

Урогенитальный кандидоз: современное состояние проблемы

Г. И. Мавлютова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Л. А. Юсупова, Л. Р. Галиева

Урогенитальный кандидоз (УК) является одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины. Его высокая социальная значимость обусловлена широкой распространенностью (по данным ВОЗ, кандидозный вульвовагинит занимает второе место среди всех вульвовагинальных инфекций), особенно среди женщин репродуктивного возраста. Одной из особенностей УК является склонность к рецидивирующему течению, что ухудшает качество жизни пациентов [9]. Кандидоз мочеполовой системы встречается в 10 раз чаще у женщин, чем у мужчин. Около 75% женщин в течение своей жизни перенесли хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза. У 10% заболевание приобретает рецидивирующий и длительный характер [1].

Дрожжеподобные грибы, как сапрофитирующая флора, обитают на коже поверхности слизистых оболочек половых органов, сообщаясь с внешней средой. *Candida* могут выявляться у здоровых людей, особенно часто в детском возрасте. Наиболее часто — в 50% со слизистых оболочек ротовой полости и влагалища. Также в 1–5% выявляются на слизистой оболочке носа и конъюнктивы глаза, желудочном соке, моче вследствие иммунодепрессивного состояния организма [6].

Этиологическими агентами урогенитальной кандидозной инфекции в 90–95% являются дрожжеподобные грибы *Candida albicans*, но возможно выделение других видов грибов рода *Candida non-albicans* (*C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* и др.). Грибы рода *Candida non-albicans* выявляется, как правило, при рецидивирующем УК, протекающем на фоне постменопаузы, сахарного диабета (СД), ВИЧ-инфекции [3]. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* являются одноклеточными микроорганизмами размером от 5 до 10 мкм, содержат цитоплазму с хондриосомами, ядро, вакуоль и другие включения. Морфологически грибы *Candida* полиморфны и могут существовать в виде молодых клеток круглой или яйцевидной формы и в виде зрелых клеток — удлинённой или округлой формы. Грибы рода *Candida* диморфны: в различных условиях они образуют псевдомицелий и бластоспоры [10]. Грибы *Candida* относятся к условно-патогенным растительным микроорганизмам. Благоприятным условием для роста гриба считается температура 37 °С и кислотность среды pH 5,8–6,5. Грибы являются факультативными анаэробами [9].

Факторы, способствующие возникновению кандидоза, подразделяются на эндогенные и экзогенные. К эндогенным факторам относятся: эндокринные заболевания (СД, нарушение углеводного обмена, заболевания эндокринных желез и др.), резкое снижение иммунитета и ослабление организма, злокачественные новообразования, хронические заболевания (инфекционные и неинфекционные), заболевания желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, болезнь Крона и т. д.), последствия физиологического состояния женского организма (беременность) и гинекологических заболеваний (кольпит, эндоцервицит, аднексит) и т. д. К экзогенным: травмы, гипергидроз, приводящий к мацерации кожи, применение антибактериальных, глюкокортикостероидных, цитостатических, иммуносупрессивных препаратов, длительное ношение внутриматочной спирали, спринцевание, тесная синтетическая одежда, первый половой контакт и др. [3].

В патогенезе представлены молекулярные механизмы кандидоза и иммунитета. В организме человека грибы находятся под воздействием неспецифических факторов (пероксидазная активность клеток крови, главным образом моноцитов, эозинофилов, нейтрофилов, сывороточные липопротеиды, железосодержащие белки и др.) и специфических клеточных и гуморальных факторов иммунитета. Дефицит миелопероксидазы выявлен у больного кандидозом, что обусловило сохранение поглощения нейтрофилами грибов, но вследствие отсутствия фунгицидной активности наблюдался незавершенный фагоцитоз, причем грибы были способны к размножению внутри клеток, а при разрыве клеток происходила диссеминация их в организме человека [9].

К гуморальным специфическим механизмам иммунитета относятся комплементарные антитела IgG и преципитирующие антитела IgM. Однако ведущая роль в формировании резистентности организма к грибам *Candida* придается клеточным факторам защиты. Абсолютная или функциональная недостаточность Т-лимфоцитов ведет к недостаточности В-лимфоцитов, которые при внедрении грибов *Candida* в организм трансформируются в плазматические клетки, вырабатывающие специфические IgA [7].

