

Опыт клинического применения препарата Мульти-Гин ФлораФем в практике акушера-гинеколога для профилактики рецидивов вульвовагинального кандидоза

© Ю.А. ЖУРАВЛЕВА¹, А.В. БОЛОТОВА², Н.А. ГЕПТИНГ¹, А.Н. ПАРШИНА¹, Л.В. БУНЕЕВА¹

¹ООО «Мира», Екатеринбург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Изучение влияния вагинального применения препарата Мульти-Гин ФлораФем на динамику клинических симптомов и лабораторных показателей у пациенток с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом, использующих комбинированный оральный контрацептив (КОК), содержащий дроспиренон (ДРСП) 3 мг + этинилэстрадиол (ЭЭ) 30 мкг, для профилактики обострения заболевания.

Материал и методы. Проведено обследование 75 женщин детородного возраста, имеющих рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (ВВК) и использующих для контрацепции комбинированный оральные контрацептив с составом ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг. Все пациентки рандомизированы на три группы. Была использована двухэтапная схема лечения, где препаратом первого этапа во всех группах был выбран флуконазол перорально в дозе 150 мг трижды с интервалами в 72 ч, затем 1 раз в неделю в течение 6 мес. В качестве терапии второго этапа у пациенток 1-й группы ($n=25$) использовался флуконазол 150 мг 1 раз в неделю 6 мес и вагинальный гель Мульти-Гин ФлораФем 1 раз в день в течение 5 дней после окончания основного курса. Пациентки 2-й группы ($n=25$) получали флуконазол 150 мг 1 раз в неделю в течение 6 мес и в качестве противорецидивного компонента использовали вагинальный гель Мульти-Гин ФлораФем 1 раз в 3 дня в течение 30 дней. Пациентки 3-й группы ($n=25$) использовали только базовую терапию флуконазолом 1 раз в неделю в течение 6 мес. Диагноз ВВК определен по результату динамики жалоб, клинических исследований, микроскопических и бактериологических методов. Результаты лечения оценивали через 14 дней, 3 и 6 мес от начала первого этапа лечения.

Результаты. Проведенные исследования показали, что использование геля Мульти-Гин ФлораФем для нормализации вагинальной микрофлоры как по длинной, так и по короткой схеме на фоне применения пациентками КОК, содержащих ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, позволило сохранить микрофлору влагалища в течение всего срока наблюдения и предупредить обострение кандидоза гениталий у $84,5 \pm 4,2\%$ женщин. Лишь в $10 \pm 2,7\%$ наблюдений появились лабораторные подтверждения ВВК, возможно, связанные с другими причинами, в том числе с перенесенными в период наблюдения ОРВИ и появлением *C. parvicans* (в контрольном исследовании выявлены *C. krusei*, *C. albicans*, *C. tropicalis*, нечувствительные к азолам). Побочных эффектов (аллергических реакций) ни в одном наблюдении не выявлено.

Заключение. Наше исследование показало, что добавление негормонального препарата Мульти-Гин ФлораФем при рецидивирующем ВВК у женщин в репродуктивном возрасте на фоне приема КОК, содержащих ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, к стандартной противорецидивной схеме — флуконазол 150 мкг на 6 мес — улучшает качество жизни пациенток как при использовании короткой схемы (5 дней), так и с еще большим эффектом при длительном применении и повышает приверженность к использованию гормональной контрацепции у пациенток с хроническим ВВК. Препарат доступен по цене, отпускается без рецепта врача, удобен при хранении и использовании.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, *Candida albicans*, профилактика рецидивов, препарат Мульти-Гин ФлораФем.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Журавлева Ю.А. — <https://orcid.org/0000-0001-5666-9182>

Болотова А.В. — <https://orcid.org/0000-0002-1654-9095>

Гептинг Н.А. — <https://orcid.org/0000-0002-3767-5242>

Паршина А.Н. — <https://orcid.org/0000-0002-0507-0935>

Бунеева Л.В. — <https://orcid.org/0000-0002-5069-6988>

Автор, ответственный за переписку: Журавлева Ю.А. — e-mail: sivickie@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Журавлева Ю.А., Болотова А.В., Гептинг Н.А., Паршина А.Н., Бунеева Л.В. Опыт клинического применения препарата Мульти-Гин ФлораФем в практике акушера-гинеколога для профилактики рецидивов вульвовагинального кандидоза. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2022;22(2):91–96. <https://doi.org/10.17116/rosakush20222202191>

