

# Эпидемиология, патогенез и лечение кандидоза мочеполовых органов у женщин

*Р.Ф. Айзятупов, Э.М. Айзятупова*

Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман

**Цель исследования:** обзор и анализ тематических публикаций, посвященных изучению эпидемиологии, патогенеза кандидоза мочеполовых органов у женщин; повышение эффективности комплексной терапии урогенитального кандидоза у женщин с применением антимикотических препаратов общего и местного действия.

**Материалы и методы.** Выполнено клинико-лабораторное обследование 23 женщин с кандидозом мочеполовых органов в возрасте от 21 года до 45 лет. Изучали анамнестические данные и проводили лабораторные методы исследования. Клиническая диагностика основывалась на выявлении совокупности признаков заболевания, которые включали в себя рецидивирующую боль в области придатков, нарушение менструальной функции, выделения из влагалища, периодические обострения заболевания.

**Результаты.** На основании данных литературы, собственных клинических наблюдений был проведен анализ эпидемиологии и некоторых аспектов патогенеза, описаны клинические формы заболевания. У пациентов наблюдались кандидозный вульвовагинит, кандидозный эндоцервицит и кандидозный уретрит. Для кандидозных поражений женских половых органов характерными клиническими проявлениями были небольшого размера, резко отграниченные, округлые, серо-белые налеты, которые содержали большое количество грибов *Candida*. В острой стадии налеты были плотные и снимались с трудом, а в дальнейшем легко. Слизистая оболочка в очагах поражения имела склонность к кровоточивости, а вокруг налета была гиперемирована. Ввиду частоты случаев безуспешности терапии и рецидивов заболевания важной проблемой остаются вопросы лечения кандидоза мочеполовых органов у женщин, что указывает на необходимость поиска новых методов терапии.

**Заключение.** Согласно материалам многочисленных публикаций, актуальной современной проблемой является рост заболеваемости кандидозом мочеполовых органов у женщин с хроническим течением заболевания и резистентностью к лечению. Предложенная комплексная терапия кандидоза мочеполовых органов у женщин, включающая системные антимикотики (Фуцис, Эсзол) и противогрибковые препараты местного действия (суппозитории Клофан, Фуцис Гель®) способствует излечению пациенток и предотвращает рецидивы заболевания.

**Ключевые слова:** кандидоз мочеполовых органов, женщины, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.

## Epidemiology, pathogenesis and treatment of urogenital candidiasis in women

*R. Aiziatulov, E. Aiziatulova*

**The objective:** to review and analyze thematic publications on the study of epidemiology, pathogenesis of urogenital candidiasis in women. To increase the effectiveness of complex therapy of urogenital candidiasis in women with the use of anti-mycotic drugs of general and local action.

**Materials and methods.** A clinical and laboratory examination of 23 women with urogenital candidiasis aged 21 to 45 years was conducted. Anamnestic data were studied and laboratory research methods were performed. Clinical diagnosis was based on identifying the totality of signs of the disease, which included recurrent pain in the area the appendages, menstrual dysfunction, vaginal discharge, periodic exacerbations of the disease.

**Results.** Patients diagnosed with urogenital candidiasis and candidates are subject to mandatory therapy as potential sources of infection and autoinfection of the urogenital organs. It is necessary to treat sexual partners in a timely manner. An important medical problem is the improvement of treatment methods. It is necessary to pay special attention to urogenital candidal infection in view of the development of severe complications and the effect on the reproductive function of women.

**Conclusions.** Comprehensive treatment of candidal infections of the urogenital tract in women using systemic antifungal drugs (Futsis, Eszol) and local drugs (Clofan suppositories) is effective, does not cause side effects, and can be widely used by practitioners in practical health care, which will help reduce the number of relapses and more quickly recovery of patients.

**Key words:** urogenital candidiasis, women, etiopathogenesis, clinic, treatment.

## Епідеміологія, патогенез і лікування кандидозу сечостатевих органів у жінок

*Р.Ф. Айзятупов, Е.М. Айзятупова*

**Мета дослідження:** огляд і аналіз тематичних публікацій, присвячених вивченню епідеміології, патогенезу кандидозу сечостатевих органів у жінок; підвищення ефективності комплексної терапії урогенітального кандидозу у жінок із застосуванням антимікотичних препаратів загальної та місцевої дії.

