

Бактериальный вагиноз. Урогенитальный кандидоз

Выполнила: студент 518 группы
Лечебного факультета
Загороднюк П. А.
Руководитель: Заплатина В. С.

Бактериальный вагиноз

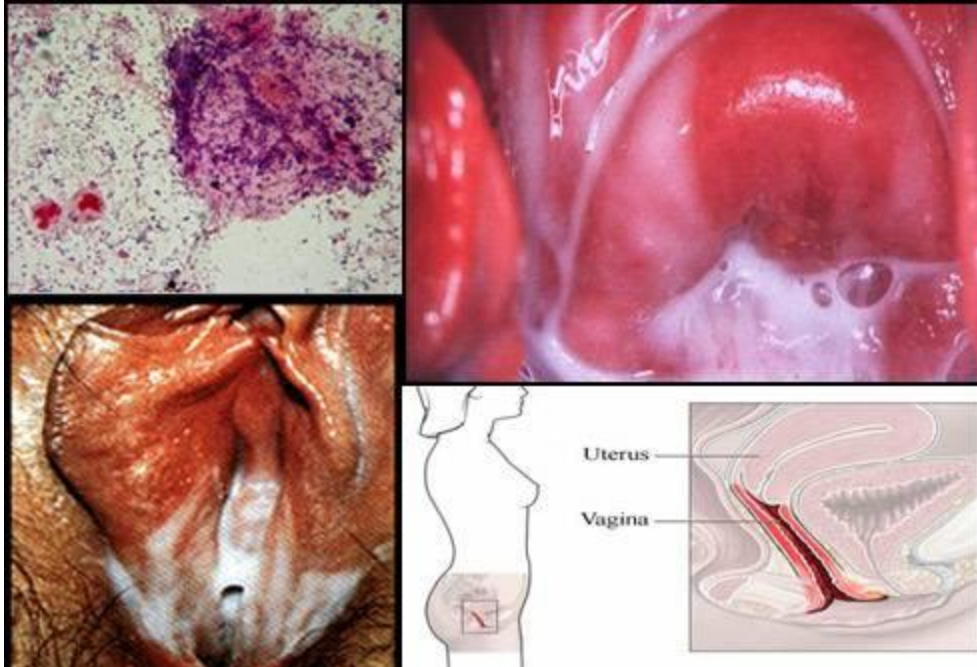


- **Бактериальный вагиноз (БВ)** — это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микробиоты, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

Bacteroides spp., *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*,
Bacteroides spp., *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Leptotrichia spp.*,
Megasphaera spp., *Leptotrichia spp.*, *Atopobium vaginae*

Длительное течение БВ является одним из факторов риска развития неоплазий шейки матки, а также повышенной восприимчивости к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу

Заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности: самопроизвольных абортов, внутриамниотической инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела. У женщин с БВ могут развиваться эндометрит и сепсис после кесарева сечения.



Факторы риска



Эндогенные

- гормональные изменения (возрастные — в пубертатном периоде и менопаузе; при патологии беременности; в послеродовом и послеабортном периодах),
- гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища,
- наличие кист и полипов стенок влагалища, гименальной области,
- нарушения рецепторной функции вагинального эпителия,
- антагонизм между вагинальными микроорганизмами,
- снижение концентрации перекиси водорода в вагинальной среде за счет уменьшения концентрации лактобацилл

Экзогенные



- инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами,
- лекарственная терапия (антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, антимикотическими препаратами),
- лучевая терапия;
- присутствие инородных тел во влагалище и матке;
- пороки развития половых органов или их деформации после родов и хирургических вмешательств;
- нарушение гигиены половых органов, в том числе частое применение спринцеваний и вагинальных душей;
- использование спермицидов

Клиническая картина

- Субъективные симптомы:
- ■ гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;
- ■ дискомфорт в области наружных половых органов;
- ■ болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- ■ редко — зуд и/или жжение в области половых органов;
- ■ редко — зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

- Объективные симптомы: ■ гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища. У большинства больных симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов отсутствуют.



Диагностика

- Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3 из 4 критериев (критерии Amsel):
 - выделения из влагалища — густые, гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом;
 - значение pH вагинального отделяемого $> 4,5$;
 - положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);
 - обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.



Бактериальный вагиноз



Лабораторные исследования

- 1. *Микроскопическое исследование*
- ■ уменьшение количества или исчезновение лактобацилл — грамположительных палочек различной длины и толщины;
- ■ увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микрофлоры;
- ■ наличие «ключевых» клеток — поверхностных клеток вагинального эпителия с адгезированными на них бактериями, за счет чего эпителиальная клетка имеет «зернистый» вид. Края «ключевых» клеток выглядят нечеткими или «пунктирными» вследствие адгезии мелких грамотрицательных или грамположительных палочек, кокков, коккобацилл и других бактерий;
- ■ отсутствие местной лейкоцитарной реакции (у большинства пациенток количество полиморфноядерных лейкоцитов в вагинальном отделяемом не превышает 10—15 клеток в поле зрения).

2. Культуральное исследование.

