



# Вульвовагинальный кандидоз и гормональная контрацепция

М.В. Майоров, С.И. Жученко, заведующий женской консультацией Харьковской городской поликлиники № 5; О.Л. Черняк, к.мед.н., кафедра перинатологии и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

**В**ульвовагинальный кандидоз (ВВК), банально именуемый в быту молочницей, является весьма распространенной патологией и встречается у подавляющего большинства прекрасной половины человеческого рода – от детского до весьма преклонного возраста. Так, по данным ряда авторов, около 75% женщин в течение жизни перенесли минимум один эпизод ВВК, а у половины из них заболевание часто рецидивирует, нарушая не только качество жизни, но и состояние здоровья. Наблюдаемый в последнее время рост заболеваемости, во многом связанный с рядом различных внешних факторов, позволяет отнести ВВК к так называемым болезням цивилизации. Возбудителями этого заболевания чаще всего являются *Candida albicans*.

В последнее время значительно выросла (до 35–65%) частота выявления видов грибов *Candida non albicans*, таких как *Candida parapsilosis* (20–40% от общего количества *Candida spp.*), *Candida tropicalis* (10–30%), *Candida krusei* (10–35%) *Candida glabrata* (5–40%) и др.

## – Какие симптомы и клинические проявления характерны для ВВК?

Клинические проявления ВВК общеизвестны: бели и зуд, нередко дизурические расстройства. Бели могут быть жидкими, обильными, с примесью творожистокрошковатых включений, густыми, мажеподобными, желтого и зеленовато-белого цвета. Обычно отмечается зависимость между степенью распространенности процесса и количеством выделений из влагалища. Весьма частым симптомом является зуд (особенно сильный при наличии вульвита), постоянный или беспокоящий во второй половине дня, вечером или ночью, усиливающийся после физической нагрузки и во время менструации.

Характерными признаками ВВК являются сероватобелые налеты на слизистой оболочке влагалища и шейки матки. Воспалительные изменения локализуются и в области наружных гениталий, а также отмечается поражение крупных складок кожи (бедр и перианальная область). Выделяют следующие варианты клинического течения ВВК: бессимптомное носительство грибов рода *Candida*, истинный кандидоз, рецидивы ВВК.

## – Кто входит в группу риска по развитию ВВК?

Группами риска по возникновению ВВК являются больные с заболеваниями крови (например различ-

ные анемии), эндокринными нарушениями (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз), туберкулезом, гнойно-воспалительными процессами различной локализации, получающие антибиотики на протяжении длительного периода времени, гормональные препараты, иммунодепрессанты, лучевую терапию. К группе риска также относят работниц предприятий по переработке фруктов, овощей, по производству кондитерских изделий, антибиотиков, белково-витаминных концентратов и других биологически активных веществ, а также медицинских работников.

## – Что может провоцировать ВВК?

Провоцирующими факторами развития ВВК могут быть: антибиотикотерапия, применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) длительно или с высоким содержанием эстрогенов, вагинальные спринцевания и применение спермицидов, неконтролируемые нарушения углеводного обмена, острая респираторная инфекция, различные гинекологические манипуляции (введение внутриматочной спирали, гистеросальпингография и др.), беременность.

Очевидным фактом является значительно более высокая (в 2–3 раза) заболеваемость ВВК у беременных, обусловленная сдвигом рН вагинального содержимого в кислую сторону. Это объясняется гормональной перестройкой организма, вызывающей изменения состояния местного иммунитета и активности лейкоцитов.

## – Каковы особенности ВВК на современном этапе?

Особенностями ВВК на современном этапе является его способность к распространению, хроническому и рецидивирующему течению, частому развитию резистентности ко многим лекарственным препаратам. По мнению Т.Ф. Татарчук и соавт. (2003), нарушения нормальной функции нейроэндокринной и иммунной систем могут обуславливать возникновение хронического рецидивирующего ВВК; в то же время расстройства функционирования этих систем могут развиваться на фоне хронической кандидозной инфекции. Таким образом, нарушения иммунного статуса являются основой, на которой развивается хронический кандидоз, который в свою очередь вызывает дальнейшие расстройства иммунной системы и нейроэндокринной регуляции, описанные как синдром кандидозной полиэндокринопатии. У 75% женщин с хроническим



рецидивирующим ВВК выявлены патологические состояния, связанные с дисфункцией яичников. Наличие хронического рецидивирующего ВВК является фактором высокого риска развития предменструального синдрома (ПМС). Системное лечение кандидоза способствует положительной динамике клинических проявлений ПМС.

#### – Как предупредить обострение ВВК на фоне приема КОК?

Некоторые женщины, когда-либо перенесшие ВВК или страдающие рецидивирующей его формой, при назначении им КОК высказывают достаточно обоснованные опасения возможного рецидива заболевания. Хотя современные гормональные контрацептивы содержат достаточно низкие дозы эстрогенов, нередко возможно повышение риска развития ВВК за счет насыщения гликогеном тканей наружных гениталий, изменения pH и количества рецепторов к кандидам. Поэтому с целью профилактики рецидивов кандидоза у женщин с хроническим ВВК, при решении ими использовать метод гормональной контрацепции, нами предложено применение итраконазола (Фунита) по 100 мг в первый день цикла в течение 3-6 менструальных циклов. В этот период и в течение ближайших месяцев после окончания приема препарата не отмечалось рецидивов ВВК.

Фунит – один из наиболее эффективных современных препаратов для системной терапии ВВК. Это синтетическое противогрибковое средство, производное триазола, активное в отношении широкого спектра возбудителей. Мы остановили свой выбор именно на итраконазоле, руководствуясь данными оценки чув-

ствительности 47 штаммов различных видов *Candida* к наиболее часто используемым для лечения вагинального кандидоза противогрибковым средствам (табл).

**Таблица. Активность некоторых антимикотиков в отношении 47 видов грибов *Candida* (по материалам «Залаин» – монография для специалистов)**

Препарат МИК* (мкг/мл)	<i>C. albicans</i> (19)	<i>C. tropicalis</i> (11)	<i>C. krusei</i> (5)	<i>C. glabrata</i> (6)	<i>C. parapsilosis</i> (6)
Sertaconazole	0,08	1,30	0,20	0,25	0,17
<b>Fluconazole</b>	<b>2,30</b>	<b>36,70</b>	<b>27,80</b>	<b>32,00</b>	<b>5,00</b>
Ketoconazole	0,06	0,80	0,20	2,00	0,03
Econazole	0,06	1,10	0,20	0,06	0,22
Clotrimazole	0,04	0,56	0,06	0,25	0,04
<b>Itraconazole</b>	<b>0,06</b>	<b>13,80</b>	<b>0,06</b>	<b>16,00</b>	<b>0,03</b>

\* Минимальная ингибирующая концентрация.

Данная методика использована у пациенток, применявших различные КОК (монофазные и трехфазные) как с контрацептивной, так и с лечебной целью (нарушения овариально-менструального цикла, эндометриоз, синдром поликистоза яичников и др.).

Наши наблюдения показали отсутствие каких-либо существенных побочных явлений при приеме Фунита в сочетании с препаратами КОК. Это позволяет рекомендовать данную схему для профилактики этого заболевания у женщин, использующих пероральные гормональные контрацептивы, особенно, имевших в анамнезе эпизоды ВВК.

Список литературы в количестве 15 источников находится на сайте журнала: [www.mazg.com.ua](http://www.mazg.com.ua) <sup>①</sup>