Experience of clinical use of the drug «Multi-Gyn FloraFem» in the practice of an obstetrician-gynecologist for the prevention of recurrence of vulvovaginal candidiasis

© YU.A. ZHURAVLEVA¹, A.V. BOLOTOVA², N.A. GEPTING¹, A.N. PARSHINA¹, L.V. BUNEEVA¹

¹Mira, Yekaterinburg, Russia;

²Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Purpose of the study. To study the effect of vaginal use of the drug «Multi-Gyn FloraFem» on the dynamics of clinical symptoms and laboratory parameters in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis for the prevention of exacerbations in patients using a combined oral contraceptive (COC) with the composition of drospirenone (DRSP) 3 mg + ethinylestradiol (EE) 30 mcg.

Material and methods. A study was made of 75 women of childbearing age with recurrent vulvovaginal candidiasis (VVC) and using a combined oral contraceptive with the composition of drospirenone (DRSP) 3 mg + ethinylestradiol (EE) 30 mcg for contraception. All patients were randomized into three groups. A two-stage treatment regimen was used, where oral fluconazole at a dose of 150 mg three times at 72-hour intervals was chosen as the drug of the 1st stage in all groups, then once a week for 6 months. Fluconazole 150 mg once a week for 6 months was used as a therapy for the second stage in patients of the 1st group ($n=32$) and vaginal gel «Multi-Gyn FloraFem» 1 time per day for 5 days after the end of the main course. Patients of the 2nd group ($n=32$) received fluconazole 150 mg 1 time per week for 6 months and used vaginal gel «Multi-Gyn FloraFem» as an anti-relapse component 1 time in 3 days for 30 days. Patients of the 3rd group ($n=30$) used only basic therapy with fluconazole once a week for 6 months. The diagnosis of VVC was determined by the result of the dynamics of complaints, clinical studies, microscopic and bacteriological methods. The results of treatment were evaluated after 14 days, 3 and 6 months from the start of the 1st stage of treatment.

Results. The conducted studies have shown that the use of the gel for the normalization of the vaginal microflora «Multi-Gyn FloraFem», both in the long and in the short scheme against the background of the use of COCs containing DRSP mg + EE 30 mcg by patients, made it possible to preserve the vaginal microflora in during the entire period of observation and prevent exacerbation of genital candidiasis in $84.5 \pm 4.2\%$ of women. Only in $10 \pm 2.7\%$ of observations laboratory confirmations of VVC appeared, possibly associated with other causes, including those transferred during the observation period of ARVI and the appearance of *C. nonalbicans* (in the control study, *C. krusei*, *C. albicans*, *C. tropicalis*, insensitive to azoles). No side effects (allergic reactions) were found in any of the observations.

Conclusion. Our study showed that the addition of the non-hormonal drug «Multi-Gyn FloraFem» in recurrent VVC in women of reproductive age while taking COCs containing DRSP 3 mg + EE 30 mcg, to the standard anti-relapse regimen — fluconazole 150 mcg per 6 months improves the quality of life of patients, both when using a short regimen (5 days), and with an even greater effect with long-term use and increases adherence to the use of hormonal contraception in patients with chronic VVC. The drug is affordable, sold without a doctor's prescription, convenient for storage and use.

Keywords: vulvovaginal candidiasis, *Candida albicans*, relapse prevention, Multi-Gyn FloraFem.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Zhuravleva Yu.A. — <https://orcid.org/0000-0001-5666-9182>

Bolotova A.V. — <https://orcid.org/0000-0002-1654-9095>

Gepting N.A. — <https://orcid.org/0000-0002-3767-5242>

Parshina A.N. — <https://orcid.org/0000-0002-0507-0935>

Buneva L.V. — <https://orcid.org/0000-0002-5069-6988>

Corresponding author: Zhuravleva Yu.A. — e-mail: sivickie@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Zhuravleva YuA, Bolotova AV, Gepting NA, Parshina AN, Buneva LV. Experience of clinical use of the drug «Multi-Gyn FloraFem» in the practice of an obstetrician-gynecologist for the prevention of recurrence of vulvovaginal candidiasis. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist = Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2022;22(2):91–96. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/rosakush2022202191>

