# Урогенитальный кандидоз

# Кандидоз Генитальный (урогенитальный) кандидоз - грибковое заболевание слизи­стых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida. Поражение мочеполового тракта является одним из наиболее часто встречающихся проявлений кандидоза. Генитальные кандидозы широко распространены, протекают хронически и склонны к рецидивам.

**ЭТИОЛОГИЯ**

**Возбудителем урогенитальных кандидозов наиболее часто является Candida albicans. Род кандида насчитывает более 80 видов. Степень патогенности различных штаммов широко варьирует от безвредных до весьма вирулентных. Для человека патогенны только С.albicans, C.tropicalis, C.pseudotropicalis, C.krusei, C.parakrusei, C.parapsilosis, C.guillermondi. Из перечисленных дрожжеподобных грибов С.albicans является наиболее па­тогенным.**

**Грибы кандида относятся к условно-патогенным растительным микроор­ганизмам. Кроме сапрофитирования в окружающей среде на субстратах живой и неживой природы, они довольно часто выделяются с поверхности кожных покровов и слизистых оболочек человека. Дрожжеподобные грибы кандида являются одноклеточными микроорганизмами. Молодые клетки имеют круглую или яйцевидную форму, зрелые - удлинённую или округ­лую. Диаметр клеток колеблется в пределах от 2 до 5 мкм. Истинного ми­целия дрожжеподобные грибы не имеют, а образуют псевдомицелий. Нити его отличаются от истинного мицелия тем, что не имеют общей оболочки и перегородок, а состоят из тонких клеток. В местах сочленения псевдомице­лия дрожжеподобные грибы обладают способностью отпочковывать бластоспоры, которые располагаются группами и образуют так называемые мутовки или вертициллы. Установлено наличие у псевдомицелиальной формы гриба перфоративного органа, который способствует выраженному повреждающему воздействию его на клетки хозяина, т.е. формой агрессии [О.А. Голодова, 1992]. Этим подтверждено, что в ходе инвазии бластоспо-ры дрожжеподобных грибов кандида трансформируются в псевдомицелий. Клетка C.albicans имеет мощную шестислойную клеточную стенку, цито-плазматическую мембрану, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, центральную и несколько мелких вакуолей, ограни­ченных мембраной, митохондрии, крупное ядро, ограниченное ядерной мембраной [Делекторский В.В. и соавт., 1979; 1980].**

**Дрожжеподобные грибы являются аэробами. Наиболее благоприятная для роста гриба температура 37°С, оптимальный рН 5,8-6,5. Лучшие среды для роста - картофельный и рисовый агар, отвары кукурузы, а также пивное сусле. Грибы рода кандида имеют тропизм к тканям, богатым гликогеном. C.albicans отличается ферментативной активностью, что -появляется способностью продуцировать протеолитические и липолитические ферменты. Установлено, что C.albicans стимулирует выработку в грганизме человека различных антител - комплементсвязывающих и флюотесцирующих агглютининов.**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

**Подсчитано, что из 100 млн ежегодных визитов к врачам по поводу вагинитаоколо 20-25% обусловлены вульвовагинальным кандидозом. Прибли­зительно 75% женщин переносят в течение своей жизни по крайней мере один эпизод вульвагинального кандидоза и у 40-50% из них развивается по крайней мере один рецидив. Заболеваемость вульвовагинальным кандидозом в США насчитывает около 13 млн случаев в год, что составляет около 10%женского населения страны. Генитальный кандидоз наиболее часто регистрируется в странах с жарким климатом и низкими санитарногигиеническими условиями (Мексика, Аргентина, Ирак). Урогенитальный кандидоз чаще встречается у женщин, реже - у мужчин. Заболевание составляет до 40% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий [Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., 1995]. В последние годы появились стертые и атипичные формы заболевания, а также хронические, резистентные к проводимой терапии случаи урогенитального кандидоза. Возбудители урогенитального кандидоза распространяются половым путемпри этом определенное значение имеют значение различные факторы.**

#  Факторы, повышающие риск заболевания:

**=>физиологические состояния организма (возраст; гормональный статус,**

**например, беременность);**

**наличие эндокринологического заболевания (диабет, ожирение, синдром Кушинга, полиэндокринопатия, гипотиреоз);**

**новообразования, инфекционные заболевания, истощение; медикаментозные факторы: антибиотики; кортакостероиды, цитостатики;**

