

Кандидозный вульвовагинит Т

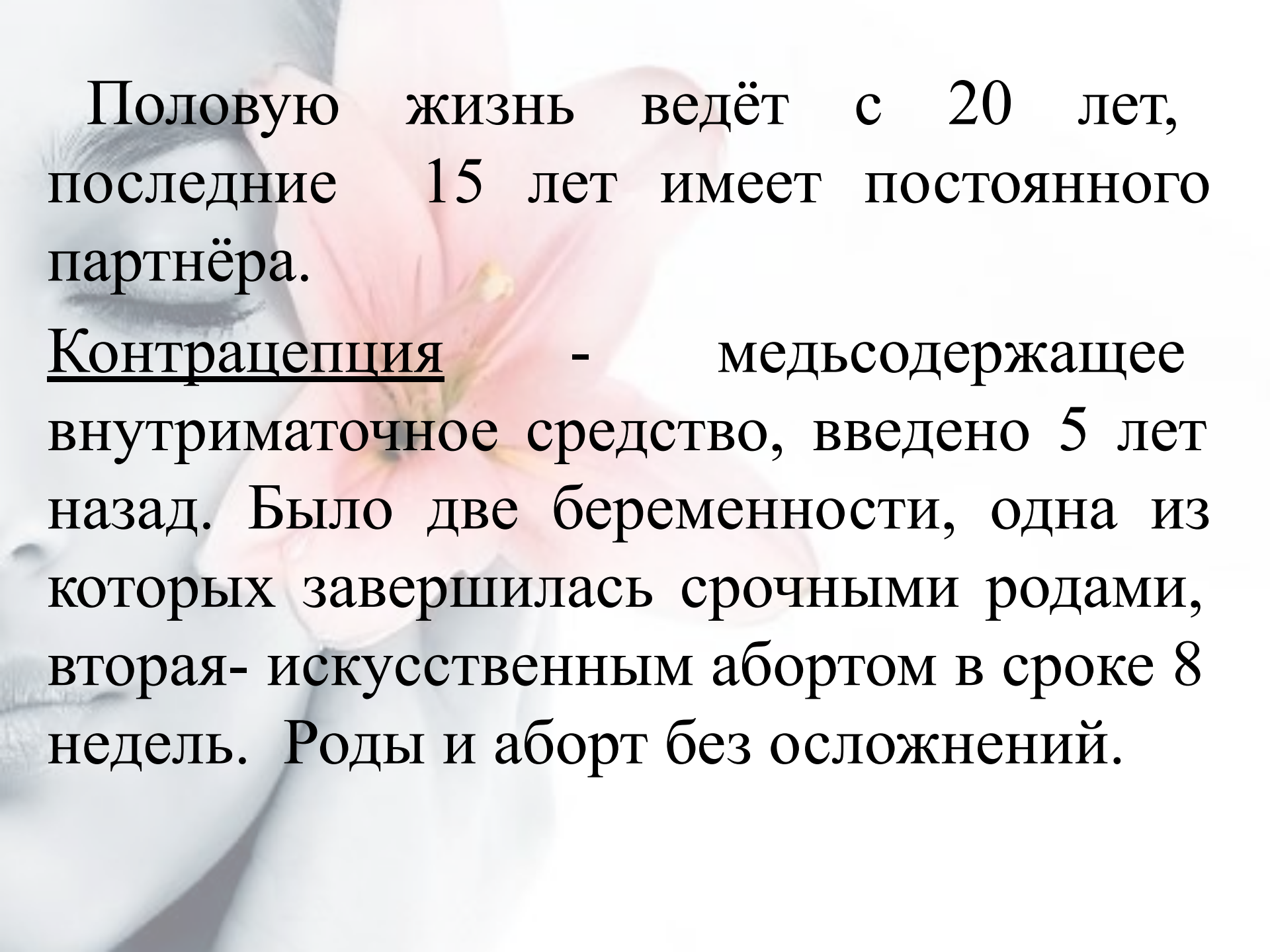
Выполнила: Кисленкова Т.Н.