Введение

В последнее десятилетие отмечается постепенное увеличение частоты использования современных комбинированных гормональных контрацептивов в когорте женщин репродуктивного возраста, что, возможно, обусловлено активной разъяснительной работой медицинских работников в сети Интернет, в рамках просветительских проектов, а также активным назначением препаратов для контрацепции врачами амбулаторной службы. Приверженность пациенток комбинированным оральным контрацептивам (КОК), прежде всего, обусловлена высокой контрацептивной надежностью препаратов, а также наличием у большинства препаратов важных для пациентки других неконтрацептивных свойств.

Кандидозный вульвовагинит (КВВ), или вульвовагинальный кандидоз (ВВК), — наиболее часто встречающийся тип воспалительных заболеваний нижнего отдела половой тракта, составляющий 20–25% в их структуре, при этом 70–75% женщин имеют КВВ хотя бы 1 раз в жизни, 45–50% — 2 раза и более, у 14–28% отмечается рецидивирующее течение заболевания [1–6].

Вульвовагинальный кандидоз — широко распространенное заболевание, удельный вес которого в структуре инфекционной патологии нижних отделов мочеполовой системы занимает до 45% [5–7].

Особенностью современного течения ВВК являются частые повторные эпизоды заболевания, несмотря на, ка-

залось бы, адекватное лечение и широкий выбор противогрибковых препаратов. Одной из причин такого положения являются неправильная диагностика и неоправданное назначение противокандидозных средств, что в результате приводит к видовому перераспределению в структуре возбудителей и селекции устойчивых штаммов. Так, по данным зарубежных исследований [8], именно диагноз «кандидоз» наиболее часто не подтверждается результатами лабораторных исследований (т.е. не обнаруживается возбудитель). Вероятно, в связи с неоправданным и бесконтрольным применением противогрибковых препаратов и наблюдается повсеместно изменение видового состава возбудителей ВВК. По данным зарубежных исследователей, *C. albicans* как причина ВВК выявляется всего в 43% наблюдений, тогда как обнаружение *C. glabrata* достигает уже 36% [8].

Культуральный метод следует проводить только при рецидивирующем течении ВВК для видовой идентификации возбудителя (*C. albicans* или *non-albicans*) с целью определения тактики лечения [9–11].

В большинстве наблюдений вагинального кандидоза, в том числе при его хроническом рецидивирующем течении, не удается выявить какое-либо состояние, однозначно предрасполагающее к инфекции. При ведении пациенток с рецидивирующим ВВК следует исключить и минимизировать воздействие факторов риска (максимальная коррекция фоновой экстрагенитальной и генитальной патологии, оптимизация медикаментозного лечения) [12].

В связи с этим считается, что в патогенезе принимают участие многие факторы, находящиеся в сложном взаимодействии. К ним традиционно относят дисбаланс микрофлоры влагалища [13–16].

По данным источников литературы, неоднозначные результаты получены о взаимодействии лактобацилл и *Candida albicans*. В то же время результаты отдельных клинических исследований свидетельствуют о том, что некоторые штаммы лактобактерий, в том числе *L. casei rhamnosus Doderleini*, способны подавлять адгезию *Candida albicans* к вагинальному эпителию и/или пролиферацию *Candida albicans*. Обнадеживающие результаты клинических исследований эффективности препаратов *L. casei rhamnosus Doderleini* обусловлены особенностями механизма действия этого штамма. Помимо обладания высокими адгезивными свойствами, *L. casei rhamnosus Doderleini* способны выделять бактерицидные факторы, подавляя при этом рост патогенной микрофлоры. Результаты, полученные в доклинических и в ходе интервенционных клинических исследований, свидетельствуют о том, что бактерии *L. casei rhamnosus* способны предотвращать возникновение рецидивов и могут применяться в качестве средства профилактики возникновения рецидивов вульвовагинального кандидоза [15–17].