- ■ выделения и идентификации *G. vaginalis*;
- ■ выделения и идентификации других факультативных и/или облигатных анаэробов;
- ■ выделения и идентификации лактобацилл (при БВ наблюдается отсутствие роста лактобацилл или резкое снижение их количества ($< 10^4$ КОЕ/мл));
- ■ выделения и идентификации *M. hominis* и *Ureaplasma spp*

3. Молекулярно-биологические методы исследования

направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК микроорганизмов, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации, используются для выявления лактобацилл, *A. vaginae*, *G. vaginalis*, *M. hominis*,

Дифдиагностика



- следует проводить с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (дрожжеподобными грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами, факультативно-анаэробными и аэробными микроорганизмами).

Схемы лечения

- **Рекомендованные схемы лечения**
- ■ клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней (A) [10, 13, 17—19], или
- ■ метронидазол, гель 0,75% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней (A) [10, 13, 17, 12—23], или
- ■ метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (A) [10, 13, 20, 21, 24—27], или ■ тинидазол 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней (A) [28—30]



- **Альтернативные схемы лечения**
- ■ клиндамицин, овули 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней (B) [31], или
- ■ клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (B) [10, 14], или
- ■ тинидазол 1,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней (A) [32].



Особые ситуации

- **Лечение беременных**
- ■ метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности (A) [10—36], или
- ■ метронидазол 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности (A) [33—36], или
- ■ клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (A) [37, 38].

- **Лечение детей**
- ■ метронидазол 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней (D) [39].



Урогенитальный кандидоз

- воспалительное заболевание мочеполового тракта, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.
- условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (например, слизистой оболочке влагалища).
- УГК не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако это не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин — половых партнеров женщин с УГК

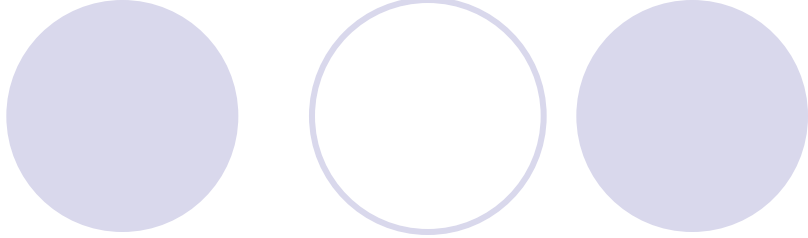
КЛАССИФИКАЦИЯ

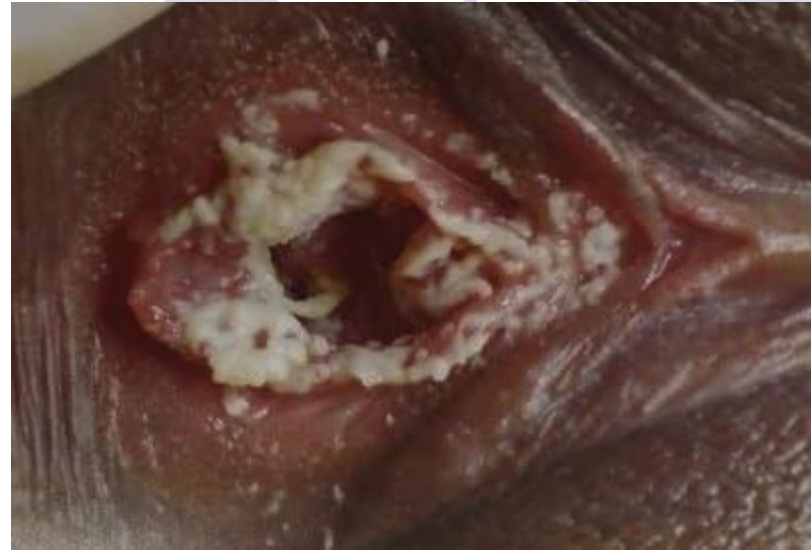
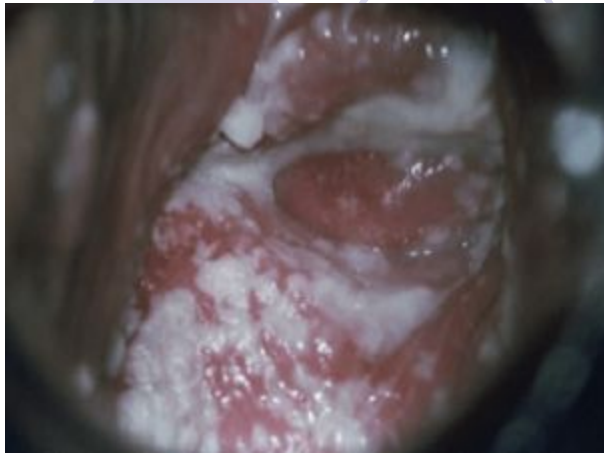
- В37.3 Кандидоз вульвы и вагины
 - В37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций
 - Кандидозный:
 - баланит (N51.2)
 - уретрит (N37.0)
- неосложненный (спорадический) УГК: как правило, вызывается *C. albicans*; является впервые выявленным или развивающимся спорадически (менее 4 раз в год); сопровождается умеренными проявлениями вульвовагинита; наблюдается у женщин, не имеющих факторов риска развития заболевания, сопровождающихся подавлением реактивности организма (сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.);
 - осложненный 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).