Задача

Пациентка 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные белые выделения из половых путей, сильный зуд. Считает себя больной в течение 5 дней

Гинекологический анамнез

Менструации с 13 лет,
установились сразу, регулярные,
умеренные, безболезненные, по
5 дней, цикл 32 дня. Последняя
менструация началась 19 дней
назад.

A woman's face is visible in the background, looking slightly to the right. A large, soft-focus pink flower is in the foreground, partially overlapping the woman's face. The text is overlaid on this background.

Половую жизнь ведёт с 20 лет,
последние 15 лет имеет постоянного
партнёра.

Контрацепция - медьсодержащее
внутриматочное средство, введено 5 лет
назад. Было две беременности, одна из
которых завершилась срочными родами,
вторая- искусственным абортом в сроке 8
недель. Роды и аборт без осложнений.



Гинекологические заболевания отрицает.

Три недели назад перенесла
фолликулярную ангину, которую лечила
Амоксициллином.

Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное.
Пульс 86 ударов в минуту, температура
тела 36.7 °С. При пальпации живот
мягкий, безболезненный.

Наружные половые органы
гиперемированны, отёчны. Паховые
лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая
влагалища гиперемирована, отечна.
Влагалищная часть шейки матки
цилиндрической формы, наружный зев
щелевидный, видна нить ВМС. На
поверхности слизистой влагалища
определяются белые округлой формы
налёты, которые легко удаляются
тампоном.

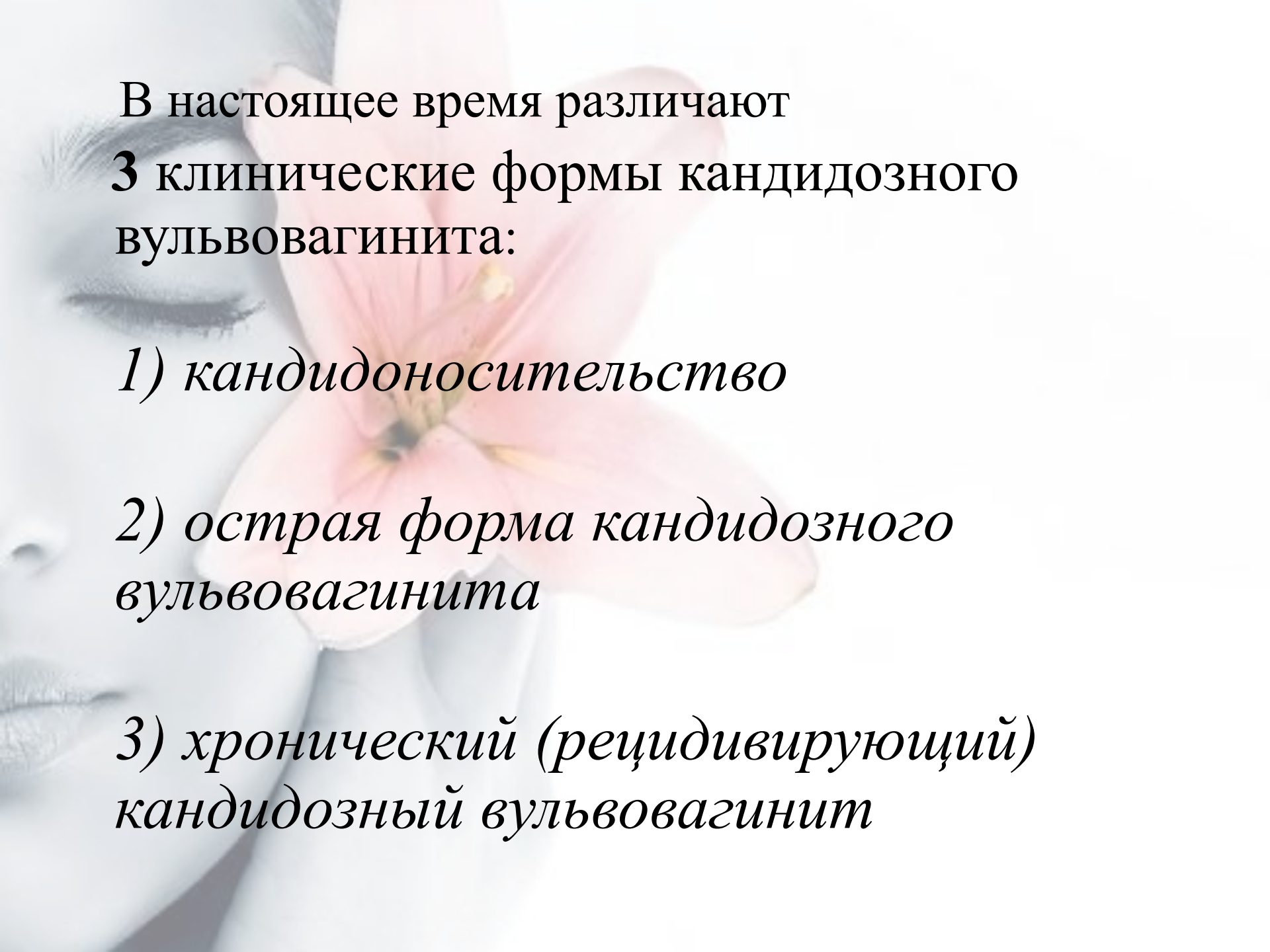
Бимануальное исследование:

Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт. Тело матки в положении retroflexio, retroversio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, подвижны, безболезненны. Своды свободны.

**Предположительный
диагноз**

**Кандидозный
вульвовагинит**



A soft-focus background image of a woman's face, with her eyes closed and a gentle smile. A large, vibrant pink lily flower is superimposed over the center of her face, partially obscuring her features. The overall tone is calm and serene.

В настоящее время различают
3 клинические формы кандидозного
вульвовагинита:

1) кандидоносительство

*2) острая форма кандидозного
вульвовагинита*

*3) хронический (рецидивирующий)
кандидозный вульвовагинит*

Грибы- являются обычной флорой нижних половых путей женщины. Они присутствуют у 22% женщин без симптомов заболевания,
(Кандидоносительство)

а у 39% с симптомами вульвовагинита. Наиболее часто выделяется из половых путей *Candida albicans* (81%-91%), но существуют и другие виды кандид *Candida glabrata*, *crusei*, *tropicalis*.

- ***Острая форма*** кандидозного вульвовагинита, при котором грибы выступают в роли моновозбудителя, вызывая клинически выраженную картину заболевания. Длительность заболевания не превышает 2 месяца.
- ***Хронический рецидивирующий*** вагинальный кандидоз. Такой диагноз ставят в тех случаях, когда в течение 1 года регистрируются 4 клинически выраженные эпизода данного заболевания или более.

Факторы предрасполагающие к росту кандид во влагалище:

- экзогенные факторы: прием антибактериальных, гормональных (в том числе и комбинированных оральных контрацептивов), цитостатических препаратов, лучевая терапия, ВМС (длительное использование), характер одежды (ношение тесно облегающего белья, повышая температуру и влажность у поверхности тела), гигиенические навыки и др.;

На фоне антибиотикотерапии :

- ✓ подавление роста не только патогенной, но и сапрофитной микрофлоры, и первую очередь лактобацилл, что, в конечном итоге, снижает защитную роль вагинальной экосистемы, нарушает «колониционную резистентность» влагалищного биотопа;
- ✓ увеличение количества и усиление вирулентности условно-патогенных микроорганизмов;

- эндогенные факторы: эндокринопатии, сахарный диабет, ожирение, новообразования, инфекционные и воспалительные заболевания, снижение иммунологической реактивности организма, гиповитаминозы, беременность, хронические заболевания ЖКТ
- *Половая передача возможна, но не является основным путем передачи*

Дополнительное обследование

1. Прямая микроскопия после обработки препарата 10% КОН можно наблюдать мицелий и псевдогифе.