В развитии кандидозной инфекции выделяют следующие этапы [8]:

1. Контаминация происходит обычно через медицинский инструментарий, руки, предметы ухода, родовые пути.
2. Адгезия (прикрепление) грибов к поверхности кожи и слизистой оболочке.
3. Колонизация грибами слизистой оболочки — происходят размножение грибковых клеток и заселение ими слизистых, без признаков воспаления.
4. Инвазия (внедрение) в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов.
5. Гематогенная диссеминация с поражением различных органов и систем. Возникновение вторичных очагов в

различных органах и тканях.

6. Клинические проявления данного возбудителя.

Классификация кандидоза включает [8]:

I. Поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек:

1) поражение кожи:

- крупных складок;
- гладкой кожи, вне складок;
- межпальцевые эрозии кистей и стоп;
- дерматит ладоней и подошв;

2) поражение слизистых оболочек рта:

- стоматит;
- глоссит;
- ангина;
- заеда;
- хейлит;

3) онихии и паронихии;

4) кандидамикиды (левуриды);

5) урогенитальный кандидоз (баланопостит, вульвовагинит).

II. Глубокий (системный) кандидоз:

1) висцеральный кандидоз;

2) хронический генерализованный гранулематозный кандидоз;

3) кандидасепсис.

Кандидозный вульвит

Кандидозный вульвит — это воспалительный процесс кожных покровов и слизистых оболочек наружных половых органов, вызванный дрожжеподобными грибами [9].

Острый и подострый вульвит

Больных беспокоит интенсивный зуд и жжение на коже и слизистых аногенитальной области, болезненные ощущения во время полового акта, дискомфорт в области наружных половых органов. Зуд, как правило, носит постоянный характер, сопровождается расчесами, являясь причиной нарушения сна и эмоционального состояния женщины. Больные отмечают цикличность зуда, резкое обострение в предменструальный период и затихание в менструальную и постменструальную фазу цикла. Обильные белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из влагалища, как правило, усиливающиеся перед менструацией. При осмотре выявляются признаки острого воспаления: гиперемия с багрово-синюшным оттенком. Слизистые оболочки малых половых губ, клитора отечные, сухие. На наружных половых органах и стенках влагалища высыпания в виде мелких везикул, которые, вскрываясь, образуют точечные или слившиеся между собой эрозии с полициклическими краями и отторгшимся эпидермисом по периферии. Также можно увидеть многочисленные экскориации, линейные трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки влагалища и перианальной области. На наружных половых органах нередко налеты белого или желтовато-белого цвета «крошковатой» консистенции. При микроскопии их обнаруживается обилие почкующихся клеток и псевдомицелий. При этом уровень pH вагинального отделяемого в пределах нормы (3,8–4,5), аминотест отрицательный. Длительность заболевания в острой форме не превышает 2 месяцев [11].

Кандидозный вульвит переходит в хроническую форму при длительности заболевания более двух месяцев. Выделяют две формы течения процесса: персистирующую и рецидивирующую. При персистирующей форме симптомы заболевания сохраняются постоянно, после лечения симптомы уменьшаются. При рецидивирующем процессе регистрируются 4 обострения и более в год клинически выраженных эпизодов данного заболевания. Больных беспокоит за неделю до менструального цикла жжение и зуд в области наружных половых органов, незначительные творожистые выделения из влагалища. В постменопаузальный период симптомы затихают. При осмотре слизистой оболочки наружных половых органов наблюдается застойная гиперемия и инфильтрация. Нередко отмечают сухость, атрофичность и лихенификация в области поражения [9].

При микроскопическом исследовании соскоба чешуек и скудных серовато-белых пленок, взятых из наружных половых органов, выявляется умеренное количество дрожжевых клеток [3].