**Матеріали та методи.** Виконано клініко-лабораторне обстеження 23 жінок з кандидозом сечостатевих органів у віці від 21 до 45 років. Вивчали анамнестичні дані і проводили лабораторні методи дослідження. Клінічна діагностика ґрунтувалася на виявленні сукупності ознак захворювання, які включали в себе рецидивний біль у ділянці придатків, порушення менструальної функції, виділення з піхви, періодичні загострення захворювання.

**Результати.** На підставі даних літератури, власних клінічних спостережень було проведено аналіз епідеміології та деяких аспектів патогенезу, описані клінічні форми захворювання. У пацієнтів спостерігалися кандидозний вульвовагініт, кандидозний ендочервицит і кандидозний уретрит. Для кандидозних уражень жіночих статевих органів характерними клінічними проявами були невеликого розміру, різко відмежовані, округлі, сіро-білі нальоти, які містили велику кількість грибів *Candida*. У гострій стадії нальоти були щільні і знімалися важко, а в подальшому легко. Слизова оболочка у вогнищах ураження мала схильність до кровоточивості, а навколо нальоту

була гіперемована. Через частоту випадків безуспішності терапії і рецидивів захворювання важливою проблемою залишаються питання лікування кандидозу сечостатевої системи у жінок, що свідчить про необхідність пошуку нових методів терапії.

**Заключення.** Згідно з матеріалами численних публікацій, актуальною сучасною проблемою є зростання захворюваності на кандидоз сечостатевої системи у жінок з хронічним перебігом захворювання і резистентністю до лікування. Запропонована комплексна терапія кандидозу сечостатевої системи у жінок, що включає системні антимікотики (Фуцис, Есзол) і протигрибкові препарати місцевої дії (супозиторії Клофан, Фуцис Гель®), сприяє лікуванню пацієнток і запобігає рецидивам захворювання.

**Ключові слова:** кандидоз сечостатевої системи, жінки, епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.

Кандидоз являється болізню сучасної цивілізації. Найбільш часто зустрічається запальним захворюванням сечостатевої системи у жінок, яке займає велику частину структури гінекологічної патології як по кількості випадків, так і по числу рецидивів [2, 8, 11, 15, 16].

В наше час велику увагу багатьох лікарів звернено на урогенітальний кандидоз у жінок, що обумовлено епідеміологічними передумовами. Передача інфекції від матері дітям в процесі народження, можливість інфікування статевих партнерів, дисемінація інфекції з вогнища в інші органи (кандидоз, анусити, глосити, ураження складок шкіри, статевих органів і яєчок у новонароджених) [3, 8, 10, 11, 12, 13]. Описані висипки кандидозу у новонароджених в родинних домах, зараження плода при проходженні через інфіковані родові шляхи матері, о чому свідчать висока частота виділення грибів *Candida* у новонароджених і збіг видів у новонародженого і його матері, переважне виділення цих грибів з шкіри новонародженого [12, 13, 15, 16]. Зараження дитини може статися також при кандидозі сосків матері, наявності у неї кандидозу статевих органів, він може заразитися також від персоналу через предмети догляду і др. [8, 12, 13, 15]. Розвитку урогенітального кандидозу у жінок сприяє носіння білизни з синтетичної тканини, щільно облягає тіло, в результаті чого створюється мікроклімат з підвищеною місцевою температурою і вологістю, проходить мацерація рогового шару, виникають термостатні умови для розвитку місцевої мікрофлори, в тому числі і кишкової, де серед дрожжевих грибів найбільш частий збудитель кандидозу статевих органів *Candida albicans* складає більше 95% [1, 4, 12, 14, 15, 16].

Отримані дані проведених клініко-лабораторних досліджень подружніх пар і статевих партнерів, які підтверджують достовірність статевих шляхів передачі кандидозної інфекції при діагностуванні кандидозних уретритів у чоловіків, хоча у них вони зустрічаються значно рідше, ніж кандидозні ураження статевих органів у жінок. Однак при проведенні конфронтації у статевих партнерів чоловіків з уретритами виявляють кандидозний вульвовагініт, причому обидва партнера заражаються одними і тими ж штаммами гриба *Candida*. Ряд авторів вважають, що гриби *Candida* інфікують сперму чоловіків жінок, хворих кандидозом, і в зв'язі з цим во уникненні реінфекції рекомендують проводити одночасно противокандидозне лікування чоловіків. Крім того, вони вважають, що кандидоз може бути причиною безпліддя через несприятливого впливу грибів *Candida* на життєздатність і рухливість сперматозоїдів.