В то же время долгосрочное лечение флуконазолом может быть причиной формирования резистентных штаммов *Candida*. Обнаружение во влагалище штаммов *Candida albicans* при минимальной ингибирующей концентрации флуконазола, превышающей таковую до лечения, встречается достаточно часто. Таким образом, возникает проблема назначения альтернативных методов предотвращения рецидивов ВВК [18–22].

Цель исследования — изучение влияния вагинального применения препарата Мульти-Гин Флора-Фем на динамику клинических симптомов и лабораторных показателей у пациенток с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом, использующих КОК, содержащий дроспиренон (ДРСП) 3 мг + этинилэстрадиол (ЭЭ) 30 мкг, для профилактики обострения заболевания.

Материал и методы

С апреля по сентябрь 2021 г. обследованы 75 пациенток репродуктивного возраста, обратившихся на амбулаторный прием в ООО «Мира» (Екатеринбург) с жалобами на рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз на фоне приема КОК, содержащего ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг.

Критерии включения пациенток в исследование: возраст от 18 до 40 лет (средний — $31,2 \pm 1,5$ года), применение комбинированных оральных контрацептивов с составом ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг >1 года (средний срок применения $2,2 \pm 0,5$ года), наличие подтвержденного лабораторными данными рецидивирующего урогенитального кандидоза (>4 рецидивов за год), отсутствие противопоказаний для дальнейшего использования КОК с целью контрацепции. Клинический диагноз был подтвержден микроскопическим исследованием содержимого влагалища и посевом на *Candida* spp. на среду Сабуро (диагностический титр обнаружения *Candida* 10⁴ и более) с подбором антимикотических препаратов (у пациенток, у которых обнаруживался возбудитель кандидоза с чувствительностью к азолам) и подбором противорецидивного лечения.

Критерии исключения из исследования: наличие клинически значимых для исследования заболеваний (острых

и хронических), в том числе гинекологических, соматических, эндокринных нарушений, наличие у пациенток инфекций, передаваемых половым путем, использование комбинированных оральных контрацептивов с другим составом препаратов.

Лечение пациенток с хроническим рецидивирующим ВВК, по данным различных нормативных документов и исследований, рекомендуется проводить в два этапа. Целью первого этапа является купирование рецидива заболевания, второй этап — поддерживающая терапия. На первом этапе пациенткам всех групп было рекомендовано использование флуконазола в дозе 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 ч. Контроль эффективности первого этапа лечения проводился через 14 дней после его окончания и составил 98,4%.

Учитывая высокую частоту рецидивов ВВК у женщин, использующих КОК с составом ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, о чем указано в инструкции к препарату, в зависимости от вида предложенной противорецидивной терапии все пациентки, участвовавшие в исследовании, были разделены на три группы.

На втором этапе пациентки 1-й группы ($n=25$), продолжали использовать КОК, содержащие ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, а в качестве противорецидивной терапии в течение 6 мес им был назначен флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю и препарат Мульти-Гин ФлораФем ежедневно во влагалище по 1 тубику в течение 5 дней. Гель применялся во влагалище и на вульву.

Пациентки 2-й группы ($n=25$) на втором этапе продолжали использовать КОК, содержащие ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, и в качестве противорецидивной терапии в течение 6 мес им был назначен флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю и гель Мульти-Гин ФлораФем по 1 тубику 1 раз в 3 дня во влагалище и на вульву, курсом в 30 дней, согласно инструкции к препарату.

Пациентки 3-й группы ($n=25$) продолжали использовать КОК, содержащие ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, и в качестве противорецидивной терапии в течение 6 мес им был назначен флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю.