**оперативные вмешательства;**

**применение гормональных контрацептивов.**

**Кандидозные грибы нередко попадают в мочеполовые пути при сексу­альных контактах вместе с другими возбудителями половых инфекций, в частности с хламидиями, уреплазмами, вирусами. Урогенитальный канди-доз может возникнуть и после лечения хламидиоза, микоплазмоза, трихо-мониаза, вирусных инфекций.**

**ПАТОГЕНЕЗ**

**Патогенез урогенитального кандидоза довольно сложен и не вполне изу­чен. Важная роль в патогенезе этого заболевания отводится состоянию ма­кроорганизма, его восприимчивости к дрожжеподобным грибам и возмож­ности мобилизации защитно-адаптационных механизмов. Грибковая ин­фекция чаще поражает женщин с ослабленной иммунной системой в ре­зультате заболевания или проводимого лечения, при снижении естествен­ных защитных сил организма, нарушениях нормальной бактериальной фло­ры и гормонального фона.**

**Патогенез кандидоза зависит от многочисленных экзогенных и эндоген­ных факторов [А.А.Антонев и соавт., 1985].**

### Экзогенные факторы:

* **механическая и химическая травма;**
* **повышенная влажность и температура;**
* **лечение антибиотиками, препаратами группы имидазола, кортикостерои-
дами, цитостатиками;**
* **побочное действие оральных контрацептивов, антидиабетических препа­
ратов;**
* **патогенность и вирулентность штамма дрожжеподобного гриба.**

### Эндогенные факторы:

* **приобретенная или врожденная иммунная недостаточность;**
* **детский и старческий возраст;**
* **нарушение обмена веществ (углеводного, белкового, жирового);**

**эндокринные заболевания - сахарный диабет, дисменорея, гипотиреои-
дизм, гипопаратиреоидизм, гипо и гиперкортицизм, гипофункция яич­
ников, полиэндокринная недостаточность; железодефицитные состоя­
ния; гиповитаминозы (недостаток рибофлавина, пиридоксина, никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты);**

**общие тяжелые заболевания (острые и хронические, инфекционные и не­инфекционные), ослабляющие защитные силы организма; заболевания желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, ахилия, холе­циститы);**

**беременность, заболевания женских половых органов (аднекситы, коль­питы, эндоцервициты, лейкоплакия, крауроз, нарушения функции яични­ков, неопластические заболевания).**

**КЛИНИКА**

**В настоящее время не существует общепринятой клинической классифи­кации урогенитального кандидоза. Рекомендуют различать следующие клинические формы [Плахотная Г.А. и соавт., 1994] с указанием топичес­кого диагноза:**

* **кандидоносительство;**
* **острый урогенитальный кандидоз;**
* **хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз.**

**Под кандидоносительством подразумевают [Антонъев А.А. и соавт., 1985]:**

* **полное отсутствие клинических проявлений кандидоза;**
* **постоянное обнаружение псевдомицелия в биологических средах, в ос­
новном почкующихся клеток дрожжеподобного гриба, в незначительном
количестве и только изредка.**

**Кандидоносители служат причиной инфицирования половых партнеров урогенитальным кандидозом, а также новорождённых в процессе родораз-решения.**

**Увеличение случаев кандидоносительства у женщин обусловлено рядом эпидемиологических факторов:**

* **частая передача дрожжеподобных грибов от матери к ребёнку при про­
хождении по половым путям;**
* **возможность инфицирования половым путем;**
* **нередкая диссеминация кандидозной инфекции из влагалища в другие
органы.**

**Урогенитальный кандидоз встречается чаще у женщин, реже - у мужчин. При острой и подострой формах кандидоза длительность заболевания не превышает 2 мес. Воспалительные явления носят ярко выраженный харак­тер: гиперемия, отёк, высыпания везикул на коже и слизистых оболочках. При хронических формах давность процесса составляет свыше 2 мес. На кожных и слизистых покровах преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации, атрофичности тканей.**

**У женщин наиболее часто урогенитальный кандидозный процесс лока­лизуется в области наружных половых органов и влагалища.**

**Кандидозные вульеит и вульвовагинитбез поражения мочевыводя-щих путей характеризуются следующими симптомами:**

* **увеличение количества отделяемого из влагалища;**
* **необычно белый с "молочными" бляшками цвет отделяемого;**
* **зуд, чувство жжения или раздражения в области наружных половых ор­ганов;**
* **усиление вульвовагинального зуда в тепле (во время сна или после ван­ны);**
* **повышенная чувствительность слизистой к воде и моче;**
* **усиление зуда и болезненных ощущений после полового акта;**