За даними ВООЗ, більше 20 мільйонів жінок земної кулі використовують пероральні контрацептиви, а у 67,7% жінок, які приймають пероральні контрацептиви або внутрішньоматочні спіралі, гриби *Candida albicans* були виділені з вогнища, причому у більшості спостерігалися клінічні прояви кандидозу. Слід відзначити, що гормональні оральні контрацептиви викликають затримку овуляції, внаслідок чого розвиваються те ж захворювання, що і при вагітності; нерідко

виникають гормональні порушення, так як ця група препаратів впливає на обмінні процеси в організмі, сприяє фіксації глікогена проміжними клітинами, змінює бактеріальну флору вогнища і рН [8, 12, 15]. При введенні внутрішньоматочної спіралі розвивається асептичне реактивне запалення на чужорідне тіло в порожнині матки і в перші дні може ускладнитися інфікуванням грибами *Candida*, які до цього моменту вегетували в вогнищі в невеликій кількості і не викликали симптомів кандидозу, а потрапляючи в порожнину матки на запалений субстрат, вони набувають патогенності, підтримуючи внаслідок хронічний ендометрит і вагініт [8, 10, 15].

Гриби роду *Candida* потрапляють в статеві органи різними шляхами, але основним джерелом зараження, по думці багатьох авторів, є шлунково-кишковий тракт, тобто відбувається аутоінфікування. Зараженню сприяє також наявність кандидозних оніхій, пароніхій і міжпальцевих уражень [1, 3, 12, 15]. Медичний персонал може заразитися при безпосередньому контакті з хворими або через оточуючі предмети і інструменти, в свою чергу, ставши джерелом інфікування хворих, що вказує на необхідність проведення в цих закладах профілактичних дезінфекційних заходів [3, 4, 12, 15]. Розвитку кандидозу сприяють екзогенні і ендогенні фактори [2, 4, 5, 7, 13, 15, 16, 17]. До екзогенних факторів належать:

- травми (механічна і хімічна);
- механічна травма і мікротравма зовнішніх статевих органів;
- пошкодження при несоблюденні правил особистої гігієни;
- носіння синтетичних тугих трикотажних і нічних білизн, що сприяють прилипанню збудителя (порушується цілісність шкіри і створюються «входні ворота» для потрапляння грибів *Candida* ззовні або своїх власних, сапрофітних на шкірі і слизових оболонках).

Хімічна травма створює не тільки «входні ворота» для інфекції, але і порушує захисну мантію шкіри, змінює рН в сторону осередчення (професійні оніхії, пароніхії, міжпальцеві опрелості, вульвит, вагініти у працівниць, зайнятих в виробництві антибіотиків і кондитерських виробів). Забруднення повітря продуктами синтезу антибіотиків, цукровою пудрою, потрапляючих на одяг і нижню білизну працівниць, які працюють в цехах високої температури в цих цехах носять тільки нижню білизну і халати, сприяє високій захворюваності урогенітальним кандидозом цього контингенту жінок. Підвищена вологість і температура призводять до мацерації шкіри (складки пахово-бедренні, перианальні, зовнішніх статевих органів), що підтверджується більш високою захворюваністю жінок в країнах з жарким і вологим кліматом порівняно з іншими кліматичними зонами.

Важливу роль грають також антибіотикотерапія, застосування гормональних лікувальних стероїдів, цитостатиків, побічний ефект оральних контрацептивів, імуносупресантів, променевої терапії, вірусності і

патогенность штаммов дрожжеподобного гриба. К эндогенным факторам относят:

- детский и старческий возраст;
- нарушение обмена веществ, в первую очередь углеводного, а также белкового и жирового;
- эндокринные заболевания (сахарный диабет, дисменорея, гипотиреозидизм, гипо- и гиперкортицизм, гипофункция яичников);
- гиповитаминозы (недостаток рибофлавина – витамина В<sub>2</sub>, пиридоксина – витамина В<sub>6</sub>, никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты);
- общие тяжелые заболевания – острые и хронические, инфекционные и неинфекционные, которые ослабляют защитные силы организма;
- заболевания пищеварительного тракта – дисбактериоз, ахилия, холециститы, нарушение микробных ассоциаций в кишечнике и желчном пузыре (усиленно размножаются грибы *Candida*, которые обуславливают кишечное кандидоносительство и отсюда – возможность инфицирования мочеполовых органов);
- беременность;
- различные заболевания женских половых органов (аднекситы, вагиниты, эндоцервициты, лейкоплакия, крауроз, нарушение функции яичников, неопластические заболевания).

