|  |
| --- |
| **Гинекология** Кандидоз [Гинекология](http://www.rusmedserv.com/gynadvice/) > [**Заболевания, передаваемые половым путем**](http://www.rusmedserv.com/gynadvice/sick_genit/) > **Кандидоз** |

### Это заболевание в народе часто называют "молочницей". Оно вызывается дрожжеподобными грибами.

|  |
| --- |
| Кандидоз - часто встречающаяся инфекция. Грибы могут быть обнаружены во влагалище у многих женщин, не предъявляющих никаких жалоб. В половые пути они попадают, в основном, из кишечника и при контакте с больными. Развитию воспалительной реакции при кандидозе (кандидозного кольпита), способствуют факторы, снижающие иммунитет организма, такие, как сахарный диабет, нарушение жирового обмена, заболевания органов пищеварения. У беременных кандидоз выявляется чаще в связи с многочисленными изменениями, происходящими в организме женщины в это время. Играет роль также длительный прием гормональных контрацептивов, антибиотиков широкого спектра действия, кортикостероидов и некоторых других. "Молочница" является проявлением поверхностного кандидоза кожи и видимых слизистых оболочек. При выраженных нарушениях иммунитета могут развиваться поражения мочевых путей (цистит, уретрит), легких (бронхит, пневмония), кишечника (дисбактериоз).   При кандидозе женщины жалуются обычно на белые, творожистые выделения и зуд. Заболевание протекает длительно, может сопровождаться периодами обострения (при менструации, переохлаждении и др.) и стихания жалоб.   Диагностика, как правило, трудностей не представляет. Кандидоз хорошо выявляется в обычных мазках из влагалища. В некоторых случаях используют культуральный (посев выделений на питательные среды) и другие методы. При упорном течении заболевания применяют определение чувствительности к различным противогрибковым препаратам, что позволяет назначить наиболее эффективно действующее средство.   Для лечения кандидоза раньше широко применялись нистатин, леворин, борная кислота и бура (тетраборат натрия). В настоящее время имеются ряд более эффективных и менее токсичных средств. Из препаратов, выпускаемых в виде свечей и влагалищных таблеток, можно назвать "Гино-Певарил", "Гино-Дактарин", "Гино-Травоген", свечи с клотримазолом, "Пимафуцин" и другие.  Из препаратов для приема внутрь наибольшего внимания заслуживает "Медофлюкон". Не менее эффективен и аналогичный по составу "Дифлюкан", но он значительно дороже. Эти препараты дают очень хорошие результаты при лечении вагинального кандидоза. Принимаются они однократно в дозе 150 мг. При хронической и рецидивирующей инфекции принимают 150 мг 1 раз в неделю в течение не более 12 недель. При длительном приеме гормональных контрацептивов для профилактики кандидоза рекомендуется 1 раз в 6 месяцев принимать однократно "Медофлюкон" или "Дифлюкан" 150 мг.  "Пимафуцин" заслуживает внимания в том смысле, что он может применяться во время беременности, в том числе на ранних ее сроках.   Для лечения кандидоза используются также "Низорал" ("Ороназол"), "Амфотерицин", ''Гризеофульвин", "Анкотил" и ряд других.   Наиболее эффективен одновременный прием препаратов как внутрь так и во влагалище. Это ускоряет лечение и уменьшает частоту рецидивов. |

*Опубликовано в журнале:*   
[Медицина для всех](http://medi.ru/doc/83.htm) **№ 5 (11), 1998 - »» Микробиолог и клиницист - взаимодействие на практике.**  
Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.

**Н.В. БЕЛОБОРОДОВА**, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник академической группы академика РАМН Ю.Ф. Исакова.   
При участии Ж.И. АРХИПОВОЙ, кандидата медицинских наук, НИИ детской гематологии.

### КАНДИДОЗ И ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

Серьезные экологических изменения, происходящие на планете в последние десятилетия, не могли не сказаться на состоянии микроэкологии и иммунореактивности современного человека.

В этом - одна из глобальных причин роста грибковых заболеваний, которыми сегодня, по данным Всемирной организации здравоохранения, страдает каждый пятый житель планеты. Чаще проявлениями грибковых заболеваний являются различные локальные поражения кожи, ногтей, слизистых оболочек полости рта, кишечника, уретры и влагалища, однако при серьезных нарушениях иммунореактивности организма может наступить генерализация процесса, и тогда грибковые заболевания приобретают жизнеугрожающий характер.