**• неприятный запах, усиливающийся после полового сношения.
Кандидозный вульвит- поражение дрожжеподобными грибами боль­ших половых и малых половых губ, клитора, преддверия влагалища. Выде­ляют следующие основные клинические формы кандидозных вульвитов[Антоньев А.А. и соавт., 1985]:**

 **острый и подострый катарально-мембранозный (типичная форма);**

 **хронический катаральный (типичная форма);**

 **хронический лейкоплакиевидный (атипичная форма);**

 **хронический краурозоподобный (атипичная форма);**

 **хронический пруригинозный асимптомный (атипичная форма)**

 **смешанный острый кандидозно-бактериальный.**

**Типичные проявления кандидозного вульвита характеризуются зудом или чувством жжения различной интенсивности. Зуд обостряется в пред­менструальный период и исчезает или уменьшается в менструальную и по­стменструальную фазы цикла. Слизистые оболочки наружных половых ор­ганов умеренно или интенсивно гиперемированы с багрово-синюшным от­тенком.**

**Атипичные формы кандидозного вульвита Возможны высыпания в виде мелких везикул, которые вскрываясь, образуют точечные или сливающиеся между собой эрозии с полициклич­ными краями и отторгшимся эпидермисом по периферии. Между малыми половыми губами могут быть наслоения белых крошковатых творожистых пленок. При хроническом течении кандидозного процесса слизистые обо­лочки наружных половых органов находятся в состоянии застойной гипе­ремии и инфильтрации. Нередко отмечаются лихенификация и сухость больших и малых половых губ, имеющих белесоватую поверхность.диагностируются редко и, как правило, имеют хроническое течение.**

**У некоторых больных кандидозный вульвит распространяется на кожу пахово-бедренных складок и перианальной области. Этот процесс наибо­лее часто наблюдается у больных хроническим кандидозом, протекающим на фоне диабета, микседемы, гипофункции яичников.**

***Кандидозный вагинит* - микотическое поражение не только слизистых оболочек влагалища, но и влагалищной части шейки матки. Различают че­тыре основные формы кандидозного вагинита [Антоньев А.А. и соавт., 1985]:**

 **острый и подострый катарально-экссудативно-мембранозный кандидозный;**

 **острый и подострый смешанный катарально-экссудатиеный кандидозно-бактериальный;**

 **подострый и хронический катаральный (или мембранозный) кандидозный;**

 **хронический асимптомный кандидозный вагинит.**

**Кандидозный вагинит характеризуется пятнистой краснотой слизистой оболочки влагалища с беловатым густым сметанообразным отделяемым, а иногда крошковатыми налётами, рыхло сидящими на гиперемированной слизистой оболочке. Нередко имеются обширные эрозии влагалищной час­ти шейки матки, эрозированныи эктропион и точечные эрозии на стенках и сводах влагалища. Бели творожистые, обильные, жидкие или сливкообразные, часто пенистые и даже гнойные с неприятным запахом. Больные ощу­щают зуд, жжение и небольшую болезненность.**

**Кандидозный эндоцервициткак самостоятельное заболевание никог­да не наблюдается, а только совместно с кандидозным вагинитом. В ре­зультате влагалищного кандидоза дрожжеподобные грибы по протяжению проникают в отверстие шейки матки и в глубь канала. Заболевание наблю­дается у женщин с неполноценной функцией яичников. При типичной форме эндоцервицита в глубине канала шейки матки имеется большое ко­личество белых крошковатых комочков или белое густое слизистое отделя­емое. При малосимптомной форме кандидозного эндоцервицита обнару­живается слизистая пробка, свисающая на заднюю губу отверстия матки. Возможно очень скудное молочно-слизистое отделяемое.**

**Кандидозный уретрит и циститу женщин диагностируется сравни­тельно редко, что обусловлено отсутствием патогномоничной симптомати­ки. При кандидозном уретрите наблюдаются дизурические расстройства: рези, жжение, болезненность при мочеиспускании, учащённые позывы. Губки уретры отёчны и гиперемированы, у наружного отверстия губок рас­положены творожистые крошковатые комочки. При остром цистите боль­ных беспокоят постоянные тупые боли в нижней части живота, болезнен­ность при мочеиспускании, неприятные ложные позывы. В периоды ремиссий хронического цистита или уретрита симптомы могут быть весьма не­значительными либо отсутствовать.**