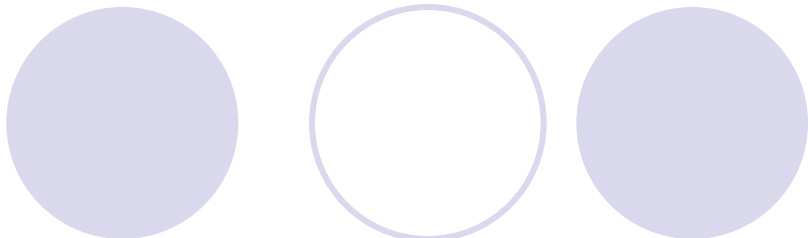
- 
- Объективные симптомы: ■ гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища; ■ белые, желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные вагинальные выделения, адгезированные на слизистой оболочке вульвы, в заднем и боковых сводах влагалища; ■ трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки и перианальной области; ■ при рецидивирующем кандидозном вульвовагините может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификации в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.



Мужчины



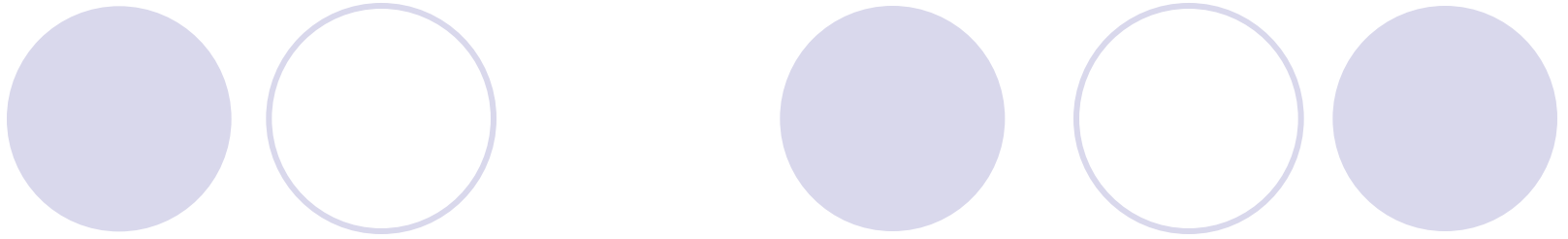
- **Субъективные симптомы:**
 - покраснение и отечность в области головки полового члена;
 - зуд, жжение в области головки полового члена;
 - высыпания в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
 - дискомфорт в области наружных половых органов;
 - диспареуния (болезненность во 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 на основе:

- ■ микроскопического исследования 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 (*C. 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 *Candida* 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 *Candida* к антимикотическим препаратам.

Лечение

- **Лечение кандидоза вульвы и вагины** ■ натамицин, вагинальные суппозитории (B) 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней [6, 7, 8], или ■ клотримазол, вагинальная таблетка (A) 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней [3—5, 9], или ■ клотримазол, крем 1% (A) 5 г интравагинально 1 раз в сутки перед сном в течение 7—14 дней [1, 9—13], или ■ итраконазол, вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней (C) [3, 14, 15], или ■ миконазол, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (B) [11, 16—19], или ■ бутоконазол, 2% крем 5 г интравагинально 1 раз в сутки перед сном однократно (B) [16, 18, 19], 743 или ■ флуконазол 150 мг перорально однократно (A) [4, 5, 13, 20, 21], или ■ итраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней (A) [10, 21, 22]. При наличии выраженных объективных симптомов кандидозного вульвовагинита рекомендовано увеличение длительности интравагинальной терапии препаратами группы азолов до 10—14 дней (D) или увеличение дозы флуконазола: 150 мг перорально дважды с промежутком в 72 часа (D) [3, 23].



- **Лечение кандидозного баланопостита** ■ натамицин, 2% крем 1—2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней (D) [24], или ■ клотримазол, 1% крем 2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней (D) [3, 23, 25], или ■ флуконазол 150 мг перорально однократно (B) [13, 20], или ■ итраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней (D) [30].

Лечение хронического кандидоза

- После достижения клинического и микробиологического эффекта рекомендуется второй этап терапии — поддерживающей, в течение 6 месяцев одним из препаратов: ■ натамицин, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю (С) [6—8], или ■ клотримазол, вагинальная таблетка 500 мг один раз в неделю (С) [10, 26], или ■ флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю (С) [27]

Особые ситуации



- **Лечение беременных**
Применяют местнодействующие антимикотические средства: ■ натамицин, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3—6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности) (С) [6, 28, 29], или ■ клотримазол, вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности) (С) [3, 23], или ■ клотримазол, 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности) (С) [3, 23, 30].
- **Лечение детей** ■ флуконазол 2 мг на 1 кг массы тела — суточная доза внутрь однократно (С) [3, 23, 30].