На фоне достижений современной медицины, увеличения продолжительности жизни наиболее ослабленных больных (глубоконедоношенные дети, пациенты с опухолями и иммунодефицитами) в лечебных учреждениях наблюдается широкое распространение инвазивных микозов, которые составляют до 12% в этиологической структуре внутрибольничных инфекций и до 40% в структуре инфекционной летальности. Ученые из Центра контроля заболеваемости (Атланта, США) называют кандидоз внутрибольничной эпидемией последнего десятилетия, так как заболеваемость им иммунокомпрометированных больных возросла в 11 раз.

Колонизация слизистых грибами Candida у практически здоровых людей колеблется от 15 до 40% и может возрасти до 80% на фоне какой-либо патологии в условиях длительной госпитализации, но инвазивный микоз у них не развивается благодаря большому количеству защитных механизмов против грибковой инфекции. Защитные механизмы, не связанные с иммунной системой, включают барьеры в виде кожи и слизистых, а также конкурентные взаимодействия с нормальными бактериями, которые обеспечивают защиту от кандидоза и других микозов посредством соревнования за пищу и, возможно, посредством локальной продукции веществ с антифунгальной активностью. Само по себе разрушение барьеров химической травмой, ожогом или операцией, как и нарушение нормального биоценоза кишечника после длительного применения антибиотиков широкого спектра действия, крайне редко приводит к развитию системного микоза, но вызывает предпосылки для этого в виде локального избыточного накопления грибов в тех местах, где действие физиологических барьеров нарушено.

Общеизвестными факторами риска возникновения грибковой инфекции являются длительная антибиотикотерапия и снижение защитных сил организма. В нормальном организме нейтрофилы, макрофаги и эозинофилы фагоцитируют и убивают бластоспоры кандид, а альвеолярные макрофаги и нейтрофилы способны блокировать прорастание спор аспергилл. Нейтрофилы и моноциты уничтожают также псевдогифы Candida и гифы Aspergillus. Поэтому первыми кандидатами на развитие диссеминированного кандидоза и аспергиллеза являются больные с количественными и функциональными дефектами нейтрофилов, особенно в условиях депрессии Т-клеточного звена иммунной сиcтемы. К специфическим условиям относится лекарственная нейтропения на фоне лечения цитостатиками, особенно глубокая (<100 клеток в 1 мм3) или длительная (>14 дней нейтрофилы <500 в мм3). Глубоким дефектом Т-клеточной системы объясняется предрасположенность к развитию микозов при СПИДе.

У пациентов с онкогематологическими заболеваниями к появлению специфических факторов риска инвазивного микоза приводит терапия. На современном этапе она обязательно включает мощные цитостатики, глюкокортикоиды и антибиотики широкого спектра действия. Помимо возникновения нейтропении цитостатики приводят к разрушению кожных и слизистых барьеров, глюкокортикоиды угнетают Т-лимфоциты и макрофаги, антибиотики нарушают биоценоз кишечника. Неудивительно, что в онкогематологических стационарах инвазивные микозы становятся все возрастающей проблемой.

Защитные барьеры

Барьер №1 - конкурентное взаимодействие грибов с бактериями нормальной микрофлоры хозяина

Барьер №2 - целостность кожи и слизистых

Барьер №3 - фагоцитоз и иммунологические реакции

Основные факторы, способствующие разрушению барьеров

№1 - неадекватная (избыточная) антибиотикотерапия

№2 - повреждение эпителия (механическое, токсическое, воспалительное), замедление регенерации, авитаминоз

№3 - снижение иммунореактивности под влиянием цитостатиков, стероидных гормонов

Еще в 80-е годы грибковые инфекции возникали в основном на фоне длительной госпитализации, продолжительной антибиотикотерапии и повторных курсов химиотерапии. Средняя продолжительность периода от момента установления диагноза онкогематологического заболевания до развития грибкового осложнения составляла 19 месяцев. В настоящее время все чаще грибковые инфекции стали наблюдаться на ранних этапах лечения цитостатиками. Это связано как с агрессивностью режимов полихимиотерапии, так и с широким применением современных супермощных антибиотиков.