**У мужчин наиболее частым признаком урогенитального кандидоза явля­ется воспаление головки полового члена (баланит) и внутреннего листка крайней плоти (постит). Обычно эти воспаления сочетаются. Баланопостит развивается преимущественно у лиц с узкой и длинной крайней плотью и особенно часто при несоблюдении правил гигиены, Кандидозные балано-поститы полового происхождения у мужчин резко возросли вследствие ро­ста кандидозов мочеполовой системы у женщин, что связано с широким применением антибиотиков, противотрихомонадных и гормональных про­тивозачаточных препаратов. Почти во всех современных руководствах по венерологии кандидозные баланопоститы рассматриваются в группе забо­леваний, передаваемых половым путём (ЗППП).**

***Кандидозный баланопостит* проявляется зудом и жжением в области головки полового члена. Клиническая картина заболевания довольно вари­абельна. Кандидозный баланопостит может протекать в *эрозивной, мем-бранозноп и эритемно-пустулёзной* формах. Чаще всего на головке полового члена в области венечной борозды и на внутреннем листке край­ней плоти имеются гиперемия кожи, лёгкая отёчность и инфильтрация. На поражённых участках роговой слой мацерирован, влажный, покрыт белесо­вато-серым налётом, после удаления которого обнажается эрозивная по­верхность красного цвета. На головке полового члена могут располагаться мелкие поверхностные эрозии. Наружное отверстие уретры становится отёчным, краснеет, однако симптомов уретрита не имеется. На внутреннем листке крайней плоти очаги поражения покрываются белесоватым псевдо-мембранозным налётом. Крайняя плоть полового члена инфильтрирована, обнажение головки затруднено. По краю препуциального мешка возможно появление трещин. Из препуциального мешка отделяется небольшое коли­чество жидкого экссудата, иногда гнойного характера при присоединении вторичной пиококковой инфекции. При хроническом течении кандидозно-го баланопостита вследствие появления трещин по краю препуциального мешка и последующего рубцевания можег произойти постепенное рубцо-вое сужение крайней плоти полового члена с образованием стойкого при­обретенного фимоза. Возможны и другие осложнения, такие как гангрени-зация, рожистое воспаление полового члена, лимфангиты, лимфадениты, бородавчатые разрастания, язвы с вегетациями, кандидагранулёмы, карци­номы полового члена.**

***Кандидозный уретрит* встречается реже, чем баланопостит. Заболева­ние обычно начинается подостро, течение его торпидное. Инкубационный период длится в среднем 10-20 дней, иногда до 2мес. За несколько дней до выделений из уретры предшествуют парестезии в виде лёгкого зуда или жжения. Выделения изредка бываю! обильными, гнойными, но чаще скуд- ные, слизистые или водянистые. Для кандидозного уретрита характерно образование белесоватых налётов в виде творожистых пятен на слизистой облочке мочеиспускательного канала. Уретроскопическая картина канди­дозного уретрита весьма типична: видны диффузные и ограниченные беле­совато-серые налёты как при молочнице слизистых оболочек полости рта. После удаления налётов обнажается отёчная и резко гиперемированная слизистая оболочка уретры. Кандидозный уретрит может осложниться про­статитом, эпидидимитом, циститом, особенно при смешанной инфекции, обусловленной грибами и другими патогенными микроорганизмами.**

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Для лечения острых форм заболевания обычно применяется местное лечение.**

**Препараты группы имидазола**

**Миконазол:**

* **гино-дактанол 0,2 г (вагинальные таблетки);**
* **гино-дактарин 0,1 г (вагинальные свечи).**

**Таблетки или свечи вводят в задний свод влагалища в положении лёжа на спине по 1 шт. на ночь однократно.**

**Эконазол:**

* **гино-певарил 50 (крем 1%, гранулы 0,05 г; вагинальные свечи 0,15). Пре­
парат вводится в задний свод влагалища один раз в сутки на ночь в тече­
ние 2 недель.**
* **гино-певарил 150 (вагинальные свечи 0,15 г). Свечи вводят во влагалище
один раз в сутки на ночь в течение 3 дней.**