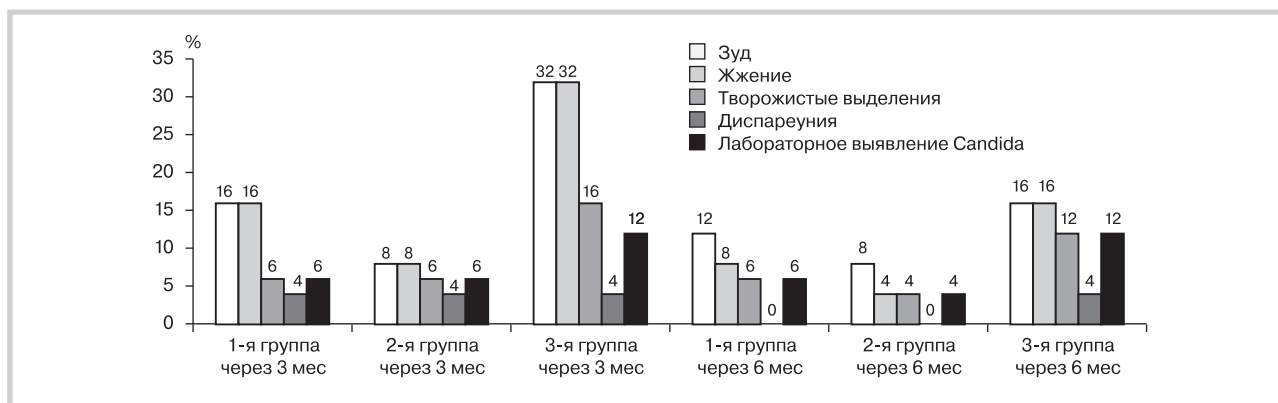
Клинические группы были однородны по возрасту, менструальной функции, акушерскому анамнезу и гинекологической патологии.

Эффективность предложенной пациенткам противорецидивной терапии оценивалась на 4-м и 7-м месяцах обследования по следующим критериям: исчезновение симптомов вульвовагинального дискомфорта, нормализация pH влагалищного содержимого, исчезновение диспареунии, отсутствие признаков обострения ВВК по данным лабораторных методов исследования. Таким образом, каждой пациентке проводилось 3-кратное контрольное обследование через 14, 90 и 180 дней.

Результаты и обсуждение

Все пациентки полностью прошли обследование.

Перед началом обследования пациентки, включенные в исследование, заполнили анкеты и внесли в них жалобы и симптомы с оценкой их интенсивности в баллах, где 0 — нет симптомов, 1 — слабо выраженные симптомы, 2 — умеренно выраженные, 3 — резко выраженные. При первичном обследовании у 100% пациенток отмечены жалобы на местные проявления ВВК со стороны половых органов различной интенсивности. Так, вагинальные выделения были оценены 23 (30,7%) пациентками как не-



Динамика клинических проявлений и лабораторных показателей у пациенток обследованных групп.

Dynamics of clinical manifestations and laboratory parameters in patients of the examined groups.

значительные, 48 (64%) — на 2 балла, 4 (5,3%) — на 3 балла, зуд и жжение наружных половых органов были зарегистрированы как незначительные проявления у 12 (16%) пациенток, умеренные — у 21 (28%), выраженные — у 42 (56%). При гинекологическом осмотре умеренная гиперемия слизистых оболочек половых органов выявлена у 48 (64%) пациенток, на 1 балл — у 14 (18,7%), отек наружных половых органов на 3 балла — у 13 (17,3%). Через 14 дней после окончания первого общего этапа лечения был проведен первый лабораторный контроль для оценки эффективности лечения, которая составила 98,4%. Учитывая, что у всех пациенток, вошедших в исследование, в анамнезе, были рецидивы ВБК после отмены проводимой ранее терапии не менее 4 раз в течение года, было решено продолжить противорецидивное лечение. Для предупреждения обострения ВБК у женщин, использующих КОК, применяли натуральный препарат Мульти-Гин ФлораФем, созданный на основе запатентованного биоактивного комплекса 2QR (вещество природного происхождения, выделяемое из растений, содержащее биоактивные полисахариды) в комбинации с пребиотическими компонентами. Пребиотики составляют питательный компонент, который поддерживает пролиферацию благоприятных и полезных лактобацилл. Он обладает уникальной способностью физически блокировать адгезию вредоносных бактерий, благодаря чему эффективно нейтрализует этих бактерий естественным образом. Естественная блокировка и пребиотический эффект безопасны и безвредны, поскольку они не основываются на токсичных веществах или агрессивных химикатах. Гель Мульти-Гин ФлораФем уравнивает вагинальную микрофлору за счет подавления пролиферации вредоносных микробов и поддержания развития полезных лактобактерий (анаэробные палочки, разлагающие углеводы с образованием молочной кислоты).

