**Вульвовагинальный кандидоз**

Вульвовагинальный кандидоз – заболевание, передающееся половым путем, возбудителем которого является Candida albicans,другие представители из семейства Candida sp. или другие дрожжеподобные грибы.

**Клинические проявления**

Типичными признаками вульвовагинального кандидоза являются зуд и выделения из влагалища. Среди других проявлений заболевания следует назвать болезненность при прикосновении к стенкам влагалища, ощущение жжения наружных половых органов, что делает половой акт для женщины весьма болезненным, приводя к ограничению ее половой активности. Еще одним проявлением вульвовагинального кандидоза является зуд и неприятные ощущения в области мочеиспускательного канала в момент отхождения мочи. Следует заметить, что не один из названных симптомов неспецифичен для вульвовагинального кандидоза, а потому только на основании жалоб поставить правильный диагноз невозможно. Считается, около 75% женщин как минимум один раз в жизни обнаруживали у себя проявления вульвовагинального кандидоза, а у 40% - 45% - выявлялось два и более эпизодов данного заболевания.

Специалисты выделяют неосложненный и осложненный вульвовагинальный кандидоз. Об неосложненном вульвовагинальном кандидозе говорят, если у пациентки имеет место один из следующих вариантов течения заболевания:

единичный или редкие случаи вульвовагинального кандидоза

легкое или средне тяжелое течение вульвовагинального кандидоза

вульвовагинальный кандидоз, вызванный Candida albicans

вульвовагинальный кандидоз имеет место у женщины без нарушений иммунитета

Об осложненном вульвовагинальном кандидозе говорят, если у пациентки имеет место один из следующих вариантов течения заболевания:

рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз

тяжелый вульвовагинальный кандидоз

вульвовагинальный кандидоз, обусловленный не Candida albicans

вульвовагинальный кандидоз, возникший у женщины на фоне одного из перечисленных ниже состояний:

декомпенсированный сахарный диабет (высокий, плохо поддающийся лекарственному лечению, уровень глюкозы в крови)

ослабленная тяжелым заболеванием пациентка

беременность

снижение активности иммунной системы (иммунносупрессия)

Согласно статистическим данным, около 10% - 20% женщин имеют осложненный вульвовагинальный кандидоз.

Неосложненный вульвовагинальный кандидоз

**Диагностика**

Заболевание может быть заподозрено на основании жалоб пациентки на зуб и жжение в области наружных половых органов с наличием белесоватых выделений из влагалища. Диагноз выставляется на основании обнаружения при микроскопии дрожжеподобных грибов и псевдогифов в выделениях из влагалища, предварительно разведенных 10% раствором гидроокиси калия или солевым раствором и окрашенных их по Граму. Еще одним подтверждающим диагноз вульвовагинального кандидоза методом является культуральный (посев выделений на специальные среды, пригодные для роста дрожжеподобных грибов). Поскольку Candida vaginitis не влияет на уровень рН во влагалище (<4.5), использование 10% раствора KOH облегчает обнаружение дрожжей и мицелл. Щелочь разрывает связи между ними (в выделениях грибы могут образовывать скопления, природу которых визуально сложно определить), что позволяет более точно оценить структуру грибов.

**Лечение**

Кого лечить?

Всех женщин, в том числе и беременных, у которых имеются симптомы заболевания и вульвовагинальный кандидоз подтвержден лабораторными методами. Если у женщины симптомы заболевания отсутствуют, однако лабораторными методами установлено наличие во влагалище грибов из рода Candida, лечение не показано, поскольку приблизительно у 10% - 20% пациенток имеет место «здоровое носительство» этих и других дрожжеподобных грибов во влагалище. У большинства соматически здоровых женщин с наличием неосложненного вульвовагинального кандидоза отсутствуют факторы, которые могли бы вызвать появление симптомов заболевания.

Однако у небольшой части женщин, у которых колонизация влагалища грибами рода Candida протекает бессимптомно, применение антибиотиков может быть причиной возникновения клинических проявлений вульвовагинального кандидоза. В тоже время, нередкое сочетание вульвовагинального кандидоза с другими заболеваниями, передающиеся половым путем, делает лечебное воздействие на все присутствующие во влагалище патогенные микроорганизмы вполне обоснованным.

Лечение сексуальных партнеров не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда у женщины наблюдается рецидив инфекции или у мужчины имеет место балантит (покраснение желез на половом члене в сочетании с зудом и жжением в этой области).

Как лечить?