**Изоконазол:**

**• гино-травоген 0,6 г (вагинальные шарики). Препарат вводится в задний
свод влагалища на ночь.**

**Клотримазол:**

* **канестен (вагинальные таблетки ОД г; мазь 1%);**
* **канестен 1 (вагинальные таблетки 0,5 г; мазь 10%);**
* **канестен 3 (вагинальные таблетки 0,2 г; мазь 2%). Курс лечения канесте-
ном 6 дней.**
* **Клотримазол (вагинальные таблетки 0,1 и 0,2 г; крем 1%, мазь 1%, рас­
твор 1%, вагинальный крем 2%). Крем, мазь и раствор наносят тонким
слоем на поражённые участки кожи и слизистых 2-3 раза в сутки и ост­
орожно втирают. Курс лечения в среднем составляет 14 дней. Вагиналь­
ный крем вводится в задний свод влагалища по 0,5 г 1 раз в сутки на
ночь в течение 3 дней. Вагинальные таблетки вводят 1-2 раза в сутки в
течение 6 дней (целесообразно их применение сочетать с обработкой
кремом, мазью и раствором).**

**Бутоконазол:**

**• *2%* крем по 5,0 г интравагинально на ночь в течение 3 дней.**

**Тиоконазол:**

**• 6,5% мазь по 5,0 г интравагинально на ночь однократно.**

**Терконазол:**

**• Таблетки вагинальные по 80 мг на ночь 1 раз в сутки в течение 3 дней
или 0,4% крем (5,0 г) 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней. Противогрибковые антибиотики**

**Натамицин:**

***пимафуцин:* вагинальные таблетки 0,025 г; вагинальные свечи 0,1 г;
раствор во флаконах по 20,0 мл (в 1 мл раствора содержится 0,025 г ната-
мицина), крем в тубах по 30 г (в 1 г крема - 0,02 г натамицина). Крем и рас­
твор наносят на пораженную поверхность 1-4 раза в сутки. Вагинальные
таблетки применяются ежедневно на ночь или по 1 таблетке 2 раза в сутки
в течение 10 дней. ..**

**Нистатин:**

**мазь по 100 000 ЕД. Наносится на поражённую поверхность 2 раза в сут­ки. Курс лечения от 1 до 2-4 недель. Свечи вагинальные и ректальные: при­меняются 2 раза в сутки в течение 7 дней.**

**Леворин: таблетки 500 000 ЕД, Применяют по 500 000 ЕД 3-4 раза в су­тки в течение 14 дней.**

**Амфоглюкамин: таблетки 100 000 ЕД. Применяют по 200 000 2 раза в сутки через 30-40 мин после еды в течение 10-14 дней.**

**Одновременно с этиотропной терапией урогенитального кандидоза про­водят лечение фонового заболевания и по показаниям присоединяют пре­параты, стимулирующие резистентность организма.**

**ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БЕРЕМЕННЫХ**

**Для лечения беременных предпочтительно использовать местную тера­пию. Рекомендуемые препараты: клотримазол, миконазол, изоконазол, натамицин.**

**ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ДЕТЕЙ**

**Натамицин:**

**пимафуцин (раствор для местного применения во флаконах по 20,0 мл; 1 мл содержит 0,025 мг натамицина. При вагинитах у детей наносят 0,5-1,0 мл препарата 1 раз в сутки до исчезновения симптомов. Пероральные фор­мы применяются по 1/2 таблетки 2-4 раза в сутки.**

**Кетоконазол:**

**низорал, ороназол(таблетки 0,2 г). Принимают во время еды 2 раза в сутки из расчета 4-8 мг/кг массы тела (при массе тела свыше 30 кг назна­чают в тех же дозах, что и взрослым).**

**Флуконазол:**

**дифлюкаи.Назначают детям старше 1 года из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки.**

**При лечении хронической формы кандидозного вульвовагинита, кро­ме приема низорала внутрь по 200 мг 2 раза в день в течение 10 дней начи­ная с первого дня менструации (не менее 3-4 курсов), одновременно прово­дят местную терапию, которая состоит в следующем [Л.М.Ахрарова и со-авт., 1993] Продукты жизнедеятельности микроорганизмов и слущенного эпителия удаляют растворами 5-10% гидрокарбоната натрия (при кислой среде: рН до 5,5) или раствором хлоргексидина биглюконата (при нормальной и щелочной срепе: рН 8,0 и выше) 2-3 pаза в день Затем про-**

**изводят вагинальные аппликации 25-30% ДМСО на 10-15 мин с последую­щим осушением слизистой влагалища (1 раз в день ежедневно, всего 10-14 процедур). После этого шпателем наносят антимикотическую мазь (гино-певарил, клотримазол, мебетизол, леворин, нистатин или др.) на стенки и своды влагалища, шейку и наружные половые органы (ежедневно 2-3 раза в день). Вместо мази можно использовать вагинальные свечи с антимико-тиками 2 раза в день (гино-певарил, гино-дактарин, гино-травоген). Одно­временно можно использовать протеолитический фермент (террилитин) в виде вагинальных тампонов на ночь. В случае кандидоза прямой кишки применяют ректальные свечи с антимикотиками на протяжении всего кур­са лечения ежедневно 2-3 раза в день.**