Показатели по динамике жалоб во временном аспекте и лабораторных исследований были несколько лучше у пациенток 2-й группы, но статистически незначимо. Оценка эффективности противорецидивного лечения проводилась через 3 и 6 мес по анкетированию наиболее ярких клинических проявлений у пациенток и результату лабораторного контроля, результаты представлены на рисунке.

Проведенные исследования показали, что использование геля Мульти-Гин ФлораФем для нормализации вагинальной микрофлоры как по длинной, так и по короткой схеме на фоне применения пациентками КОК, содержащих

ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, позволило сохранить микрофлору влагалища в течение всего срока наблюдения и предупредить обострение кандидоза гениталий у $84,5 \pm 4,2\%$ женщин. Лишь в $10 \pm 2,7\%$ наблюдений появились лабораторные подтверждения ВБК, возможно, связанные с другими причинами, в том числе с перенесенными в период наблюдения ОРВИ и появлением *C. nonalbicans* (в контрольном исследовании выявлены *C. krusei*, *C. albicans*, *C. tropicalis*, нечувствительные к азолам). Побочных эффектов (аллергических реакций) ни в одном случае не выявлено.

Экономические результаты применения препарата Мульти-Гин ФлораФем

Регистрационный номер медицинского изделия РЗН 2019/9031.

Дата государственной регистрации медицинского изделия 09.10.2019.

Срок действия регистрационного удостоверения: бессрочно.

Наименование медицинского изделия — Гель для нормализации вагинальной микрофлоры — Мульти-Гин ФлораФем, 5 мл по 5 шт. в упаковке.

По состоянию на 30.01.22 по данным ООО ЦФИ УРФО гель представлен в 123 аптеках Екатеринбурга, при этом в каждом из восьми административных районов Екатеринбурга гель Мульти-Гин ФлораФем представлен не менее чем в 4 аптечных организациях, что говорит о логистической доступности препарата.

Минимальная цена в розничной аптечной сети составила 870,40 руб, максимальная — 1289,00 руб., средняя цена препарата в аптеках по Екатеринбургу — $1027,03 \pm 92,09$ руб.

Препарат Мульти-Гин ФлораФем доступен к заказу через интернет-сервисы доставки лекарств.

Согласно инструкции по применению медицинского изделия, Мульти-Гин ФлораФем для лечения кандидоза влагалища применяется ежедневно по 1 тубику в течение 5 дней, таким образом, средняя стоимость курса лечения равна средней стоимости упаковки Мульти-Гин ФлораФем — $1027,03 \pm 92,09$ руб.

Для профилактики заболеваний согласно Инструкции рекомендуется использование 1 тубика Мульти-Гин ФлораФем 1 раз в 3 дня, но не более 30 дней. Соответственно средняя стоимость курса профилактики при применении Мульти-Гин ФлораФем (необходимо 2 упаковки) составит около 2054 руб.

Стоимость одной упаковки геля Мульти-Гин ФлораФем в крупнейших городах России по данным интернет-источников The cost of 1 pack of Multi-Gyn FloraFem gel in the largest cities of Russia according to Internet sources

Город	Количество аптек, где представлена позиция по данным ресурса (2) на дату обращения	Цена минимальная, руб	Цена максимальная, руб	Цена средняя, руб
Москва*	255	842,00	1077,00	940,56±36,56
Санкт-Петербург**	91	899,00	1204,00	1036,44±49,55
Новосибирск***	29	890,00	1350,00	1030,03±146,46

Примечание. * — по данным [https://apteka.ru/ дата обращения 30.01.22]; ** — по данным [https://www.acmespb.ru/ дата обращения 30.01.22]; *** — по данным [http://lek.vapteke.ru/ дата обращения 30.01.22].

Мульти-Гин ФлораФем имеет длительный срок годности — 3 года, что позволяет использовать дозы геля (при отсутствии необходимости курсового применения или если иное не указано лечащим врачом) именно тогда, когда в этом возникает необходимость, в пределах заявленного производителем срока годности. Мульти-Гин ФлораФем дозирован в тубы с аппликатором по 5 мл, что делает его применение удобным и гигиеничным, у пациентки нет необходимости специальным образом обрабатывать многоразовый аппликатор, снимать его с тубы для хранения, также отсутствует необходимость регулировать объем используемого геля (как в случае с многодозовыми упаковками).