Важно отметить, что инвазивные грибковые поражения могут развиваться не только у больных при явнымх дефектах иммунореактивности, но и у пациентов с любыми хирургическими заболеваниями в случае осложненного течения послеоперационного периода, реанимационных мероприятий, интенсивной терапии, длительной искусственной вентиляции легких. Мы наблюдали таких пациентов после тяжелых комбинированных травм, после повторных операций по поводу абдоминального сепсиса, после кардиохирургических, нейрохирургических операций и др. В этих случаях предрасполагающим моментом является совокупность факторов, снижающих барьерную функцию слизистых оболочек (стресс, нарушения гемодинамики, гипоксия, длительная невозможность энтерального питания и др.) в сочетании с массивной комбинированной антибиотикотерапией, к сожалению, необходимой у больных высокого риска по жизненным показаниям. Забегая вперед, следует отметить, что даже при выделении грибов из крови или очагов инфекции при проведении целенаправленной противогрибковой терапии у таких пациентов не представляется возможным отказаться от одновременного введения антибиотиков в связи с высокой опасностью септического шока.

Самым частым видом микоза является кандидоз. В списке возбудителей кандидоза лидирующее место занимает Candida albicans. Этим видом грибов вызывается более 80% кандидозов. Однако инфекция может быть вызвана и другими видами: С. tropicalis, С. parapsilosis, С. krusei, С. lusitaniae, Torulopsis glabrata.

Кандидоз в зависимости от степени поражения может быть классифицирован как поверхностный и глубокий. Поверхностный кандидоз включает кожный, орофарингеальный, мочеполовой и характеризуется поражением соответствующих слизистых. Наиболее опасен глубокий кандидоз, составляющий основной спектр кандидозных инфекций у иммунокомпрометированных больных, который может быть классифицирован как фунгемия, диссеминированный кандидоз и кандидоз отдельных органов.

Инвазивное кандидозное поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Считается общепризнанным, что ЖКТ является основным эндогенным резервуаром Candida, откуда происходит проникновение грибов в кровь (феномен транслокации) и последующее распространение инфекции по организму. Однако у больного с агранулоцитозом локальное поражение ЖКТ грибами рода Candida не ограничивается хорошо описанной в литературе ролью "ворот" для диссеминации, а само по себе может вызвать жизнеугрожающие состояния: прогрессирование поражения быстро приводит к множественной инфильтрации или некрозам всей толщи стенки пищеварительного канала, вызывая такие тяжелые осложнения, как кишечная непроходимость, перитонит, желудочно-кишечное кровотечение, вплоть до летального исхода.

Поражение легких. Грибы рода Candida часто высеваются из респираторных секретов, однако клиническое значение таких высевов в большинстве случаев невелико, так как колонизация ротовой полости и верхних дыхательных путей приводит к контаминации мокроты. Более того, легочная инфекция грибами Candida обычно возникает в результате гематогенного распространения, и мокрота у таких больных не отделяется вовсе. Симптомы кандидозной пневмонии схожи с клиническими проявлениями бактериальной пневмонии, но носят более непостоянный характер. Обращает на себя внимание несоответствие выраженных нарушений дыхания скудным аускультативным и рентгенологическим признакам. Рентгенологические нарушения могут ограничиваться изменениями корня и усилением сосудистого рисунка, почти в половине случаев наблюдается рентгенонегативная кандидозная пневмония. В финале заболевания может развиться диссеминация по обоим легочным полям. Рентгенологически этот процесс характеризуется появлением множественных "мигрирующих" облаковидных теней. Сегодня для диагностики поражения легких у иммунокомпрометированных больных наиболее широко используется бронхоальвеолярный лаваж с последующим микробиологическим исследованием.

Поражение кожи встречается в 5-10% случаев острого диссеминированного кандидоза. Классически оно имеет вид плотных, приподнимающихся над поверхностью узлов 0,5-1 см в диаметре, розово-красного цвета, не исчезающих при надавливании. Однако у большинства больных изменения на коже представляют собой просто папулезную или пятнисто-папулезную сыпь, часто неотличимую от медикаментозной.

Изменения на коже и инфильтраты мягких тканей часто становятся информативным материалом для идентификации возбудителя, так как поверхностное расположение делает их удобными для биопсии. Сочетание посева с гистологическим исследованием значительно увеличивает этот показатель. Следует иметь в виду, что поражения кожи при кандидозе затрагивают дерму, в то время как поверхностный слой эпидермиса остается интактным, поэтому клиницист должен быть очень внимателен при заборе материала. При гистологическом исследовании обычно находят псевдомицелий грибов, фибрин и небольшие геморрагии в сочетании с отеком стенки сосудов и периваскулярной ткани.