Кандидозный кольпит

Кандидозный кольпит характеризуется длительностью течения, частым рецидивирующим процессом, может распространяться на другие органы и системы с развитием генерализованных форм кандидоза. В настоящее время выделяют три клинические формы заболевания: кандидоносительство, острую и хроническую форму. Кандидоносительство характеризуется отсутствием симптомов заболевания. Однако при микробиологическом исследовании в отделяемом влагалища обнаруживаются почкующиеся формы дрожжеподобных грибов, при отсутствии псевдомицелия (10^4 КОЕ/мл). Встречается у 20% женщин репродуктивного возраста [7].

При остром и подостром кольпите слизистые оболочки шейки матки и влагалища гиперемизованы, отечны, имеется утолщение складок влагалища. Из половых путей обильные творожистые выделения. При осмотре на коже и слизистых оболочках вульвы и влагалища высыпания в виде везикул. При кольпоскопии обнаруживаются обильные крошковатые творожистые пленки, легко удаляемые тампоном. Длительность заболевания острой формой кандидоза не превышает 2 месяцев [7].

При хроническом кандидозном кольпите слизистые оболочки влагалища и шейки матки пастозны, с небольшой подкожной гиперемией. На коже и слизистых оболочках вульвы и влагалища преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации и атрофичности тканей. Выделения могут быть белыми или иметь «нормальный», слизистый, вид [7].

Кандидозный уретрит

Кандидозный уретрит практически всегда сопровождается воспалительным процессом и во влагалище. Симптомы заболевания проявляются на 2–3 день после заражения. При уретрите наблюдается зуд и жжение, резь, болезненное мочеиспускание, учащенные позывы. Больных беспокоят боли внизу живота, дискомфорт при половом акте. При осмотре мочеиспускательного канала наблюдается гиперемия и отечность губок уретры, белые творожные выделения из мочеиспускательного канала и влагалища, сухость слизистых оболочек [5].

Кандидозный цистит

При кандидозном цистите больных беспокоят частые походы в туалет с ощущением неполного мочеиспускания и желания его продолжить, значительное сокращение порций, выделяемой мочи. Изменяется цвет, прозрачность, появляются кровяные включения и специфический запах. При обострении повышается температура тела, больных беспокоит боль в нижней части живота, появляется зуд и жжение в промежности. При культуральном исследовании осадка стерильно взятой мочи — обильный рост грибов *Candida*. Микроскопически в осадке мочи — большое количество почкующихся клеток. При цитоскопии выявляется умеренная гиперемия, отечность слизистых оболочек мочевого пузыря, единичные петехиальные и геморрагические пятна [5].

Кандидозный баланопостит

Кандидозным баланопоститом чаще страдают мужчины в возрасте 30–40 лет. Причиной возникновения могут быть многочисленные эндогенные (травматизация, мацерация и др.) и экзогенные (хроническая соматическая патология, иммунодефицит, использование антибактериальных препаратов и др.) факторы. Может развиваться как изолированно, так и вместе с другими клиническими проявлениями кандидоза [9].

Баланопостит характеризуется поражением головки и внутреннего листка крайней плоти. Значение в развитии кандидозного баланопостита имеют СД и другие эндокринопатии, атеросклероз, хроническая венозная недостаточность, короткая уздечка полового члена, фимоз, мацерации рогового слоя различного происхождения, прием некоторых препаратов. Кандидозные поражения головки полового члена или одновременно крайней плоти чаще обнаруживаются у лиц, страдающих СД. Удлиненная крайняя плоть или врожденный фимоз также могут быть причиной развития поверхностного кандидоза [11].

Кандидозный баланопостит развивается медленно, клинические симптомы заболевания нарастают постепенно. Баланопостит может протекать в 3 формах: эрозивной, папулезной и эритематозно-пустулезной. На головке полового члена, в области венечной борозды и на внутреннем листке крайней плоти отмечаются гиперемия, отечность и инфильтрация кожи. Поверхность очагов мацерирована, покрыта налетом беловато-серого цвета, при удалении которого обнаруживается эрозивная поверхность. По краям препуциального мешка наблюдаются трещины, в области венечной борозды процесс сопровождается эрозированием. На головке полового члена, за пределами очага, могут располагаться мелкие эрозии. Крайняя плоть становится инфильтрированной, обнажение головки полового члена затруднено. Из препуциального мешка отделяется небольшое количество жидкого экссудата, который увеличивается и приобретает гнойный характер или присоединение вторичной гнойной пиококковой инфекции. При микробиологическом исследовании клинического материала препуциального мешка обнаружены *St. epidermidis*, *Str. faecalis*, *C. albicans* (10^6 КОЕ/мл). У больных с СД баланопостит характеризуется гиперемией, контактной кровоточивостью кожи головки полового члена, появлением микротрещин и изъязвлений дистальной части крайней плоти с последующим развитием рубцового и спаечного процесса. При затянувшемся