Наиболее распространенным режимом лечения вульвовагинального кандидоза является короткий курс (одноразовая доза или лечение в течение 2-3 дней) местно действующих лекарственных, или топических, препаратов. В качестве основной группы топических лекарственных препаратов используют азолы, которые по своей эффективности превосходят нистатин. Азолы позволяют добиться устранения проявлений заболевания и исчезновения грибов рода Candida из влагалища у 80% - 90% пациентов, которые полный курс лечения.

Рекомендуемая противогрибковая терапия (все препараты используются внутривагинально, режим и схема назначения могут варьировать – один из предложенных вариантов):

бутоконазол в виде 2% крема по 5 г в течение 3 дней

бутоконазол (с эффектом длительного высвобождения) в виде 2% крема 5 г однократная аппликация

клотримазол, 1% крем, по 5 г в течении 7 - 14 дней

клотримазол 100 мг по 1 вагинальной таблетке 7 дней

клотримазол 100 мг по 2 вагинальные таблетки 3 дня

клотримазол 500 мг одна вагинальная таблетка однократно

миконазол 2% крем по 5 г 7 дней

миконазол 100 мг по 1 вагинальной свечи 7 дней

миконазол 200 мг по 1 вагинальной свечи 3 дня

нистатин 100,000 ЕД вагинальная таблетка, по 1 таблетке 14 дней

тиконазол 6.5% мазь 5 г однократная аппликация

терконазол 0.4% крем 5 г 7 дней

терконазол 0.8% крем 5 г 3 дня

терконазол 80 mg, по 1 вагинальной свече 3 дня

Топические препараты также назначают и мужчинам (см. выше).

Из лекарственных препаратов для приема внутрь рекомендуют использовать флуконазол 150 мг по одной таблетке однократно.

**Контроль эффективности лечения**

В случае исчезновения симптомов заболевания повторное обследование не обязательно. Однако пациентка должна быть предупреждена, что ей следует обратиться за медицинской помощью к специалисту в случае, если в первые 2 месяца после завершения лечения у нее появятся ранее наблюдавшиеся симптомы вульвовагинального кандидоза.

**Что следует знать в период лечения?**

Все применяемые внутривагинально кремы, мази и свечи имеют масляную основу, а потому могут повышать проницаемость и снижать прочность презервативов и колпачков, что следует учитывать при использовании этих изделий в качестве противозачаточных и предотвращающих заражение заболеваний, передающихся половым путем, средств.

Самостоятельно покупать и принимать лекарственные препараты для лечения вульвовагинального кандидоза рекомендуется только тем женщинам, у которых уже был ранее диагностирован вульвовагинальный кандидоз и у них имеет место повторное появление (рецидив) аналогичных ранее наблюдавшихся симптомов. Женщины, у которых симптомы наблюдаются после лечения топическими препаратами или рецидив симптомов возник в течение первых двух месяцев после завершения лечения, должны обратиться за медицинской помощи к специалисту. Бесконтрольное и необоснованное использование местно действующих препаратов снижает эффективность лечения вульвовагинитов, не обусловленных грибковой инфекцией, и является причиной развития побочных эффектов.

Топические лекарственные препараты как правило не вызывают системных побочных эффектов, тогда как местно могут вызывать у части пациентов жжение или раздражение. Принимаемые внутрь азолы могут обусловить появление тошноты, боли в животе и головной боли, а также у части пациенток возможно повышение печеночных ферментов (трансаминаз). Важно знать, совместное применение системных азолов со многими лекарственными препаратами может характеризоваться взаимным усилением (потенцированием) эффектов, в том числе и побочных. К таким препаратам следует отнести противоаллергическое средство астемизол, блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин, дилтиазем), прокинетик цисаприд, таблетированные сахароснижающие препараты, антибиотики рифампицин, ингибитор проотеолитических фе5рментов апротинин, теофилин и некоторые другие.

**Осложненный вульвовагинальный кандидоз**

**Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз**

Данный вариант течения заболевания встречается менее чем у 5% женщин. Он диагностируют в случае, если у пациентки в течение года наблюдается четыре и более эпизодов вульвовагинального кандидоза.

Среди причин частого рецидивирования вульвовагинального кандидоза специалисты рассматривают инфицирование атипичными штаммами дрожжеподобных грибов, например Candida glabrata, которые не образуют гифы и псевдогифы, а потому микроскопическая диагностика их затруднена. Кроме того, эти грибы, равно как и другие дрожжеподобные, не относящиеся к Candidia albicans, штаммы менее чувствительны к стандартной противогрибковой терапии.

