

ОБЕРЕЖНО! КАНДИДОЗ НА СВОБОДІ

**МАНІЯК-РЕЦИДИВІСТ
ЗНОВУ ПОЛЮЄ НА ЖІНОК,
НЕ ЗАЛИШАЮЧИ ЇХ У
СПОКОЇ...**

Довгі роки злісний грибок переслідує своїх жертв, що потрапили під загрозу рецидиву, оскільки головний осередок локалізації молочниці в кишечнику залишається неушкодженим. Саме через це кандидоз повертається знову і знову.



Але надія є!
**На допомогу всім постраждалим жінкам поспішає
Екобіол — комплекс, що сприяє знищенню осередку
кандидозу у кишечнику.**

Вульвовагінальний кандидоз: існуючі стандарти та сучасні рекомендації

Вульвовагінальний кандидоз (ВВК) – інфекційне запальне захворювання слизової оболонки статевих органів жінки, спричинене грибами роду *Candida*. За частотою поширення ВВК посідає друге місце серед інфекційних захворювань жіночих статевих органів після бактеріального вагінозу і є однією з найчастіших причин звернень до лікаря. Нормативи надання медичної допомоги при цій нозології представлені у відповідному розділі Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» № 417 від 15.07.2011. Сучасні терапевтичні схеми лікування відповідно до існуючих доказових даних та з огляду на зростаючу стійкість до антикандидозних препаратів висвітлені у гайдлайні Британської асоціації з питань сексуального здоров'я та ВІЛ.

Ключові слова: вульвіт, вульвовагініт, азоли, *C. albicans*, non-*C. albicans*.

НОРМАТИВИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» В УМОВАХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ВІДПОВІДНО ДО НАКАЗУ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ № 417 ВІД 15.07.2011



На ВВК страждають, як правило, жінки репродуктивного віку, рідше він спостерігається в пубертаті, пери- та постменопаузі. Нормативи надання медичної допомоги хворим на ВВК, а саме кодування згідно МКХ-10, перелік необхідних діагностично-лікувальних заходів, критерії ефективності та інше визначено Наказом МОЗ України «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» № 417 від 15.07.2011, розділ «Запальні процеси жіночих статевих органів та захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ)», підрозділи «Інше запалення піхви та вульви» та «Кандидоз».

ІНШЕ ЗАПАЛЕННЯ ПІХВИ ТА ВУЛЬВИ						
Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувальні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гострий вагініт. Вагініт без додаткових вказівок (БДВ). Вульвовагініт - БДВ - гострий.	№ 76.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на яйця гельмінтів.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності у зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. 6 місяців. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Підгострий та хронічний вагініт. Вульвовагініт - хронічний - підгострий.	№ 76.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.				1. 6 місяців. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.
Гострий вульвіт. Вульвіт БДВ.	№ 76.2					
Підгострий та хронічний вульвіт.	№ 76.3					
КАНДИДОЗ						
Кандидоз вульви і вагіни. Кандидозний вульвовагініт. Моніліазний вульвовагініт. Вагінальна пліснявка.	В 37.3	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Протикандидозна терапія відповідно до існуючих схем (місцева та загальна). 2. Відновлення біоценозу піхви та кишечника.	Системний кандидоз	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Один рік. 2. Мікробіологічний контроль вилікованості протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

ЗАГАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ (РУБРИКА Г)

1. Анамнез.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Клінічне обстеження молочних залоз.
4. Огляд шийки матки і піхви у дзеркалах.
5. Кольпоскопія.
6. Бімануальне гінекологічне обстеження.
7. УЗД органів малого таза.
8. Онкоцитологічне дослідження мазків із шийки матки.
9. Дослідження крові на сифіліс; ВІЛ (за інформованої згоди).

СТАНДАРТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НА ІПСШ (рубрика І)

1. Визначення рН вмісту піхви.
2. Проба з 10% розчином КОН («амінотест»).
3. Бактеріоскопічне дослідження мазків з уретри, цервікального каналу, прямої кишки на трихомонади, гонококи, кандиди.
4. Визначення антигенів HSV, хламідій, папіломавірусу у зішкрябному матеріалі з цервікального каналу або уретри методом ПЛР.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНИМ КАНДИДОЗОМ ВІДПОВІДНО ДО РЕКОМЕНДАЦІЙ БРИТАНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ З ПИТАНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВІЛ 2019



Діагностика

ВВК – це клінічний діагноз, що ґрунтується на наявності типових клінічних проявів із лабораторним підтвердженням *Candida spp.* у мазку з піхви.