хроническом течении кандидозного баланопостита из-за возникновения трещин по краю препуциального мешка и последующего рубцевания может произойти постепенное рубцовое сужение крайней плоти с образованием стойкого приобретенного фимоза [8].

При несвоевременном лечении возможны следующие осложнения: гангренизация, рожистое воспаление полового члена, лимфангоиты, лимфадениты. На длительно существующих эрозиях могут развиваться веррукозные разрастания, возникать язвы с вегетациями поражения типа кандидагранулемы [5].

Диагноз УК ставятся на основании результатов лабораторной диагностики — обнаружение грибов *Candida* в материале с помощью одного из методов:

1. Микроскопическое исследование нативного препарата, препарата с добавлением 10% КОН и препарата, окрашенного метиленовым синим по Граму. При УК отмечается преобладание вегетативных форм грибов *Candida* — псевдомицелия или почкующихся клеток. Чувствительность составляет 65%, специфичность при наличии клинических симптомов 100%.
2. Культуральное исследование посева на различные питательные среды (среда Сабуро, кровяной агар, среда Эндо), позволяющее определить видовую принадлежность выявленных грибов и их чувствительность к антимикотикам. Диагностическим считается рост в количестве более 10^4 КОЕ/мл. Культуральное исследование назначают при клинических проявлениях УК, при отрицательном результате микроскопического исследования, на фоне клинических проявлений и с целью определения тактики лечения при рецидивирующем течении.
3. Молекулярно-биологические методы используются для обнаружения специфических фрагментов ДНК возбудителя.

При частом рецидивирующем течении после проведенного лечения рекомендуется консультация узких специалистов: гинекологов, гинекологов-эндокринологов, эндокринологов, гастроэнтерологов для исключения сопутствующих состояний [4, 12].

Условием успешного лечения является правильно подобранная патогенетическая терапия, выявление и лечение сопутствующих заболеваний, в частности неблагоприятных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, эндокринных заболеваний.

Лечение кандидозного микоза должно быть комплексным, основанным на принципах курсовой терапии больных и должно включать:

- 1) воздействие на этиологический фактор;
- 2) устранение или ослабление выявленных патогенетических предпосылок;
- 3) увеличение естественной резистентности организма к воздействию факторов внешней и внутренней среды;
- 4) лечение возможных сопутствующих заболеваний;
- 5) проведение общеукрепляющей терапии.

Общая терапия кандидоза включает:

- 1) отмену (если позволяет состояние больного) принимаемых антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков или замена их другими;
- 2) лечение сопутствующих заболеваний, в частности эндокринных (СД, гиперкортицизма, гипопункции яичников), ахилии и др.;
- 3) диету с исключением сладостей и ограничением углеводов, богатую витаминами и белками;
- 4) витаминотерапию, в первую очередь витамины В₂, В₆, К₂, РР, С и др.

Местное лечение включает в себя ванночки, спринцевания, присыпки и тампоны с вяжущими, дезинфицирующими и противовоспалительными растворами (люголя, калия перманганата 1:3000–1:5000 и др.). Выделения из влагалища после орошения или ванночек убирают с 3% раствором перекиси водорода [10]. Используют антикандидозные средства, применяемые для лечения кандидозного вульвовагинита.

В период лечения женщин необходимо в середине и в конце курса проводить контроль эффективности. После окончания лечения больные в течение 1–2 месяцев находятся на диспансерном учете. Для установления излеченности через 10, 30 дней после лечения проводят клинико-лабораторный контроль.

При наличии выраженных объективных симптомов кандидозного вульвовагинита рекомендовано увеличение длительности интравагинальной терапии препаратами группы азолов до 10–14 дней.

