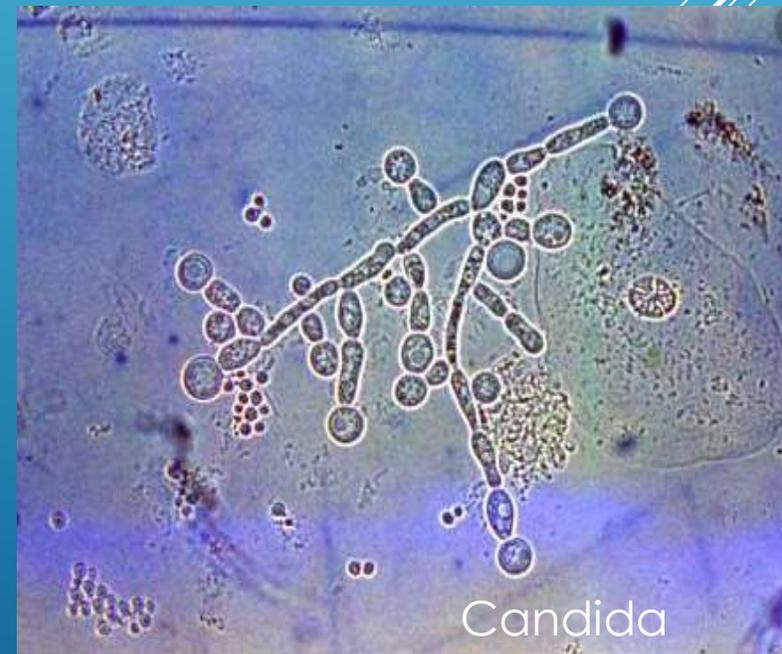


# УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ



- ▶ Урогенитальный кандидоз – заболевание мочеполового тракта воспалительного характера, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.
- ▶ *Candida spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (в частности, к слизистой оболочке влагалища).



## Этиология и патогенез

Возбудителем УГК являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. На долю *C. albicans* в этиологической структуре УГК приходится от 80 до 93%, на долю *C. non-albicans* (наиболее часто выявляемые – *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, реже – *C. guilliermondi*, *C. kefyr*) - 10–17%. *C. non-albicans* выявляются при УГК, ассоциированным с рецидивирующим течением, сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией.

## Факторы риска урогенитального кандидоза:

### **Эндогенные:**

- эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патологию щитовидной железы и др.)
- фоновые гинекологические заболевания, нарушения состояния местного иммунитета;

### **Экзогенные:**

- прием антибактериальных, глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов, иммунодепрессантов, лучевую терапию;
- ношение тесной одежды, белья из синтетических тканей,
- регулярное применение гигиенических прокладок,
- длительное использование внутриматочных средств, влагалищных диафрагм, спринцевания, использование спермицидов.

## **В развитии урогенитального кандидоза выделяют следующие этапы:**

- ▶ адгезия грибов к слизистой оболочке с ее колонизацией
- ▶ инвазия в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки
- ▶ попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов
- ▶ проникновение в сосуды и гематогенная диссеминация с поражением органов и систем.

УГК не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако это не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин – половых партнеров женщин с УГК.

- ▶ Кодирование по МКБ 10
- ▶ **Кандидоз (B37):**
- ▶ B37.3 – Кандидоз вульвы и вагины
- ▶ B37.4 – Кандидоз других урогенитальных локализаций
- ▶ N51.2 – Кандидозный баланит
- ▶ N37.0 – Кандидозный уретрит

# МКБ-10

Международная  
статистическая  
классификация  
болезней и проблем,  
связанных  
со здоровьем

Десятый пересмотр

ТОМ 1 (часть 2)



Всемирная организация здравоохранения  
Женева

## В зависимости от течения выделяют:

- ❑ Острый УГК
- ❑ Хронический рецидивирующий УГК

### У женщин:

- ▶ вагинит
- ▶ вульвовагинит
- ▶ цервицит

### У мужчин:

- ▶ баланит
- ▶ баланопостит
- ▶ уретрит

▶ Рядом экспертов предлагается иная клиническая классификация:

- ▶ 1) неосложнённый (спорадический) УГК: как правило, вызывается *C.albicans*; является впервые выявленным или развивающимся спорадически (менее 4 раз в год); сопровождается умеренными проявлениями вульвовагинита; наблюдается у женщин, не имеющих факторов риска развития заболеваний, сопровождающихся подавлением реактивности организма (сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.);
- ▶ 2) осложнённый УГК: сопровождается выраженными объективными симптомами вульвовагинита (яркая островоспалительная эритема, отек, изъязвления, трещины слизистых оболочек и кожи перианальной области); является рецидивирующим (развивается 4 и более раза в год); наблюдается у женщин, имеющих факторы риска развития заболевания, сопровождающиеся подавлением реактивности организма; вызывается *C.non-albicans*.

## Клиническая картина

- ▶ **Объективные симптомы у женщин:** гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища; белые, желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные вагинальные выделения, адгезированные на слизистой оболочке вульвы, в заднем и боковых сводах влагалища; трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки и перианальной области; при рецидивирующем кандидозном вульвовагините выражены сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.
- ▶ **Объективные симптомы у мужчин:** гиперемия и отечность в области головки полового члена; высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом; трещины в области головки полового члена, гиперемия губок уретры, выделения из уретры, нередко-творожистого характера.