Для підтвердження діагнозу гострого ВВК у жінок із типовими клінічними симптомами, що звернулися до спеціалізованих відділень надання допомоги хворим з інфекціями, що передаються статевим шляхом, необхідно провести рутинну мікроскопію (рівень доказовості та сила рекомендацій 1В) (схема).

Діагноз рецидивуючого ВВК встановлюють за наявності чотирьох або більше симптомних епізодів захворювання протягом 12 міс; принаймні два з цих епізодів мають бути підтверджені мікроскопічним або культуральним методом, при цьому за результатами одного з аналізів має ідентифікуватися позитивна культура *Candida spp.* із помірним або вираженим ростом (1С).

Мікроскопічний метод

Необхідно брати високий мазок із піхви для мікроскопії зафарбованого за Грамом препарату та/або фазово-контрастної мікроскопії вологого препарату.

Наявність бластоспор, псевдогіфів і нейтрофілів свідчить про інфекцію, спричинену штамми *Candida*.

Наявність лише бластоспор і нейтрофілів може вказувати на інфекцію, спричинену *C. glabrata*. Наявність нейтрофілів у мазках із піхви є ознакою запального процесу, тобто наявності інфекційної патології, причиною якої може бути не лише *Candida*. Відсутність нейтрофілів за наявності *Candida* може свідчити на користь носійства.

Гострий ВВК

Перший або одиничний ізольований епізод ВВК.

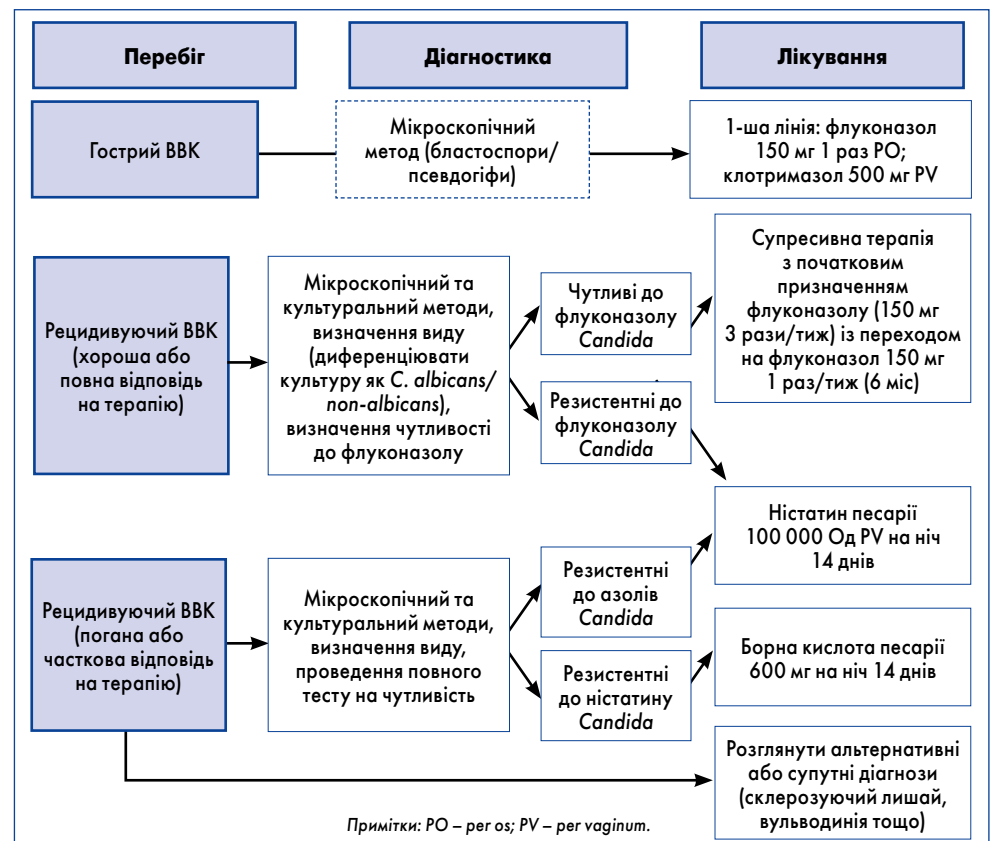
У пацієнток зазвичай присутні клінічні ознаки та симптоми гострого вульвовагініту, а *Candida spp.* можна виявити за допомогою мікроскопічного та/або культурального методів дослідження.