Также необходимо отметить, что данный гель отпускается без рецепта (по рекомендации) врача, что делает возможным для пациенток оформление заказов через фирменные приложения аптечных сетей (или на их официальных сайтах) с возможностью доставки.

Условия отпуска Мульти-Гин ФлораФем и температурный режим хранения (от 10 до 25 °C) позволяет выкладывать данную ассортиментную позицию на витрины аптек, что делает этот препарат узнаваемым и более доступным. В таблице указана стоимость одной упаковки геля в крупнейших городах России.

Из полученных данных следует, что наименьшая стоимость курса лечения из 2 упаковок Мульти-Гин ФлораФем зафиксирована в Москве и составляет около 1881 руб. Стоимость аналогичного курса профилактики при применении 1 тубика 1 раз в 3 дня (не более 30 дней) при приобретении препарата в аптеках Санкт-Петербурга и Новосибирска практически не различается и составляет 2073 и 2060 руб. соответственно.

Таким образом, стоимость курса лечения гелем Мульти-Гин ФлораФем несколько ниже при приобрете-

нии препарата в аптеках Москвы и практически не различается, если препарат приобретается в трех других крупнейших городах России (Санкт-Петербург, Екатеринбург, Новосибирск).

Заключение

Несмотря на то что использование различных лекарственных форм, содержащих лактобактерии, пробиотики, антисептики для снижения выраженности клинической симптоматики и нормализации состояния вагинального микробиоценоза не является абсолютно доказанным, так как систематические обзоры, рандомизированные, контролируемые исследования, подтверждающие целесообразность их применения, отсутствуют, очень много научных работ подтверждают эффективность включения этих препаратов в схемы лечения.

Наше исследование показало, что добавление негормонального препарата Мульти-Гин ФлораФем при рецидивирующем ВВК у женщин в репродуктивном возрасте на фоне приема КОК, содержащих ДРСП 3 мг + ЭЭ 30 мкг, к стандартной противорецидивной схеме применения флуконазола 150 мкг на 6 мес улучшает качество жизни пациенток как при короткой схеме использования (5 дней), так и еще более выражено при длительном применении, и повышает приверженность к использованию гормональной контрацепции у пациенток с хроническим ВВК. Полученные нами положительные данные о противорецидивном действии препарата еще больше расширяют возможности использования вагинального геля Мульти-Гин ФлораФем. Препарат доступен по цене, есть в большинстве аптек России, отпускается без рецепта врача, удобен при хранении и использовании.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — Ю.А. Журавлева, Н.А. Гептинг

Сбор и обработка материала — А.Н. Паршина, Л.В. Бунеева, Ю.А. Журавлева, А.В. Болотова

Написание текста — Ю.А. Журавлева, А.В. Болотова

Редактирование — Ю.А. Журавлева

Participation of authors:

Concept of the study — Yu.A. Zhuravleva, N.A. Gepting
Collecting and processing of data — A.N. Parshina,

L.V. Buneeva, Yu.A. Zhuravleva, A.V. Bolotova

Text writing — Yu.A. Zhuravleva, A.V. Bolotova

Editing — Yu.A. Zhuravleva

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Authors declare lack of the conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Paladine HL, Desai UA. Vaginitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2018;97:5:321-329. PMID: 29671516.
- Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделе-

