

Лечение и диагностика урогенитального кандидоза

*Выполнила: Бекет Г.А.652 АиГ
Проверил: Амантаев Д.М.*

Астана-2016

Урогенитальный кандидоз

- * грибковое заболевание слизистых оболочек мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Урогенитальные кандидозы широко распространены, протекают хронически и склонны к рецидивам.

Патогенез

- * 80-92% случаев из-за *Candida Albicans*.
- * Другие организмы включают *Candida glabrata*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei* и *Candida parapsilosis*.
- * Другие грибковые инфекции влагалища обусловлены *Saccharomyces CEREVISIAE* (пивные дрожжи) и (редко) *Trichosporon SPP*.
- * *Candida* является нормальным синантропным организмом во влагалище. Последние исследования показывают, что кандидоз влагалища и вульвы обусловлен не только оппортунистической инфекцией или иммунодефицитом, но и ответной гиперчувствительностью. Этот ответ может быть генетически детерминирован и эстроген также играет важную роль.

Эпидемиология


- * Кандидозное поражение слизистой оболочки влагалища (кандидозный вагинит) - распространенное заболевание у женщин репродуктивного возраста. Около 70% всех женщин в своей жизни хотя бы один раз перенесли это заболевание. У 40–50% женщин бывают повторные эпизоды заболевания, а у 5% развивается хронический рецидивирующий кандидоз - чрезвычайно неприятно протекающее заболевание. Наряду с клинически выраженным заболеванием существует бессимптомная колонизация влагалища дрожжеподобными грибами.

Факторы риска

- * Дрожжеподобные грибы рода *Candida* широко распространены в природе. Заболевание у людей возникает при гормональном дисбалансе, дефектах общего и местного иммунитета, нарушениях нормального микробиоценоза полостей вследствие передозировки антибиотиков широкого спектра действия, при этом в качестве возбудителя заболевания выступают грибы, находящиеся в самом организме.
- * Факторы риска рецидивирующего урогенитального кандидоза
- * Неконтролируемый диабет.
- * Иммуносупрессия.
- * Глюкокортикоидная терапия.
- * ВИЧ-инфекция.
- * Антибактериальная терапия.
- * Большинство женщин с рецидивирующим кандидозом не имеют явных предрасполагающих факторов.

СИМПТОМЫ

- * Интенсивно выраженное раздражение и зуд во влагалище.
- * Типичные белые творожистые выделения.
- * Жжение в области наружных половых органов при мочеиспускании и болезненность при половом контакте.
- * При хронически рецидивирующем заболевании часто наблюдают обострение перед началом менструации.

- 
- * У новорожденных детей клинические проявления заболевания развиваются сразу после рождения (при врожденном кандидозе) или в более поздние сроки в виде локальных поражений кожи и слизистых оболочек или тяжелых висцеральных поражений вплоть до сепсиса.

- * У женщин наиболее часто урогенитальный кандидозный процесс локализуется в области наружных половых органов и влагалища. Кандидозные вульвит и вульвовагинит без поражения мочевыводящих путей характеризуются следующими симптомами:
- * увеличение количества отделяемого из влагалища;
- * необычно белый с «молочными» бляшками цвет отделяемого;
- * зуд, чувство жжения или раздражения в области наружных половых органов;
- * усиление вульвовагинального зуда в тепле (во время сна или после ванны);
- * повышенная чувствительность слизистой оболочки к воде и моче;
- * усиление зуда и болезненных ощущений после полового акта;
- * неприятный запах, усиливающийся после полового сношения.

Формы

- * Различают острый, хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз, кандидоз, вызванный не *C. albicans*, а также кандиданосительство.

Осложнения и последствия

- * Заболевание может иметь длительное течение, возможно от месяца до нескольких лет. Обострения совпадают с менструацией или интеркуррентными заболеваниями.

Диагностика урогенитального кандидоза

- * Лабораторные методы исследования:
- * Микроскопический метод - предпочтительный для постановки диагноза урогенитального кандидоза, поскольку у 20% здоровых женщин во влагалище присутствуют кандиды, вырастающие при посеве, что даст основание для необоснованного диагноза кандидоза влагалища. Для микроскопии используют неокрашенные препараты, а также препараты, окрашенные по Граму, по Романовскому–Гимзе, метиленовым синим. В основе диагноза лежит обнаружение элементов гриба: единичных почкующихся клеток, псевдомицелия, других морфологических структур (бластоконидии, псевдогифы).
- * Культуральный метод необходим при хроническом рецидивирующем течении заболевания, для идентификации дрожжеподобных грибов (особенно для выявления видов, не относящихся к *C. albicans*), при изучении действия лекарственных противомикотических препаратов, при атипичном течении заболевания, когда исключены другие возможные возбудители.
- * Молекулярно-биологические методы (ПЦР) - выявление ДНК определенного вида дрожжеподобных грибов (например, *C. albicans*). Высокочувствительны и специфичны. Имеют ограничения из-за возможного присутствия дрожжеподобных грибов в норме.
- * Методы прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) имеют ограничения вследствие большого количества ложноположительных результатов.
- * Серологические методы - не используют из-за низкой иммуногенности дрожжеподобных грибов.

Физикальное исследование

- * Во влагалище и эктоцервиксе - округлые отдельные или сливающиеся беловато-творожистые налеты, под которыми гиперемированная слизистая оболочка. Возможно поражение больших и малых половых губ, клитора, уретры.

Профилактика

- * Важно предупредить кандидоз у лиц, имеющих сочетание нескольких предрасполагающих факторов: иммунодефицитное состояние, болезнь крови, новообразование, состояние после тяжелых операций, а также после массивного лечения антибиотиками, глюкокортикоидными гормонами, цитостатиками, получивших ионизирующее облучение. Важное значение придается лечению дисбактериоза кишечника, выявлению и лечению кандидоза у беременных, лечению лиц с генитальным кандидозом и их половых партнеров и др. Профилактика должна быть направлена на укрепление защитных сил организма, включая полноценное питание, витамины.
- * Прогноз
- * Урогенитальный кандидоз имеет благоприятный прогноз, но при неадекватной терапии возможно развитие осложнений.

Лечение

- * Начать индукционной терапии
- *
- * Либо три дозы флуконазола 150 мг (1 x 150 мг дозы должны быть приняты каждые 72 часа); ИЛИ местное лечение имидазола в течение 10-14 дней в зависимости от ответа.
- * Кремов могут быть использованы в дополнение к вышесказанному для вульвы симптомов.
- * Техническое обслуживание и дальнейшее лечение
- *
- * 500 мг интравагинально клотримазол один раз в неделю.
- * 150 мг устные флуконазол один раз в неделю.
- * 50-100 мг устные итраконазол один раз в день.
- * Зафирлукаст 20 мг два раза в день в течение шести месяцев и может вызвать ремиссию. Это может быть альтернативой для обслуживания профилактики, особенно в atopических женщин.
- * Цетиризин 10 мг в день в течение шести месяцев также было показано, чтобы побудить ремиссии для женщин, у которых одна флуконазол не предоставляют полное разрешение симптомов.
- * Примерно 90% женщин остаются без признаков заболевания на шесть месяцев и 40% на один год.
- *