Поражение ЦНС. Кандидозный менингит встречается относительно редко, наиболее характерен для новорожденных и недоношенных детей, а также как вторичное осложнение при шунтирующих нейрохирургических вмешательствах. В случае развития у имунокомпрометированных больных имеет исключительно агрессивное течение. Поражение оболочек головного мозга характеризуется достаточно ярко выраженными общемозговыми и менингеальными симптомами, а также нейтрофильным или лимфоцитарным плеоцитозом в ликворе - в зависимости от степени нейтропении. Candida имеет низкую высеваемость из ликвора, при морфологическом исследовании ликвора друзы гриба или псевдомицелий обнаружить, как правило, не удается, клинические симптомы (лихорадка, головная боль) не специфичны, поэтому грибковая природа менингита у больных с нейтропенией редко распознается при жизни. Внутримозговые абсцессы, связанные с Candida, могут вызывать очаговую неврологическую симптоматику, соответствующую их локализации.

Поражение сердца. Клиника кандидозного эндокардита не отличается от клиники бактериального, сопровождается длительной лихорадкой и формированием вегетаций на клапанах сердца. Особенностью этой локализации является частое сочетание с фунгемией: хотя бы однократный высев Candida из крови имеют до 80% больных кандидозным эндокардитом. На фоне иммунодефицита могут развиваться грибковые микроабсцессы в миокарде, что иногда проявляется аритмиями. Возможна закупорка грибковыми тромбоэмболами кардиальных артерий с развитием ишемии и сердечной недостаточности.

Хронический диссеминированный кандидоз (ХДК). Наиболее важный маркер ХДК - поражение печени и селезенки. Именно микроабсцессы в этих органах определяют хронический характер течения болезни. Термины "ХДК" и "гепатолиенальный кандидоз" в литературе являются синонимами. Клинически ХДК проявляется увеличением печени и селезенки на фоне длительной лихорадки. Иногда заболевание сопровождается желтухой или болями в правом подреберье. В крови отмечаются высокий лейкоцитоз и выраженная гипербилирубинемия (в основном за счет прямой фракции) в среднем у половины больных. Уровень трансаминаз повышается непостоянно и не более, чем в 3 раза. Наблюдения позволяют сказать, что в целом у большинства больных поражение печени грибами выглядит как холестатический гепатит. Такая особенность приводит к тому, что ХДК часто ошибочно принимается за токсическое поражение цитостатиками, особенно при отсутствии характерных изменений на УЗИ. Кандидозные микроабсцессы в паренхиматозных органах выглядят при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии как гипоэхогенные очаги, поэтому многие клиницисты считают обнаружение этих характерных изменений диагностическим критерием, подтверждающим инвазивную грибковую инфекцию.

Кандидемия. Многие авторы утверждают, что Candida spp., высеянная из крови, редко является контаминантом и должна быть принята во внимание как патоген практически во всех случаях. Фунгемия обнаруживается примерно в 30% случаев диссеминированного кандидоза и имеет важное диагностическое значение, так как служит основным прижизненным доказательством инвазивного кандидоза. Повторная (стойкая) кандидемия может быть результатом инфицирования центрального венозного катетера или проявлением деструктивного поражения глубоких тканей.

С момента возникновения проблемы грибковых инфекций в 60-70-е гг. огромные усилия медиков всего мира были направлены на разработку методов диагностики этих опасных осложнений, так как ранняя диагностика остается основным критическим моментом, определяющим успех в ведении больного с инвазивной инфекцией. Однако до настоящего времени от 20 до 75% случаев инвазивных микозов диагностируется лишь на аутопсии.

Кроме классических микробиологических методов серьезным подспорьем в лабораторной диагностике сегодня является определение маркеров кандидоза - Д-арабинитола и маннозы - методом газовой хроматографии. Даже при трудной локализации очага, недоступного для биопсии и посева, обнаружение высокого уровня маркеров в крови или спинномозговой жидкости позволяет подтвердить диагноз кандидоза, кроме того, в динамике объективно оценить эффект противогрибковой терапии.

Профилактика и лечение. Широко распространено мнение о необходимости одновременно с антибиотиками принимать нистатин, что гарантирует от грибковых осложнений. Действительно, нистатин препятствует массивному размножению кандид на слизистых ЖКТ. Однако крайне важно учитывать, что этот препарат не всасывается при приеме внутрь, то есть не способен воздействовать на клетки грибов, находящиеся вне просвета кишечника. Поистине революционным событием в этиотропной терапии кандидоза следует считать появление препарата флуконазола, наиболее известного под торговым названием дифлюкан. Хорошая биодоступность препарата обеспечивает высокую эффективность практически при любой локализации процесса - от распространенных кожных поражений до менингита. Почти всегда рекомендуется прием препарата внутрь за исключением редких случаев крайне тяжелого состояния больного, когда препарат вводят внутривенно. Благодаря отсутствию токсичности и низкой частоте побочных реакций флуконазол применяется даже у недоношенных детей. Очень важно правильно соблюдать режимы дозирования (см. табл.).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пациенты | Показания и дозы флуконазола | | |
| Новорожденные и дети раннего возраста | кандидоз кожи и слизистых 5-6 мг/кг 1 раз в день 5 дней | грибковый сепсис 10 мг/кг 1 раз в день 10-14 дней | грибковый менингит 15 мг/кг 1 раз в день 10-14 дней |
| Взрослые | кандидоз кожи и слизистых 50 мг 1 раз в день 5 дней | вагинальный кандидоз 150 мг однократно (!) | кандидемия, диссеминированный кандидоз 200-400 мг 1 раз в день 2-4 недели |

