндаміцину.

Препарати категорії С викликають небажані наслідки у тварин, проте вплив їх на людину не вивчений. Прикладом є флюорохінолони, наприклад, офлоксацин та ципрофлоксацин, деякі імідазолі протигрибкові ліки (міконазол, буроконазол, терконазол, тіконазол). Препарати цієї групи застосовуються лише у випадках, коли користь від лікування перевищує теоретично можливі негативні наслідки їх для матері і плоду.

Для препаратів категорії D негативний вплив на матір, плід або на них обох підтверджено. Прикладом є тетрациклін, який уражає зачатки зубів та порушує ріст кісток у плоду. Він також може призвести до гострої жирової дистрофії печінки у матері. Препарат використовується тільки у випадках, коли альтернативи йому немає і якщо захворювання матері загрожує її життю.

Препарати категорії X є загальновідомими тератогенами і під час вагітності ніколи не застосовуються.

Переклад *Зореслави Городенчук*