Рецидивуючий ВВК

Щонайменше чотири епізоди за 12 міс. Принаймні два з них мають бути підтверджені мікроскопічним або культуральним методом, один із них повинен мати позитивну культуру з помірним або вираженим ростом *Candida spp.*

Пацієнток із рецидивуючим ВВК поділяють на дві групи залежно від реакції на терапію, що має значення для подальшої діагностики та лікування:

- хороша або повна відповідь на терапію, безсимптомний перебіг між епізодами або
- погана або часткова відповідь на терапію зі збереженням симптомів між курсами лікування.



Примітки: РО – per os; РВ – per vaginum.

Схема діагностики та лікування ВВК

Продовження на стор. 28.

Вульвовагінальний кандидоз: існуючі стандарти та сучасні рекомендації

Продовження. Початок на стор. 27.

Таблиця. Схеми лікування ВВК

Рекомендована схема		Альтернативна схема	
Гострий ВВК	Невагітні жінки	Флуконазол 150 мг 1 раз РО (1В) Якщо пероральна терапія протипоказана: клотримазол 500 мг 1 раз PV (1В)	Клотримазол вагінальний крем (10%) 5 г 1 раз** (1В) Клотримазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 200 мг PV перед сном 3 дні** (1С) Еконазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 150 мг PV 1 раз або 150 мг PV** перед сном 3 дні** (1В) Фентиконазол 1 капсула 600 мг PV 1 раз або 200 мг PV перед сном 3 дні** (1В) Ітраконазол 200 мг РО 2 рази на день (1 день)* (1В) Міконазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 1200 мг PV 1 раз або 400 мг PV перед сном 3 дні** (1В) Міконазол вагінальний крем (2%) 5 г PV перед сном 7 днів** (1В)
	Вагітні	Клотримазол 1 вагінальна табл. (песарій) 500 мг PV перед сном до 7 днів поспіль (1С)	Клотримазол вагінальний крем (10%) 5 г перед сном до 7 днів** (1С) Клотримазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 200 мг або 100 мг PV перед сном 7 днів** (1С) Еконазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 150 мг PV перед сном 7 днів** (1С) Міконазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 1200 мг або 400 мг PV перед сном 7 днів** (1С) Міконазол вагінальний крем (2%) 5 г PV перед сном 7 днів** (1С)
	C. non-albicans та резистентні до азолів види Candida	Ністатинові вагінальні таблетки (песарії) 100 000 Од PV перед сном протягом 14 днів (1В)	Борна кислота супозиторії вагінальні 600 мг перед сном протягом 14 днів* (1В) Амфотерицин В супозиторії вагінальні 50 мг перед сном протягом 14 днів (2С) Флуцитозин крем 5 г або 1 вагінальна таблетка (песарій) 1 г з амфотерицином або ністатином PV перед сном протягом 14 днів (2С)
Рецидивуючий ВВК	Невагітні жінки	Початкова терапія: флуконазол 150 мг РО кожні 72 год x 3 дози* (1А) Підтримуюча терапія: флуконазол 150 мг РО 1 раз на тиждень протягом 6 міс* (1А)	Початкова терапія: місцева терапія імідазолом може бути продовжена до 10-14 днів відповідно до клінічної відповіді (2С). Підтримуюча терапія протягом 6 міс: клотримазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 500 мг PV 1 раз на тиждень (1В) або ітраконазол 50-100 мг РО щодня* (2С)
	Вагітні	Індукція: місцева терапія імідазолом може бути продовжена до 10-14 днів відповідно до клінічної відповіді (2С) Підтримуюча терапія: клотримазол песарій 500 мг PV щотижня (1С)	
	C. non-albicans та резистентні до азолів види Candida	Ністатинові вагінальні таблетки (песарії) 100 000 Од PV перед сном протягом 14 днів на місяць протягом 6 міс (2С)	Можна розглядати альтернативні схеми в режимі 14 днів на місяць протягом 6 міс (2D)
Тяжка форма ВВК	Флуконазол 150 мг РО в 1-й та 4-й день (1В)	Клотримазол 1 вагінальна таблетка (песарій) 500 мг PV в 1-й та 4-й день (1В) Міконазолу нітрат 1 вагінальна капсула 1200 мг в 1-й та 4-й день (1В)	
Годування грудьми	Рекомендовані зазначені вище схеми лікування гострого та рецидивуючого ВВК у невагітних жінок із використанням місцевих імідазолів.		