Приведенные выше данные свидетельствуют о многогранности патогенеза кандидоза мочеполовых органов у женщин. До настоящего времени лечение проблематично и недостаточно эффективно, что свидетельствует о целесообразности поиска патогенетически обоснованных методов терапии [5, 6, 7, 9, 18].

**Цель исследования:** обзор и анализ тематических публикаций, посвященных изучению эпидемиологии, патогенеза кандидоза мочеполовых органов у женщин; повышение эффективности комплексной терапии урогенитально-го кандидоза у женщин с применением антимикотических препаратов общего и местного действия.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было выполнено клиничко-лабораторное обследование 23 женщин с кандидозом мочеполовых органов в возрасте от 21 года до 45 лет, а также изучены анамнестические данные. Проведены лабораторные методы исследования. Забор материала осуществляли из мочеиспускательного канала, канала шейки матки и заднего свода влагалища для бактериоскопического и бактериологического исследования. Клиническая диагностика основывалась на выявлении совокупности признаков заболевания, которые включали в себя рецидивирующую боль в области придатков, нарушение менструальной функции, выделения из влагалища, периодические обострения заболевания, малую эффективность обычно применяемой в гинекологии терапии для лечения воспалительных процессов половых органов.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании данных литературы, собственных клинических наблюдений был проведен анализ эпидемиологии и некоторых аспектов патогенеза, описаны клинические

формы заболевания. У пациентов были диагностированы кандидозный вульвовагинит, кандидозный эндоцервицит и кандидозный уретрит. Согласно нашим наблюдениям, для кандидозных поражений женских половых органов характерными клиническими проявлениями были небольшого размера, резко отграниченные, с округлыми очертаниями серо-белого цвета налеты, нередко сливающиеся, которые содержали большое количество грибов *Candida*. В острой стадии налеты плотные и снимаются с трудом, а в дальнейшем легко. Слизистая оболочка в очагах поражения имела выраженную склонность к кровоточивости, а вокруг налета была интенсивно гиперемирована. Выделяют острый урогенитальный кандидоз – до 4 эпизодов в год и хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз – более 4 эпизодов в год.

Ввиду частоты случаев безуспешности терапии и рецидивов заболевания важной проблемой остаются вопросы лечения кандидоза мочеполовых органов у женщин, что указывает на необходимость поиска новых методов терапии [5, 9, 18]. Необходимо своевременно лечить половых партнеров, чтобы исключить повторное заражение.

В комплексной терапии урогенитального кандидоза у женщин применяли системный антимикотик Фуцис (флуконазол), который назначали по 400 мг 1 раз в сутки (1–2-й дни лечения), и затем – по 200 мг 1 раз в сутки (3–10-й дни лечения). Фуцис обладает широким спектром противогрибкового действия против грибов рода *Candida* и «классических» диморфных возбудителей.

Были применены суппозитории вагинальные Клофан (1 суппозиторий содержит клотримазола 100 мг) – вводили глубоко во влагалище по 1 суппозиторию на ночь в течение 10 дней. Клофан обладает фунгицидной и фунгистатической активностью, бактерицидным действием на грамположительные *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Gardnerella vaginalis* и грамотрицательные микроорганизмы.

При кандидозных поражениях кожи и слизистых оболочек назначали Фуцис® Гель (флуконазол 0,5%), который наносили на пораженные участки кожи и слизистых оболочек 1 раз в сутки в течение 10 дней.

При наличии флуконазолрезистентного вагинального кандидоза применяли системный антимикотик Эсзол (итраконазол) – внутрь по 1 капсуле (100 мг) 1 раз в день, курс – 10 дней. Эсзол обладает фунгицидным эффектом в отношении дерматофитов, дрожжевых грибов *Candida* spp. (включая *Candida albicans*). Одновременно назначали суппозитории вагинальные Клофан – вводили глубоко во влагалище по 1 суппозиторию на ночь в течение 10 дней.