## Жалобы и анамнез

- ▶ Субъективные симптомы у женщин: белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией; зуд, жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области; дискомфорт в области наружных половых органов; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).
- ▶ Субъективные симптомы у мужчин: покраснение и отечность в области головки полового члена; зуд, жжение в области головки полового члена; высыпания в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом; дискомфорт в области наружных половых органов; диспареуния (болезненность во время половых контактов); дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).

## Лабораторная диагностика

- ▶ **Рекомендуется** верификация диагноза урогенитального кандидоза на основании результатов лабораторных исследований микроскопическим методом (исследование препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму, нативных препаратов и препаратов с добавлением 10% раствора KOH), культуральным методом (с видовой идентификацией возбудителя), молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+)**

- ▶ **Комментарии:** чувствительность микроскопического исследования составляет 65-85%, специфичность (при наличии клинических проявлений) – 100%. Культуральное исследование показано при отрицательном результате микроскопии на фоне клинических проявлений заболевания, при рецидивирующем течении УГК с целью определения тактики лечения. Необходимость видовой идентификации возбудителя культуральным или молекулярно-биологическим методами в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Candida* к антимикотическим препаратам. В случаях неудачи проведенной терапии культуральное исследование может использоваться для определения чувствительности выделенных грибов *Candida spp.* к антимикотическим препаратам.
- ▶ **2.4 Инструментальная диагностика**
- ▶ Не применяется.



## ▶ Консервативное лечение

▶ **Рекомендовано** у женщин для лечения урогенитального кандидоза применять **интравагинально** один из следующих препаратов:

▶ клотримазол\*\* вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней

▶ или

▶ клотримазол\*\* вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

▶ или

▶ клотримазол\*\* крем 1% 5 г 1 раз в сутки перед сном в течение 7-14 дней

▶ или

▶ натамицин\*\* вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

▶ или

▶ миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

▶ или

▶ бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки перед сном однократно

▶ или

▶ итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней [3, 14, 15].



▶ **Рекомендовано** у женщин для лечения урогенитального кандидоза **перорально** применять один из следующих препаратов:

▶ флуконазол\*\* 150 мг однократно.

ИЛИ

▶ итраконазол 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней.

▶ **Рекомендовано** увеличение длительности интравагинальной терапии препаратами группы азолов до 10-14 дней или увеличение дозы флуконазола: 150 мг перорально дважды с промежутком в 72 часа при наличии выраженных объективных симптомов кандидозного вульвовагинита.



- ▶ **Комментарий:** лечение хронического рецидивирующего УГК проводить в два этапа. Целью первого этапа является купирование рецидива заболевания. Для этого используются схемы лечения, указанные выше.
- ▶ **Рекомендовано** применение местнодействующих азольных препаратов курсом до 14 дней или флуконазола: 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 часа при хроническом рецидивирующем урогенитальном кандидозе, вызванном чувствительными к азолам *Candida* [3, 23].
- ▶ **Рекомендовано** лечение натамицином: 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 6-12 дней при выявлении *C. non-albicans*.
- ▶ **Рекомендована** поддерживающая терапия после достижения клинического и микробиологического эффекта (второй этап) для лечения рецидивирующего урогенитального кандидоза в течение 6 месяцев одним из препаратов:
  - ▶ натамицин\* вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю [6-8, 10, 26, 27].
  - ▶ или
  - ▶ клотримазол\* вагинальная таблетка 500 мг один раз в неделю [6-8, 10, 26, 27].
  - ▶ или
  - ▶ флуконазол\* 150 мг перорально 1 раз в неделю [6-8, 10, 26, 27].

**Рекомендовано** для лечения беременных  
**интравагинально назначать:**

- ▶ натамицин\* вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3-6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности).

или

- ▶ клотримазол\* вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности).

или

- ▶ клотримазол\* 1% крем 5 г 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности).



- ▶ **Рекомендовано** для лечения урогенитального кандидоза **у мужчин перорально назначать:**
- ▶ флуконазол\*150 мг однократно.
- ▶ или
- ▶ итраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней.
- ▶ **Рекомендовано** для лечения урогенитального кандидоза у мужчин наружно назначать:
- ▶ натамицин\* 2% крем 1-2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней.
- ▶ или
- ▶ клотримазол\* 1% крем 2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней.
- ▶ **Рекомендовано** для лечения урогенитального кандидоза у детей применение флуконазол\* 2 мг на 1 кг массы тела — суточная доза внутрь однократно.
- ▶ **Комментарии:** При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется назначение иных препаратов или методик лечения. В случае УГК, резистентного к стандартной терапии, а также рецидивирующей формы УГК рекомендована видовая идентификация *Candida*, определение чувствительности к антимикотическим препаратам, а также проведение патогенетического лечения, направленного на исключение факторов, предрасполагающих к поддержанию хронического течения заболевания.

## Профилактика

- ▶ соблюдение правил личной и половой гигиены;
- ▶ избегать частой смены половых партнеров;
- ▶ избегать случайные половые связи;
- ▶ использование средств барьерной контрацепции;
- ▶ избегать бесконтрольного и частого употребления антибактериальных, гормональных препаратов,
- ▶ своевременное лечение эндокринной патологии (нарушений углеводного и жирового обмена, заболеваний щитовидной железы), фоновых гинекологических заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта,
- ▶ не использовать влагалищные души, частые спринцевания;
- ▶ отказаться от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок,
- ▶ предотвратить длительное использование внутриматочных средств и влагалищных диафрагм.