Примітки: РО – per os; PV – per vaginum.

*Пероральної терапії слід уникати під час вагітності, за підозри на вагітність та при грудному вигодовуванні (1В).

**Креми та вагінальні таблетки (песарії) можуть пошкоджувати латексні вироби (презервативи та контрацептивні діафрагми).

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ВВК

Відповідно до Наказу МОЗ України «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» № 417 від 15.07.2011 лікувальні заходи у хворих на ВВК передбачають окрім протикандидозної терапії (місцевої та загальної) відновлення біоценозу піхви та кишечника.

Результатами досліджень доведено, що при рецидивуючому ВВК постійним резервуаром грибів і джерелом реінфекції піхви є кишечник (Губергриц Н.Б., 2005). При цьому штами грибів, що висіваються з піхви, майже завжди ідентичні інтестинальним. Причина цього, з одного боку, висока адаптація грибів роду *Candida* до умов вагінального біотопу, з іншого – стан організму хазяїна, що створює умови для адаптації грибів.

Однією з особливостей хронічних форм кандидозу є часте поєднання кандидозної інфекції з бактеріальною умовно-патогенною флорою, яка має високу ферментативну та лізуючу активність, що створює сприятливі умови для інвазії грибів в епітелій кишечника. Присутність такого резервуару ослаблює імунну функцію кишечника, порушуючи нормальний синтез ІgА переровими бляшками, внаслідок чого знижується концентрація секреторного ІgА на слизовій оболонці піхви, що призводить до недостатньої реалізації механізмів локального захисту й до рецидивів вагінітів, зокрема кандидозу.

Для усунення рецидивів ВВК разом із традиційною терапією, спрямованою на ліквідацію кандид у піхві, необхідно усунути резервуар кандидозної інфекції в кишечнику та відновити цілісність слизової оболонки кишечника. Одним із комплексів, що має такі властивості, є Екобіол.



Ефективність лікування хронічного ВВК при додатковому застосуванні до протикандидозної терапії комплексу Екобіол (Суханова А.А., Савченко С.Є., Коломійченко Т.В., 2016)

Пацієнтки 18-45 років із рецидивуючим ВВК (n=76)	Основна група (n=38)	Група порівняння (n=38)
		- Флуконазол РО 50 мг 1 р. на добу протягом 7 днів, а також по 50 мг 1 р. на добу за 3 дні до менструації впродовж 6 наступних МЦ - Кетоконазол PV 1 р. на ніч протягом 10 днів + Екобіол
Клінічне одужання та елімінація <i>C. albicans</i>	97,3%	92,1%
Рецидив захворювання		
Через 1 міс	2,6%	7,9%
Через 6 міс	7,9%	21,1%
Безсимптомне кандидоносійство через 6 міс	7,9%	23,6%

Примітки: РО – per os, PV – per vaginum, МЦ – менструальний цикл.

У дослідженні встановлено підвищення ефективності лікування хронічного ВВК при додатковому застосуванні до комплексної терапії імунобіотика Екобіол, про що свідчить зменшення у 2,7 раза частоти рецидивів захворювання (з 21,1 до 7,9%) та у 3 рази – безсимптомного кандидоносійства. Лікування було ефективним (відсутність рецидивів і безсимптомного кандидоносійства) у 86,8% жінок, які додатково до антимікозної терапії отримували Екобіол, проти 63,2% жінок, які лікувалися лише протигрибковими препаратами. Екобіол може бути рекомендований для використання у комплексній протирецидивній терапії хронічного ВВК.