Когда терапия флуконазолом не дает эффекта, следует думать о кандидозе, вызванном природно резистентными видами кандид, например C.krusei. В этих случаях рекомендуется противогрибковая терапия эффективным, но потенциально токсичным препаратом амфотерицин В (относительно менее высокой токсичностью характеризуется препарат с торговым названием фунгизон). Лечение проводится только в стационаре под тщательным лабораторным контролем. Дозы амфотерицина В из-за опасности нефротоксических реакций не должны превышать 0,5-1 мг/кг в сутки внутривенно один раз в день или через день. При наличии микроабсцессов в печени, головном мозге и других органах наиболее эффективными являются липосомальные формы амфотерицина В (амфоцил и др.), которые, однако, малодоступны из-за высокой стоимости.

Таким образом, в настоящее время актуальность своевременной диагностики и раннего лечения кандидоза чрезвычайно высока.

Кандидоз (кандидамикоз) – инфекционное заболевание слизистой оболочки влагалища, распространяющееся на шейку матки и нередко на вульву. Наиболее частым возбудителем заболевания является Candida albicans, дрожжеподобный гриб (85-90% случаев).   
Дрожжеподобные грибы попадают в половые пути женщины из кишечника, при непосредственном контакте с источником (больные, носители), через инфицированные предметы. Заражение возможно при половых контактах, но этот путь инфицирования к числу основных не относится.   
Развитию кандидозного кольпита способствуют изменения в организме, снижающие защитные силы организма. Обычно заболевание развивается на фоне гормональных нарушений, у лиц, страдающих хроническими заболеваниями (диабет, туберкулез, заболевания органов пищеварения). В развитии генитального кандидоза определенную роль играет длительное использование оральных контрацептивов, влияющих на соотношение гормонов.   
Существенное значение имеет дисбактериоз, развивающийся вследствие применения антибиотиков, кортикостероидных гормонов.   
Генитальный кандидоз характеризуется в основном поражением слизистой оболочки влагалища (кольпит), многослойного эпителия влагалищной части шейки матки (цервицит), вульвы (вульвит).   
**Симптомы**   
Кандидоз развивается преимущественно у женщин репродуктивного возраста и у беременных. Больные жалуются на бели и зуд. Бели могут быть жидкими, с примесью творожистых включений. Выделения густые, мазеподобные, зеленовато-белого цвета, с неприятным кислым запахом. Зуд бывает постоянным, особенно беспокоящим вечером и ночью. Зуд усиливается после длительной ходьбы и во время менструации. Зуд и жжение при мочеиспускании могут вызвать задержку мочи и инфицирование мочевых путей. Характерным признаком заболевания являются налеты серовато-белого цвета на пораженной слизистой оболочке влагалища. Течение кандидоза длительное, нередко продолжается месяцами. Обострения чаще совпадают по времени с менструацией. После курса терапии возможны рецидивы (реинфекция).   
**Диагностика**   
Самым распространенным методом является микроскопическое исследование налетов. Применяют также метод посева материала на питательную среду. Используются и серологические методы.   
**Лечение**   
До недавнего времени наиболее эффективными средствами лечения генитального кандидоза считались противогрибковые препараты леворин и нистатин. Таблетку леворина вводят 1-2 раза в день в течение 7-10 дней (после спринцевания). Курс лечения повторяют через 2 недели. Нистатин применяют в виде суппозиториев, содержащих 250000 и 500000ЕД нистатина; суппозитории вводят интравагинально 1-2 раза в день в течение 10-14 дней. Используют также клотримозол (канестен) в виде 1% крема и интравагинальных таблеток. Таблетку вводят на ночь, кремом смазывают вульву. Эффективен также низорал (кетоконазол) в таблетках и в виде крема.   
В последние годы разработаны новые противомикотические средства, лишенные нежелательных побочных эффектов, таких, как гепатотоксичность, снижение либидо, понижение вкусовой чувствительности, возникновение резистентности со стороны возбудителя.   
Дифлюкан (флуконазол) – антимикотин, высокоселективный ингибитор цитохрома Р-450. Излечивает кандидозный вульвовагинит при однократном приеме капсулы 150мг. В случае рецидива через 7 дней следует повторно назначить 150мг дифлюкана.   
Пимафуцин – активный ингредиент – натамицин – полиен широкого спектра действия. Пимафуцин назначают по1 вагинальной таблетке 2 раза в день в течение 10 дней.   
Макмирор Комплекс – это соединение нифуратела и нистатина. Назначают по 1 вагинальной таблетке, содержащей 500мг нифуратела и 200000ЕД нистатина, перед сном в течение 6 дней, или инстилляции влагалищным кремом в раза в день (утром и вечером) по 2,5 г в течение 10 дней.   
Микосист (флуконазол) назначают при вагинальном кандидозе по 150мг однократно. При однократном применении препарата коррекции дозы Микосиста не требуется.   
Гино-Певарил – эконазол, обладает выраженным противогрибковым действием. Высокая эффективность препарата обусловлена: быстрым растворением препарата при температуре тела, пролонгированным эффектом препарата. Эконазол в свечах принимают по 150мг в течение 3 дней.   
Для достижения полного излечения целесообразно проводить два подобных курса лечения с интервалом в 7 дней.   
Гино-Травоген – вагинальный шарик, содержащий 600мг иконазола нитрата. Шарик Гино-Травогена однократно вводят во влагалище. В течение одной недели после введения препарата не следует проводить влагалищный душ. С целью профилактики повторного заражения рекомендуется проведение одновременного лечения наружных половых органов кремом Травоген. Лечение Гино-травогеном не проводится во время менструации.   
Ваги-гекс (Vagi-Hex) – вагинальные свечи, содержащие гекседитин. Назначают по 1 влагалищной таблетке 2 раза в день в течение шести дней. Противопоказан в первые 3 месяца беременности.   
Применение антимикотических препаратов нередко сопровождается дефицитом витаминов в организме, поэтому курсы лечения включают применение поливитаминов и общеукрепляющих средств.