Метод выявляет не более трети женщин с наличием грибов в половых путях по данным культуры

2. Окрашивание препарата по Граму:

ТОЛЬКО ПОЛОВИНА ЖЕНЩИН С ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ КУЛЬТУРОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА ЭТИМ МЕТОДОМ.

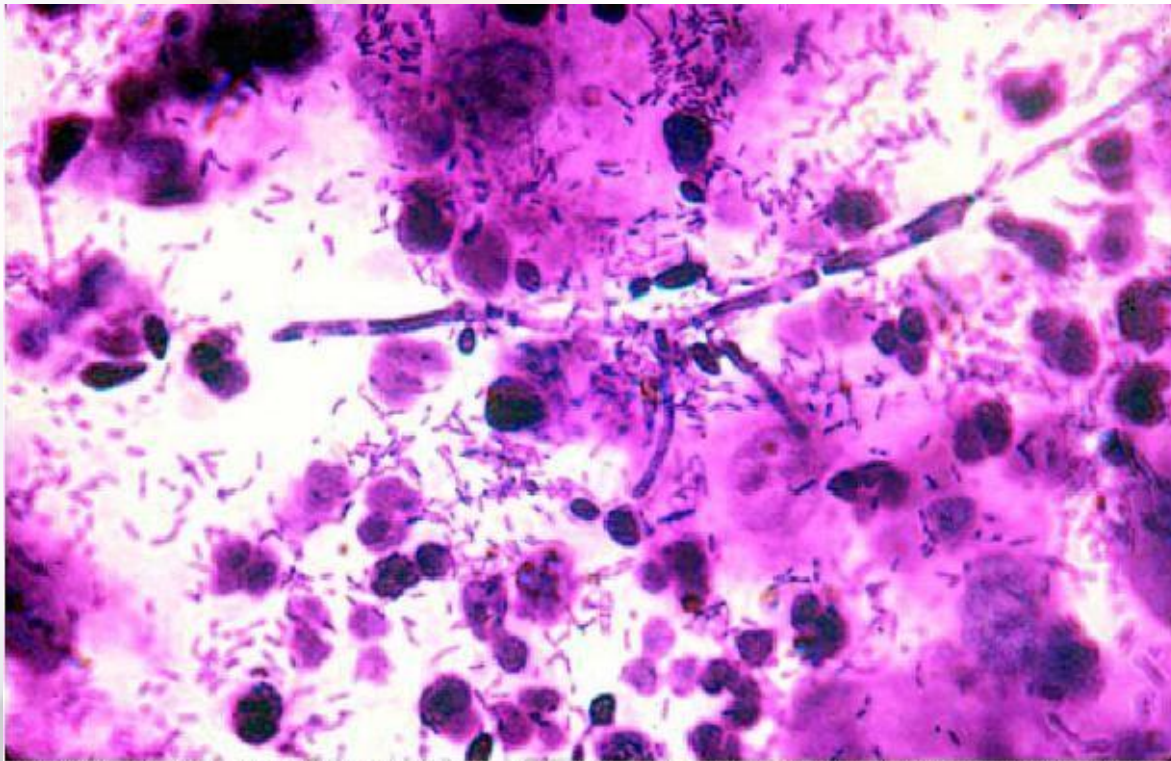


Рис. 6-5. Кандидозный вагинит (микроскопия мазка, окрашенного по Граму). www.vse-dlya-vseh.ucoz.ru

3. Метод культуры выявляет другие виды кандид, которые вызывают 10-35% всех случаев грибковой инфекции, труднее поддаются лечению и чаще рецидивируют.