**По окончании местной терапии с целью нормализации влагалищной ми­крофлоры рекомендуется провести 10-дневный курс лактобактерина по 5 доз интравагинально в виде микроклизм или тампонов на ночь. Курс лече­ния следует начинать после окончания менструаций. Повторные курсы ме­стного лечения начинают со второй половины менструального цикла (на 10-12-й день после окончания менструаций), их продолжительность 10-14 дней.**

**Больным хронической формой кандидоза рекомендуется проведение *патогенетической терапии* в зависимости от. выявленных нарушений ги­некологического, эндокринного и иммунного статуса:**

* **витаминотерапия (витамины С, В$, фолиевая кислота);**
* **антианемические препараты (ферроплекс, феррамид);**
* **препараты, регулирующие функцию и секрецию желудочно-кишечного
тракта (пепсидил, панкреатин, фестал);**
* **иммунокорригирующая терапия проводится тактивином (по 100 мкг под­
кожно ежедневно в течение 10 дней), декарисом, метилурацилом или
экстрактом плаценты по общепринятым методикам под контролем им­
мунологических показателей.**

**Имеются многочисленные нетрадиционные методы лечения вульвоваги-нального кандидоза. К таким альтернативным методам лечения относятся:**

* **применение йогурта, содержащего Lactobacillus spp.;**
* **пероральный прием капсул, содержащих рибосомы Candida albicans ce-
ротипов а и b (как попытка стимулировать иммунитет);**
* **использование Депо-Провера.**

**Каждый из перечисленных методов лечения при рецидивирующем вуль-вовагинальном кандидозе дает значительное клиническое улучшение.**

**Критериями излеченности урогенитального кандидоза являются ис­чезновение клинических проявлений заболевания, отрицательные результаты микробиологического исследования. Сроки наблюдения устанавливают­ся индивидуально в зависимости от длительности, характера клинических проявлений, распространённости урогенитального кандидоза. Следует при­нимать во внимание возможность хронического рецидивирующего характе­ра заболевания, реинфекции, кандидоносительства, а также сохранения факторов, способствующих развитию заболевания. Больных урогениталь-ным кандидозом следует информировать о том, что их половым партнёрам рекомендуется обследование и, при необходимости, лечение. Больным ре­комендуется воздерживаться от половой жизни до излечения или приме­нять барьерные методы предохранения.**

**ПРОФИЛАКТИКА**

**Профилактика урогенитального кандидоза состоит в соблюдении правил личной гигиены, эффективном лечении больных и уменьшении контактов с инфицированными пациентами. Для профилактики урогенитального кан­дидоза предложена внутривлагалищная вакцинация секреторными фунгицидными токсиноподобными антиидиотипическими антителами [Poloneili Let al., 2006].**

**литература**

1.**Антоньев А.А., Сомов Б.А., Цыркунов Л.П., Прохоренков В.И***.* Профес­сиональные болезни кожи: Руководство для врачей. — Красноярск: Изд-во Офсет, 1996.

 2.**Борисенко К.К.**Заболевания, передаваемые половым путем, определе­ние случаев заболевания для службы эпиднадзора. 1998.

 3**. Кубанова А.А., Акобян В.А. и др**. Бактериальный вагиноз: основные проявления, диагностика, лечение //Вестн.дерматол. 1996.№ 2.С.76-77.

 4. **Кубанова А.А., Акобян В.А. и др**. Состояние проблемы бактериального вагиноза // Вестн.дерматол. 1996.№ 3.С.22-26.

 **5. Скрипкин Ю.Ж., Машкиллейсон АЛ., Шарапова Г.Я***.* Кожные и венери­ческие болезни. — М.: Медицина, 1997. 464 с.

 **6.** **Соколова Г.А., Антонов В.Б., Романюк Ф.П. и др.**Кандидоз у больных с эндокринными заболеваниями. — СПб.: МАПО, 1998. С. 52.

 **7.** **Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Прохоренков В.И., Селисский Г.Д., Фе­доров С.М.**Дерматологическая синдромология. — Красноярск, 1998. 282 с.

 **8. Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым** путем: Справочник / Ю.К. Скрипкин, Г.Д. Селисский, СМ. Федоров, Ф.В. Хубиева. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 544 с.