# Вагинальный кандиоз: лечение и профилактика

**Вагинальный кандиоз или молочница. Какие вопросы возникают у женщины при таком диагнозе? Что следует принять во внимание во время лечения молочницы, и какие существуют препараты для лечения и профилактики этого заболевания?**

Для начала давайте разберемся, что такое вагинальный кандиоз. Следует отметить, что вагинальный кандиоз (молочница) не относится к венерическим болезням и рассматривается вместе с ними из-за сходной клинической картины. Причиной этого заболевания является бактерия рода Candida. Эти микроорганизмы присутствуют на коже и слизистых (во рту и в кишечнике) большинства здоровых людей, однако заболевание обусловлено не просто наличием грибов рода Candida, а их размножением в большом количестве.

Для того, чтобы заболеть вагинальным кандиозом, совсем не обязательно близко общаться с мужчиной. Эта проблема вовсе не свидетельствует о распущенности или несоблюдении правил интимной гигиены. Грибки могут попасть в половые пути женщины из кишечника и через зараженные предметы. Кроме того, заболевание появляется, когда у человека снижены защитные силы организма. Например, это происходит при длительном приеме антибиотиков или плохом питании Недуг также нередко развивается на фоне нарушенного обмена веществ. Молочнице подвержены люди с хроническими заболеваниями - сахарным диабетом, туберкулезом, воспалением придатков, болезнями органов пищеварения, дисбактериозом.

Факторы, способствующие развитию кандидоза (молочницы):

* прием антибиотиков,
* спринцевание,
* ношение тесного нижнего белья (особенно синтетического). (Помните, что нижнее белье не должно доставлять Вам неудобства, поэтому отдавайте предпочтение натуральным тканям).
* беременность. (Не волнуйтесь, молочница "ни с того ни с сего" появляется у многих будущих мам. Она не угрожает самочувствию вашего малыша, но заболевание все равно требует лечения. Правда, в первом триместре беременности почти все быстродействующие современные лекарства применять не разрешается. Можно использовать влагалищные ванночки с растворами антисептиков и трав, а также свечи с нистатином. От других препаратов пока следует воздержаться. Во втором и третьем триместрах беременности уже можно будет использовать свечи и крем "Пимафуцин" и местные средства с клотримазолом - "Кандид", который выпускается в виде 1 % крема и 1 % раствора. Хорошие результаты дает комплексное лечение, которое предполагает использование как вагинальных таблеток (например, "Кандид-В6"), так и крема, который наносится наружно на область паха.
* сахарный диабет,
* ВИЧ-инфекция.