Лечение кандидозного баланопостита включает в себя туалет половых органов с целью удаления спермы, гноя, налетов. Назначаются ванночки с антисептическими и противовоспалительными растворами 1 раз в день. Затем головку и внутреннюю поверхность крайней плоти смазывают 0,1% раствором генцианвиолета (не следует

пользоваться большими концентрациями и назначать долго из-за опасности возникновения генцианвиолетового некроза). Для профилактики мацерации кожи за внутреннюю поверхность крайней плоти следует закладывать тонкую полоску марли, которую необходимо менять ежедневно. Назначают специфические антикандидозные средства на пораженную поверхность 1 раза в сутки в течение 10–14 дней.

Лечение хронического рецидивирующего УК проводится в два этапа: купирование рецидива заболевания и наряду с местным лечением следует назначить системный антимикотический препарат [4].

Таким образом, лечение УК должно быть комплексным. С целью предотвращения повторных эпизодов УК необходимо избегать бесконтрольного употребления антибактериальных и гормональных препаратов, своевременно лечить эндокринную патологию, фоновые гинекологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, не злоупотреблять частыми спринцеваниями; отказаться от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок. В случае УК, резистентного к стандартной терапии, а также рецидивирующей формы УК рекомендована видовая идентификация *Candida*, определение чувствительности к антимикотическим препаратам, а также проведение патогенетического лечения, направленного на исключение факторов, предрасполагающих к поддержанию хронического течения заболевания.

Литература

1. Каспарова А. Э., Мордовина И. И., Белоцерковцева Л. Д., Коваленко Л. В. Видовой состав возбудителя вульвовагинальных инфекций и состояние иммунного ответа // Вестник Новгородского государственного университета. 2013. № 71. С. 76–83.
2. Клинические рекомендации. Введение больных с инфекциями, передаваемые половым путем, и урогенитальными инфекциями: Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.: Деловой экспресс, 2012. 112 с.
3. Кубанова А. А., Фриго Н. В., Ротанов С. В. и др. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. № 5. С. 54–63.
4. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Рахматулина М. Р., Малова И. О., Соколовский Е. В., Аполихина И. А., Мелкумян А. Г. Федеральные клинические рекомендации по дерматовенерологии. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
5. Лопаткина Н. А. Национальное руководство. Урология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1024 с.
6. Малова И. О., Кузнецова Ю. А. Современные особенности клинического течения урогенитального кандидоза и анализ антимикотической чувствительности грибов рода *Candida* // Вестник дерматологии и венерологии. 2015. № 2. С. 68–75.
7. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз: клиника, диагностика, принципы терапии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 20 с.
8. Скрипкин Ю. Н., Машкиллейсон А. Л., Шарапова Г. Я. Кожные и венерологические болезни. М.: Медицина, 2015. 464 с.
9. Соколовский Е. В., Савичева А. М., Кисина В. И. Кандидозный вульвовагинит. Методические рекомендации для врачей. СПб: Н-Л, 2009. 88 с.
10. Степанян А. В., Джобав Иванова И. И., Э. М., Доброхотова Ю. Э. Опыт применения Ломексина (фентиконазола) в лечении кандидозного вульвовагинита // Гинекология. 2012. № 14. С. 72–75.
11. Тихомиров А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем в гинекологии // Клиническая дерматология и венерология. 2009. № 5. С. 65–70.
12. Юнусова Е. И., Юсупова Л. А., Данилова О. В. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: возможности и особенности терапии у беременных // Лечащий Врач. 2015. № 5. С. 39–43.

Е. И. Юнусова, кандидат медицинских наук

Л. А. Юсупова¹, доктор медицинских наук, профессор

З. Ш. Гараева, кандидат медицинских наук

Г. И. Мавлютова, кандидат медицинских наук

Л. Р. Галиева

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, Казань

¹ Контактная информация: yuluizadoc@hotmail.com

DOI: 10.26295/OS.2019.97.94.001

Урогенитальный кандидоз: современное состояние проблемы/ Е. И. Юнусова, Л. А. Юсупова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова, Л. Р. Галиева

Для цитирования: Лечащий врач № 9/2019; Номера страниц в выпуске: 14-17

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права
защищены.