#### ВЫВОДЫ

Согласно материалам многочисленных публикаций, актуальной современной проблемой является рост заболеваемости женщин кандидозом мочеполовых органов с хроническим течением и резистентностью к лечению. Предложенная комплексная терапия кандидоза мочеполовых органов у женщин, включающая системные антимикотики (Фуцис, Эсзол) и противогрибковые препараты местного действия (суппозитории Клофан, Фуцис® Гель), способствует излечению пациенток и предотвращает рецидивы заболевания.

#### Сведения об авторах

**Айзятулов Рушан Фатихович** – Донецкий национальный медицинский университет, 84404, г. Лиман, ул. Привокзальная, 27; тел.: (062) 385-95-00

**Айзятулова Эльмира Максумовна** – Донецкий национальный медицинский университет, 84404, г. Лиман, ул. Привокзальная, 27; тел.: (062) 385-95-00

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Айзятупов Р.Ф. Заболевания, передаваемые половым путем (этиология, клиника, диагностика, лечение): иллюстрированное руководство. – Донецк: Донеччина, 2000. – 384 с.
2. Айзятупов Р.Ф. Кандидозные поражения кожи и слизистых оболочек //Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 5 (10). – С. 48–53.
3. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2004. – 400 с.
4. Айзятупов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с.
5. Айзятупов Р.Ф., Айзятупова Д.Р. Современные аспекты этиопатогенеза, клиники и принципы лечения урогенитального кандидоза у женщин // Журнал дерматовенерологии та косметології імені М.О. Торсуева. – 2018. – № 1 (39). – С. 29–35.
6. Айзятупов Р.Ф., Коган Б.Г. Комплексное лікування хронічної урогенітальної інфекції у чоловіків і жінок: методичні рекомендації. – К., 2009. – 13 с.
7. Айзятупов Р.Ф., Коган Б.Г. Сучасні особливості етіології, патогенезу, клініки і лікування грибкових захворювань: методичні рекомендації. – К., 2010. – 12 с.
8. Диагностика та лікування інфекцій жіночих статевих органів: методичні рекомендації /Запорожан В.М. та ін. – К., 2004. – 32 с.
9. Дюдюк А.Д. Комплексно-диференційована терапія хворих з рецидивами урогенітальних інфекцій // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – Дніпро, 2005. – № 1–2 (8). – С. 38–52.
10. Мавров Г.И., Никитенко И.Н. Условно-патогенная микрофлора в этиологии воспалительных заболеваний урогенитального тракта // Журнал дерматовенерологии и косметологии и им. Н.А. Торсуева. – Донецк, 2002. – № 3–4. – С. 51–55.
11. Мавров Г.И., Унучко С.В., Бондаренко Г.М., Губенко Т.В., Никитенко И.Н., Щербакова Ю.В. Проблемные исследования в области венерологии // Дерматология та венерология. – Харків, 2004. – № 2 (24). – С. 67–72.
12. Дерматология, венерология: підручник / В.І. Степаненко та інш. – К.: КІМ, 2012. – 848 с.
13. Дитяча дерматовенерология: підручник для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів дерматовенерологів / Л.Д. Калюжна та інш. – К.: Грамота, 2014. – 304 с.
14. Дудченко М.О., Васильева К.В., Попова І.Б. Дерматовенерология: навчальний посібник. – Полтава, 2011. – 319 с.
15. Клінічна мікологія: навчальний посібник для лікарів / Л.А. Болотна та інш. – Харків: ІПЦ «Контраст», 2004. – 96 с.
16. Кожные болезни и инфекции, передаваемые половым путем: учебное пособие /Ю.Ф. Айзятупов и др. – Донецк: Каштан, 2013. – 712 с.
17. Рай О.В., Туркевич С.А. Патогенетические механизмы кандидоза кожи при сахарном диабете // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 1 (44). – С. 100–106.
18. Туркевич С.А., Рудник Т.І., Дашко М.О. Досвід лікування поверхневого кандидозу у хворих на фоні порушення вуглеводного обміну та цукрового діабету // Журнал дерматовенерології та косметології імені М.О.Торсуева. – 2018. – № 2 (40). – С. 49–58.

*Статья поступила в редакцию 02.07.2019*