- ниями из половых путей женщин (РОАГ). Под ред. Прилепской В.Н., Киры Е.Ф. 2019;57.
Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of diseases accompanied by pathological discharge from the female genital tract (ROAG). Ed. Prilepskaya V.N., Kira E.F. 2019;57. (In Russ.).
3. Веселов А.В. Системные антимикотики: состояние и перспективы. *Клиническая микробиология, антимикроботерапия и химиотерапия*. 2007;9:1:73-80.
 - Veselov AV. Systemic antimycotics: status and prospects. *Klinicheskaya mikrobiologiya, antimikroterapiya i khimioterapiya*. 2007;9:1:73-80. (In Russ.).
 4. Роговская С.И. К вопросу об оптимизации лечения вульвовагинального кандидоза. *Доктор.ру. Гинекология. Эндокринология*. 2014;1:89:25-32.
 - Rogovskaya SI. To the question of optimizing the treatment of vulvovaginal candidiasis. *Doktor.ru. Ginekologiya. Endokrinologiya*. 2014;1:89:25-32. (In Russ.).
 5. Nnadi DC, Singh S. The prevalence of genital Candida species among pregnant women attending antenatal clinic in a tertiary health center in North-west Nigeria. *Sahel Med J*. 2017;20:33-37.
 6. Дикке Г.Б. Выбор рациональной терапии кандидозного вульвовагинита, вызванного резистентными штаммами Candida spp. *РМЖ. Мать и дитя*. 2019;2:3:187-193.
 - Dikke GB. Rational treatment for vulvovaginal candidiasis caused by resistant Candida species. *RMZh. Mat' i ditya*. 2019;2:3:187-193. (In Russ.).
 7. Sherrard J, Wilson J, Donders G, Mendling W, Jensen JS. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International journal of STD & AIDS*. 2018;29:13:1258-1272.
 8. Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Update of Cochrane Database Syst Rev*. 2001;1:CD 002845; 11279767. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;4:CD 002845.
 9. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015. www.cdc.gov
 10. Schwebke JR, Desmond R. A randomized trial of metronidazole in asymptomatic bacterial vaginosis to prevent the acquisition of sexually transmitted diseases. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:517. e1-e6.
 11. Савичева А.М., Кисина В.И., Соколовский Е.В. Кандидозный вульвовагинит: Методические рекомендации для врачей. СПб.: Изд-во Н-Л.; 2009;88.
 - Savicheva AM, Kisina VI, Sokolovskii EV. Vulvovaginal candidiasis: Guidelines for physicians. SPb.: Publishing house N-L.; 2009; 88. (In Russ.).
 12. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015; 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс; 2016.
 - Skin diseases. Sexually transmitted infections. Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists. Federal clinical guidelines. Dermatovenereologiya. 2015; 5th ed., revised. and additional. M.: Delovoi express; 2016. (In Russ.).
 13. Odds F.C. Candida and Candidosis; a review and bibliography Second ed. London: Bailliere Tindall; 1988.
 14. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. A prospective study of the efficacy of maintenance ketoconazole therapy. *N Engl J Med*. 1986;315:1455-1458.
 15. Nyirjesy P, Alexander AB, Weitz MV. Vaginal Candida parapsilosis: pathogen or bystander? *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2005;13:37-41.
 16. Babic M, Hukic M. Candida albicans and non-albicans species as etiological agent of vaginitis in pregnant and non-pregnant women. *Bosn J Basic Med Sci*. 2010;10:1:89-97.
 17. Jeavons H. Prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis using exogenous Lactobacillus. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2003;32:287-296.
 18. Kern AM, Bohbot JM, Cardot JM. Traitement préventif de la candidose vulvovaginale récidivante par probiotique vaginal: résultats de l'étude observationnelle Candiflore. *La Lettre du Gynécologue*. 2012;370:34-37.
 19. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2011;53(suppl 3):59-63.
 20. Тихомирова Е.В., Балан В.Е., Овчинникова В.В. Современные взгляды на лечение при рецидивирующем урогенитальном кандидозе. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20:5:108-112.
 - Tikhomirova EV, Balan VE, Ovchinnikova VV. Modern views on the treatment of recurrent urogenital candidiasis. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2020;20:5:108-112. <https://doi.org/10.17116/rosakush202020051116>
 21. Peters BM, Jabra-Rizk MA, Leid JG. Microbial interactions and differential protein expression in Staphylococcus aureus and Candida albicans dual-species biofilms. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2010;59:493-503.
 22. Singh S, Sobel JD, Bhargava P, Boikov D, Vazquez JA. Vaginitis due to Candida krusei: epidemiology, clinical aspects, and therapy. *Clin Infect Dis*. 2002;35:1066-1070.

Поступила 31.01.2022

Received 31.01.2022

Принята к печати 07.02.2022

Accepted 07.02.2022