Лечение

В тех случаях, когда рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз обусловлен грибом Candidia albicans, он хорошо реагирует на короткий курс азолами, которые могут назначаться как внутрь, так и местно. Однако, учитывая необходимость клинического и микологического контроля, специалисты рекомендуют более продолжительную начальную терапию рецидивирующего вульвовагинального кандидоза. Как один из вариантов пролонгированного противогрибкового лечения может быть предложен 7-14 дневный курс топической терапии азолами или внутрь 150 мг флуконазола с повторным приемом аналогичной дозы препарата через три дня. Как правило, такой ежим позволяет достичь микологической ремиссии (отсутствие грибов в выделениях) перед началом поддерживающего противогрибкового лечения.

Поддерживающая противогрибковая терапия

Рекомендованы следующие режимы поддерживающей противогрибковой терапии

Клотримазол (500 мг в виде вагинальной свечи 1 раз в неделю

Кетоконазол (100 мг 1 раз в день

Флуконазол (100 – 150 мг 1 раз в неделю

Итраконазол (400 мг 1 раз в месяц или 100 мг 1 раз в день

Учитывая тот факт, что продолжительность поддерживающего лечения должна достигать 6 месяцев, в среднем у одной из 10 – 15 тыс. пациенток, принимающих кетоконазол, может возникнуть повреждение печени. Поэтому весь период проведения поддерживающей противогрибковой терапии следует периодически контролировать функциональное состояние печени.

Использование поддерживающего противогрибкового лечения позволяет снизить частоту развития рецидивирующего вульвовагинального кандидоза. Однако, у 30% - 40% женщин сразу же после прекращения поддерживающей противогрибковой терапии наблюдается рецидив заболевания. При этом данные о целесообразности стандартного лечения половых партнеров при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе остаются противоречивыми.

Тяжелый вульвовагинальный кандидоз

О тяжелом течении вульвовагинального кандидоза следует говорить в случае, если у женщины обнаруживается выраженное покраснение наружных половых органов, их отек, участки эрозии слизистой оболочки с формированием трещин. Как правило, такой вульвовагинит развивается у женщин при слабом ответе на проводимую стандартную терапию (не зависимо от способа введения лекарственного препарата – внутрь или местно). В таких случаях рекомендуют использовать один из следующих режимов:

7-14 дневный курс топической терапии азолами

внутрь 150 мг флуконазола с повторным приемом аналогичной дозы препарата через 72 часа

Вульвовагинальный кандидоз, обусловленный грибами, не относящимися к Candidia albicans

Оптимальное лечение вульвовагинального кандидоза, обусловленного грибами, не относящимися к Candidia albicans, до настоящего времени не определено. В качестве первоочередного режима лечения (терапия первой линии) рекомендуют использовать азолы, кроме флуконазола, в течение 7 – 14 дней. В тех случаях, когда развивается рецидив заболевания рекомендуют использовать 600 мг борной кислоты в желатиновой капсуле внутрь влагалища 1 раз в две недели. Этот режим позволяет добиться клинического и микологического излечения в 70% случаев.

В качестве дополнительных препаратов могут быть использованы местно 4% флуцитозин (обсудить с врачом целесообразность применения, поскольку данные о безопасности препарата при длительном применении пока отсутствуют). Если несмотря на лечение вульвовагинальный кандидоз, обусловленный грибами, не относящимися к Candidia albicans, продолжает рецидивировать, рекомендовано поддерживающий режим с ежедневным использованием вагинальных свечей нистатина по 100,000 ЕД. Такой режим лечения, по мнению специалистов, может оказаться более эффективным.

Женщины с сопутствующими заболеваниями (см. выше)

Данная категория пациенток, как правило не чувствительна к коротким курсам терапии. Поэтому наряду с коррекцией сопутствующих заболеваний показаны более длительные (7 - 14 дней) курсы противогрибковой терапии (см. выше).

Беременность

Для беременных единственным рекомендованным режимом лечения вульвовагинального кандидоза является назначение топических азолов в течение 7 дней.

ВИЧ-инфицированные

Лечение вульвовагинальный кандидоза у ВИЧ-инфицированных женщин не отличается от ранее приведенного лечения не инфицированных этим вирусом пациенток. Не смотря на то, что длительная профилактическая терапия флуконазолом в дозе 200 мг в неделю позволяет эффективно устранять колонизацию Candidia albicans и симптомы вульвовагинального кандидоза, у ВИЧ-инфицированных женщин данный режим не рекомендуется назначать для рутинной первичной профилактики кандидоза, при отсутствии его рецидива.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://unimed-dnk.ru/>