**Как проявляется кандидоз половых органов (молочница)?**

Симптомы кандидоза у мужчин:

* зуд, болезненность и покраснение головки полового члена
* отек головки полового члена и крайней плоти
* белый творожистый налет на головке полового члена
* боль при половом акте

Симптомы кандидоза у женщин:

* зуд, болезненность и покраснение в области влагалища и наружных половых органов
* белые творожистые выделения из влагалища
* боль при половом акте
* боль при мочеиспускании

**Опасен ли кандидоз половых органов (молочница)?**

Особого вреда здоровью кандидоз половых органов не наносит. Тем не менее, он причиняет много беспокойств больному и препятствует нормальной половой жизни. Кроме того, кандидоз (молочница) может быть признаком тяжелых общих заболеваний (например, сахарного диабета и ВИЧ-инфекции).

**Какое лечение показано при кандидозе половых органов (молочнице)?**

Существует множество препаратов для лечения кандидоза половых органов (молочницы). Одни из них применяют местно (мазь, вагинальные таблетки или свечи), другие - внутрь (таблетки или капсулы для приема внутрь).

При легком течении кандидоза половых органов (молочницы), как правило, достаточно местного лечения. Препараты для местного лечения этого заболевания включают (сначала приводятся международные названия, затем в скобках перечисляются коммерческие названия):

* клотримазол (Антифунгол, Йенамазол 100, Кандибене, Канестен, Канизон, Клотримазол) - наиболее распространенный препарат для местного лечения кандидоза половых органов (молочницы)
* изоконазол (Гинотравоген Овулум)
* миконазол (Гинезол 7, Гинодактарин, Клион-Д 100)
* натамицин (Пимафуцин)
* нистатин (Полижинакс, Тержинан).

Стоит отметить, что нистатин (как для местного применения, так и для приема внутрь) является устаревшим препаратом. В ряде случаев он неэффективен, так как грибы рода Candida могут быть устойчивы к нему.

При легком течении кандидоза бывает достаточно принять внутрь всего одну такую капсулу в дозировке 150 мг. Но если кандидоз появляется каждый месяц, для профилактики нужно принимать по одной капсуле ежемесячно. Будьте осторожны с этими лекарствами, если у вас имеются тяжелые заболевания печени и почек. При рецидивирующей молочнице наряду со свечами необходимо применять один из препаратов общего действия по одной таблетке в сутки во время еды. Курс лечения обычно состоит из пяти дней.

Имейте в виду, что женщинам старше 50 лет, людям с заболеваниями печени, нарушением функции надпочечников и аллергическими реакциями на лекарства низорал и ороназол нужно принимать с особой осторожностью.

**Какая возможна профилактика кандидоза половых органов (молочницы)?**

Профилактика кандидоза половых органов (молочницы) сводится к назначению противогрибковых препаратов для местного или системного применения в процессе лечения антибиотиками и при воздействии других факторов, снижающих общий и местный иммунитет.

**Лечение молочницы в подростковом возрасте**

Девушкам, которые не живут половой жизнью, нужно делать сидячие ванночки с раствором фурацилина или слабыми настоями лекарственных трав - шалфея, календулы, ромашки. Если такие средства не помогут, можно попробовать вагинальные капсулы полижинакс, но только те, что адаптированы для девочек и девушек-подростков. Обязательно уточните это, покупая лекарство в аптеке.

**НА ЗАМЕТКУ**

Если у Вас возник кандидоз половых органов (молочница), то занятие сексом, скорее всего, будет невозможно из-за боли. Если боль незначительная, то сексом заниматься можно, но с презервативом.

Проходя курс противогрибковой терапии, не забудьте заодно полечить и вашего мужчину. Ему тоже понадобятся таблетки (например МИКОмакс однократно) и наружные лекарства в виде кремов, например, мифунгар крем. Если лечиться будете только вы, то в любой момент рискуете вновь заразиться кандиозом от мужа.

