

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЯРОСЛАВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Акушерства и Гинекологии

Кандидозный вульвовагинит

Выполнила: студентка 5 курса, 8 группы,
лечебного факультета Вербикова А.В.

Преподаватель: Чижова Юлия Анатольевна

г. Ярославль, 2020 г.

Одной из наиболее распространенных причин обращения пациенток к акушер-гинекологу являются патологические выделения из половых путей, которые ассоциируются с такими заболеваниями как бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз (ВВК) и трихомониаз.

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК; кандидозный вульвовагинит) – инфекционное поражение слизистой оболочки вульвы и влагалища, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Эпидемиология

75% женщин репродуктивного возраста переносят один эпизод неосложненного (острого) ВВК, 40–45% отмечают два и более рецидивов заболевания, рецидивирующее течение ВВК (РВВК) встречается у 10–15%.

10–20% здоровых женщин являются бессимптомными носителями, у которых грибы рода *Candida* локализуются на слизистой оболочке влагалища и вульвы, а клинические проявления инфекции отсутствуют.

Этиология

Кандидоз – это инфекционный процесс, протекающий с участием грибов *Candida*.

Виды грибов рода *Candida*, вызывающие ВВК:

Доминирующий возбудитель – *Candida albicans* – 80%

Candida non-albicans: наиболее часто *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* (реже другие виды: *C. lipolytica*, *C. norvegensis*, *C. rugosa*, *C. zeylanoides*, *C. famata*).

Пути передачи ВВК

У взрослых: согласно современным данным, ВВК не передается половым путем и не относится к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП)

Факторы риска ВВК

Эндогенным факторы :

- нарушения местного иммунитета, недостаточность факторов местной резистентности;
- эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патология щитовидной железы и др.);
- фоновые гинекологические заболевания.

Экзогенные факторы:

- медикаментозные факторы: антибиотик и широкого спектра, глюкокортикоиды, цитостатики, иммунодепрессанты, лучевая терапия.
- также: микроклимат с повышенной температурой и влажностью; тесная одежда; белье из синтетических тканей; применение гигиенических прокладок; длительное использование внутриматочных средств (особенно медьсодержащих), влагалищных диафрагм, спринцевания с антисептиками, использование спермицидов.

Клиника ВВК

Субъективные симптомы:

- зуд, жжение в области вульвы и влагалища;
- выделения «творожистого характера»;
- диспареуния;
- дизурия.

Объективные признаки:

- отечность, гиперемия слизистой оболочки;
- наличие беловатых налетов, легко снимаемых тампоном;
- при тяжелом ВВК – трещины кожных покровов и слизистых в области вульвы, задней спайки и перианальной области;
- при РВВК могут наблюдаться сухость, атрофия, лихенификация в области поражения, скудные беловатые выделения из влагалища.

Осложнения ВВК

Возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретрит, цистит).

На фоне ВВК возрастает частота развития осложнений течения беременности, увеличивается риск анте и интранатального инфицирования плода (плацентиты, хориоамниониты).

Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам. У новорожденных кандидоз может протекать в виде локализованной инфекции (конъюнктивит, омфалит, поражение ротовой полости, гортани, легких, кожи) и диссеминированного поражения, развившегося в результате кандидемии и острого диссеминированного кандидоза.

Диагностика ВВК

Женщинам без клинических симптомов не следует проводить обследование на *Candida spp.*

Во всех ситуациях верификация диагноза должна базироваться на данных лабораторного обследования для выделения возбудителя инфекционного процесса.

Для исследования с целью обнаружения дрожжеподобных грибов получают материал путем забора отделяемого с верхнебоковой стенки влагалища.

Лабораторные методы:

- световая микроскопия нативных препаратов или микроскопия мазков, окрашенных по Граму (обнаружение дрожжевых почкующихся клеток, псевдомицелия);
- культуральное исследование (посев материала на питательную среду);
- молекулярнобиологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Candida spp.*, не являются обязательными.

В случае рецидивирующего течения ВВК следует проводить оценку локального иммунитета - определение уровней про- и противовоспалительных цитокинов в вагинальных смывах методом ИФА.

Соотношение ИФН- γ /IL-10 является маркером тяжести течения РВВК и частоты рецидивов заболевания.

Классификация ВВК

Клинические формы ВВК:

- **острый** вульвовагинальный кандидоз;
- **рецидивирующий** (хронический) вульвовагинальный кандидоз (не менее 4 обострений ВВК в течение 12 мес).

