Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства зравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф.

В.И. Прохоренкова

Зав. каф. д.м.н., доц. Карачева Ю.В.

**РЕФЕРАТ**

Урогенитальный кандидоз

Выполнил ординатор

2 года обучения

Филимонова Юлия Андреевна

Красноярск 2021

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение 3

Этиология и патогенез 4

Клинические проявления 6

Диагностика 9

Лечение 11

Список литературы 13

**ВВЕДЕНИЕ**

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 И ПАТОГЕНЕЗ**

К грибам рода Candida, вызывающим развитие урогенитального кандидоза (УГК), относятся Candida albicans – доминирующий возбудитель заболевания (выявляется у 90-95% больных УГК), а также представители Candida non-albicans видов (чаще – C. glabrata, C. tropicalis, C. krusei, C. parapsilosis, реже - C. lipolytica, C. rugosa, C. norvegensis, C. famata, C. zeylanoides), выявляемые, как правило,  при рецидивирующем УГК, протекающем на фоне сахарного диабета, ВИЧ-инфекции, постменопаузы.

Candida spp. – условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (например, слизистой оболочке влагалища).

УГК является широко распространенным заболеванием, чаще наблюдается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации кандидозного вульвовагинита составляет 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70-75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом у 5-10% из них заболевание приобретает рецидивирующий характер. К 25 годам около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Кандидозный вульвовагинит редко наблюдается у женщин в постменапаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию.  
  
УГК не относится  к инфекциям, передаваемым половым  путем, однако это не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин – половых партнеров  женщин  с УГК.

**Эндогенные факторы риска развития УГК:**

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

**Экзогенные факторы риска:**

* прием антибактериальных, глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов
* прием иммунодепрессантов
* лучевая терапия
* ношение тесной одежды, белья из синтетических тканей
* регулярное применение гигиенических прокладок
* длительное использование внутриматочных средств, влагалищных диафрагм, спринцевания, использование спермицидов.  
    
  Вопрос о причинах формирования рецидивирующего УГК не решен окончательно, так как рецидивирующие формы заболевания встречаются и у женщин, не имеющих вышеперечисленных факторов риска. Ведущее значение в развитии рецидивирующих форм УГК придают локальным иммунным нарушениям, обусловленным врожденными качествами эпителиоцитов влагалища.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**Клиническая классификация:**

* 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 заболевания, сопровождающихся подавлением реактивности организма (сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.).
* осложнённый УГК: как правило, вызывается *Candida non-albicans*; является рецидивирующим (развивается 4 и более раза в год); сопровождается выраженными объективными симптомами вульвовагинита (яркая островоспалительная эритема,  отек, изъязвления, трещины слизистых оболочек и кожи перианальной области);  наблюдается у женщин, имеющих факторы риска развития заболевания, сопровождающиеся подавлением реактивности организма.  
    
  **Женщины**  
  *Субъективные симптомы:*
* 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).

*Объективные симптомы:*

* 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 может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификации в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.

*Осложнения:*  
воспалительные заболевания органов малого таза; возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретроцистит). На фоне урогенитального кандидоза возрастает частота развития осложнений течения беременности, а также увеличивается риск анте- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели или преждевременным родам. В послеродовом периоде у женщин возможно развитие кандидозного эндометрита.  
  
**Мужчины**  
*Субъективные симптомы:*

* 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).

*Объективные симптомы:*

* 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.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагностика основана на результатах лабораторных исследований:

* микроскопическое исследование нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму (при УГК наблюдается преобладание вегетирующих форм грибов *Candida* – псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток). Чувствительность микроскопического исследования составляет 65-85%, специфичность (при наличии клинических проявлений) – 100%.
* культурального исследования с видовой идентификацией возбудителя    (*С. albicans, C. non-albicans,*грибов не *Candida* родов), которое показано при клинических проявлениях УГК, при отрицательном результате микроскопического исследования на фоне клинических проявлений заболевания, при рецидивирующем течении УГК с целью определения тактики лечения. Необходимость видовой идентификации возбудителя культуральным методом в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов грибов рода *Саndidа* к антимикотическим препаратам. В случаях неудачи проведенной терапии культуральное исследование может использоваться с целью определения чувствительности выделенных грибов *Candida* *spp.*к антимикотическим препаратам.
* для детекции грибов рода *Candida* могут быть использованы молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Необходимость видовой идентификации возбудителя в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Саndidа* к антимикотическим препаратам.

Дифференциальную диагностику урогенитального кандидоза следует проводить с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis, M. genitalium) и условно-патогенными микроорганизмами (генитальными микоплазмами, факультативно-анаэробными, аэробными и анаэробными микроорганизмами, в том числе ассоциированными с бактериальным вагинозом), вирусом простого герпеса.

**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).  
***Эконазол:***  
• гино-певарил 50 (крем 1%, гранулы 0,05 г; вагинальные свечи 0,15).   
• гино-певарил 150 (вагинальные свечи 0,15 г).   
***Изоконазол:***  
• гино-травоген 0,6 г (вагинальные шарики).   
***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%).   
• Клотримазол (вагинальные таблетки 0,1 и 0,2 г; крем 1%, мазь 1%, рас¬  
твор 1%, вагинальный крем 2%).   
***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).   
***Нистатин:***  
мазь по 100 000 ЕД;

свечи вагинальные и ректальные.  
***Леворин:*** таблетки 500 000 ЕД.  
***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.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Кубанова А.А., Акобян В.А. и др. Бактериальный вагиноз: основные проявления, диагностика, лечение // Вестн.дерматол. 1996. №2.
2. Скрипкин Ю.Ж., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 1997. 464 с.
3. 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.
4. Антоньев А.А., Сомов Б.А., Цыркунов Л.П., Прохоренков В.И. Профессиональные болезни кожи: Руководство для врачей. — Красноярск: Изд-во Офсет, 1996.