### Для женщин и не только: молочница без иллюзий

Автор: Наталья РОМАНЕНКО ()   
Дата публикации: 31/03/2004   
Категория: [Для пациентов](http://www.recipe.by/6/index.html)   
[Версия для печати](http://recipe.by/cgi-bin/sanitarium/view.cgi?id=255&cat_id=6&print=1)

  Это заболевание наиболее распространено среди женщин детородного возраста. Установлено, что 70-75% женщин хотя бы раз в своей жизни перенесли в своей жизни дрожжевую инфекцию и примерно половина от этого числа женщин сталкивались с ней более одного раза. О том, что же такое вагинальный (вульвавагинальный) кандидоз, каковы причины его возникновения и как от него избавиться, рассказывает акушер-гинеколог Республиканского центра планирования семьи и репродукции ШАТИЛЛО Наталья Вильгельмовна.  
«Молочница» -- так в народе часто называют инфекционно-воспалительное заболевание, поражающее женские половые органы грибами. Однако страдают от него не только женщины, но и у мужчины. Молочница вызывается дрожжевыми грибами, которые относятся к обширному роду Candida. Именно этим и объясняется происхождение названия группы заболеваний с общим названием – кандидозы. Вагинальный (вульвавагинальный) кандидоз возникает в результате дисбаланса организмов, находящихся во влагалище. Быстрое размножение дрожжевых грибов, а также превышение их нормального количества приводит к сбою в соотношении «хороших» и «плохих» организмов, обитающих во влагалище.

*Что может спровоцировать возникновение вагинального (вульвавагинального) кандидоза?*  
Причин, увеличивающих вероятность развития заболевания, немало. К ним относятся заболевания обмена веществ (сахарный диабет, ожирение и другие), пониженная сопротивляемость организма к негативным воздействиям внешних факторов, нарушения микрофлоры в кишечнике различного происхождения, в том числе вызванные приемом антибактериальных, гормональных и других препаратов.   
Следует отметить, что постоянное ношение плохо вентилируемого, плотного, с содержанием большого процента синтетических волокон белья, а также недостаточное прополаскивание белья от остатков стирального порошка после стирки могут стать причинами, способствующими развитию кандидоза. Любителей средств интимной гигиены, различных гигиенических спреев, необходимо предостеречь: чрезмерное их использования также может привести к заболеванию.

*Наталья Вильгельмовна, расскажите, пожалуйста, о наиболее характерных проявлениях вагинального (вульвавагинального) кандидоза?*  
У большего числа заболевших наблюдаются белые или желтые выделения из влагалища, внешне напоминающие творог, кефир или другие молочные продукты (кстати, именно отсюда происходит называние «молочница»). Кроме выделений, появляются зуд, воспаление, отечность влагалища и/или вульвы (наружные женские гениталии). Все вышеперечисленные симптомы могут носить разную степень выраженности – от умеренной до острой. Например, зуд обычно усиливается после приема теплой ванны, после мочеиспускания или полового акта, а также во время сна.

*Передается ли это заболевание половым путем?*  
Конечно (однако, несмотря на это, вагинальный (вульвавагинальный) кандидоз не является венерическим заболеванием). Но существуют и другие способы передачи этого заболевания. Часто оно передается бытовым путем, когда предметами личной гигиены (полотенца, мочалки и так далее), бельем, одеждой пользуются другие лица. Может произойти и самозаражение, если кандидозная инфекция попадает из кишечника во влагалище (например, после акта дефекации вытирательные движения осуществляются не снизу вверх, а наоборот) или с рук, пораженных инфекцией.   
Женщинам, планирующим беременность, следует помнить, что вагинальный (вульвавагинальный) кандидоз может передаваться от матери к плоду через плаценту, амниотическую оболочку плода, при ее нарушении, а также во время родов.

*В чем заключается лечение вагинального (вульвавагинального) кандидоза?*  
В настоящее время основой лечения этого заболевания, в зависимости от тяжести его протекания, количества рецидивов и других факторов, являются противогрибковые препараты различных групп, которые могут действовать как местно, так и на весь организм.   
При появлении симптомов, характерных для вагинального (вульвавагинального) кандидоза, не следует заниматься самолечением, нужно сразу обратиться к врачу. Только врач может назначить лечение, необходимое конкретному человеку. Учитывая, что носителями инфекции могут быть как женщины, так и мужчины, лечение кандидоза необходимо проводить обоим половым партнерам одновременно. Может ли через какое-то время после проведенного лечения снова возникнуть вагинальный (вульвавагинальный) кандидоз?  
Вероятность рецидива существует. Повторному развитию кандидоза могут способствовать сопутствующие заболевания, стрессы, снижение иммунитета. В таком случае важно установить, действительно ли это симптомы вагинального (вульвавагинального) кандидоза, а не другой патологии со стороны половых органов.