+ - **Неосложненный** ВВК предполагает впервые выявленный или спорадически (менее 4 раз в год) возникающий ВВК с умеренными проявлениями вагинита у женщин без сопутствующих факторов риска, сопровождающихся подавлением иммунитета (сахарный диабет, цитостатики, глюкокортикоиды и др.), вызванный *C. albicans*.

- **Осложненный** ВВК ставится при наличии выраженных объективных симптомов кандидозного вульвовагинита или если эпизоды кандидоза возникают 4 раза и более в год, а также когда возбудитель инфекции – *C. non-albicans*, или присутствуют факторы риска, ассоциированные со снижением иммунитета.

Лечение

Показано женщинам с симптомами ВВК, у которых диагноз ВВК подтвержден в ходе лабораторных исследований.

Схема лечения **Неосложненного** (острого) ВВК:

Системные средства:

Флуконазол, 150 мг, однократно *

Итраконазол, 200 мг, внутрь 1 р/сут, 3 дня**

Местные средства:

Полиеновые: натамицин, нистатин.**

Азолы: бутоконазол, изоконазол, итраконазол, кетоконазол, клотримазол, миконазол, сертаконазол, эконазол **

Пиридины: циклопирокс.**

(* - Препараты выбора ** - Альтернативные препараты)

<https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/science/default/download/11.html>

Комментарии:

- Эффективность однократной дозы флуконазола 150 мг и местного (интравагинального) лечения сопоставимы
- Полное купирование симптомов в большинстве случаев происходит через 2–3 дня, эрадикация возбудителей – через 4–7 дней
- При тяжелых симптомах вульвовагинита следует увеличить длительность терапии, что позволяет улучшить клинический ответ
- Терапия топическими азолами может вызывать раздражение вульвы и влагалища, о чем следует помнить при ухудшении или персистенции симптомов на фоне терапии

В случае *тяжелого* (выраженного) вульвовагинита (выраженная эритема вульвы, отек, изъязвления, образование трещин слизистой вульвы и влагалища) следует увеличить длительность терапии, что позволяет улучшить клинический ответ, но не влияет на частоту рецидивов заболевания.

Лечение *тяжелого* ВВК:

Флуконазол, 150 мг внутрь, 2 дозы с промежутком 72 ч
или

местные азоловые антимикотики в течение 10 – 14 дней

В случае *рецидивирующего* ВВК (≥ 4 симптомных эпизода ВВК в год), вызванного *Candida spp.*, чувствительными к азоловым антимикотикам, рекомендована двухэтапная тактика лечения: вначале следует купировать симптомы обострения и добиться микологической эрадикации, затем продолжить курс терапии, предотвращающий избыточный рост *Candida spp.* с целью профилактики рецидивов ВВК в течение 6 мес.

Лечение *рецидивирующего* ВВК:

1 этап - Купирование рецидива:

Флуконазол, 150 мг per os, 3 дозы с интервалом 72 ч (1-й, 4-й, 7-й дни) или Топические азоловые антимикотики, 5–14 дней

2 этап - Поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) в течение 6 мес:

Первая линия: Флуконазол, 150 мг per os, 1 раз в нед в течение 6 мес.

Альтернатива: Топические азоловые антимикотики в течение 6 мес. - ежедневно, дважды в неделю или еженедельно в зависимости от дозы действующего вещества в препарате .

+Профилактика ВВК при назначении антибиотикотерапии.

Первичная профилактика поверхностного кандидоза не рекомендована. Вторичная профилактика должна быть проведена женщинам с РВВК с первого дня антибиотикотерапии: Флуконазол, 1 раз в нед.

Примечания:

Основной целью лечения является эрадикация возбудителя.

Для уменьшения вероятности развития рецидивов кандидозного вульвовагинита необходимо применять системный подход к диагностике и лечению заболевания, воздействуя одновременно как на возбудитель, так и на все возможные резервуары дрожжеподобных грибов.

Трудности в лечении ВВК являясь маркером неблагополучия в организме женщин обуславливает проведение коррекции состояний, приводящих к развитию кандидоза.

Лечение ВВК должно быть комплексным, учитывающим тяжесть клинического течения и наличие сопутствующей инфекции, что позволяет снизить частоту, рецидивы развития данного заболевания и повысить уровень здоровья женщин в популяции.

Спасибо за внимание!