Из задачи известно:

Исследование препарата, окрашенного по Грамму: количество лейкоцитов в цервикальном канале – 5-10 в поле зрения, во влагалище- 30-35 в поле зрения. Клетки плоского эпителия в умеренном количестве. Смешанная кокко-бацилярная флора в большом количестве. Визуализируются бластоспоры и псевдомицелий дрожжеподобного гриба рода *Candida*. Гонококки и трихомонады не обнаружены.



- В посеве обнаружена культура *Candida albicans*

Лечение

Основной целью лечения кандидозного вульвовагинита является прежде всего эрадикация возбудителя.

Лечение острых грибковых инфекций приводит к устранению симптомов заболевания и исчезновению грибов из половых путей в 80-90% случаев, но рецидивы инфекции остаются проблемой!

Для лечения кандидозного вульвовагинита в настоящее время используются следующие основные противогрибковые препараты:

- *препараты полиенового ряда*: нистатин, леворин, амфотерицин В;
- *препараты имидазолового ряда*: кетоконазол, клотримазол, миконазол, бифоназол;
- *препараты триазолового ряда*: флуконазол, итраконазол;
- *прочие*: гризеофульвин, флуцитозин, нитрофунгин, декамин, препараты йода и другие

В последнее время широкое применение в лечении кандидозного вульвовагинита нашел препарат **флуконазол**, относящийся к новому классу триазольных соединений. Является препаратом первого выбора при лечении кандидоза-инфекции. В отличие от других антимикотических препаратов, флуконазол избирательно действует на клетку гриба, не оказывает влияния на метаболизм гормонов, не изменяет концентрацию стероидов в крови женщин, исключает развитие побочных реакций. Однократное пероральное назначение препарата в дозе 150 мг.



ТЕРЖИНАН возможно применение у беременных и лактирующих женщин с кандидозным вульвовагинитом, другими преимуществами являются:

- отличная переносимость,
- отсутствие противопоказаний;
- минимум осложнений и побочных эффектов;
- удобство формы и способа применения;
- быстрое достижение клинического эффекта;
- удачное сочетание этиотропного, патогенетического и симптоматического действия, благодаря чему препарат обладает высоким противовоспалительным, антибактериальным, противогрибковым действием;
- высокая антимикробная активность препарата при местном применении;
- возможность назначения препарата при вагинитах, вызванных смешанной инфекцией;
- возможность его применения во время менструации
- На сегодняшний день Тержинан является одним из немногих местных препаратов, обладающих широким спектром действия за счет удачно подобранной комбинации составных частей



Рекомендуемые режимы лечения

- **Бутоконазол** 2% крем 5,0 во влагалище в течение 3 дней
- **Клотримазол** 1% крем 5,0 во влагалище 7-14 дней.
- **Клотримазол (миконазол)** 100 мг влагалищные таблетки в течение 7 дней или по 2 таблетки (200 мг) в течение 3 дней.
- **Клотримазол** 500 мг влагалищные таблетки однократно
- **Миконазол** 2% крем 5,0 во влагалище в течение 7 дней.
- **Тиоконазол (Вагистат)** 6,5% мазь 5,0 во влагалище однократно.

- **Терконазол (Теразол)** 0,4% крем 5,0 во влагалище в течение 7 дней или 0,8% крем в течение 3 дней.
- **Терконазол** 80 мг свечи во влагалище в течение 3 дней
- **Кетоконазол** через рот 200 мг дважды в день в течение 5 дней или 200 мг три раза в день в течение 3 дней (устранение кишечного резервуара инфекции)
- **Флуконазол** (дифлюкан, дифлазон, микосист, флукоSTAT) через рот 150 мг однократно или по 50 мг 3 дня

Лечение и профилактика рецидива кандидоза

□ Фаза 1 **УДАЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

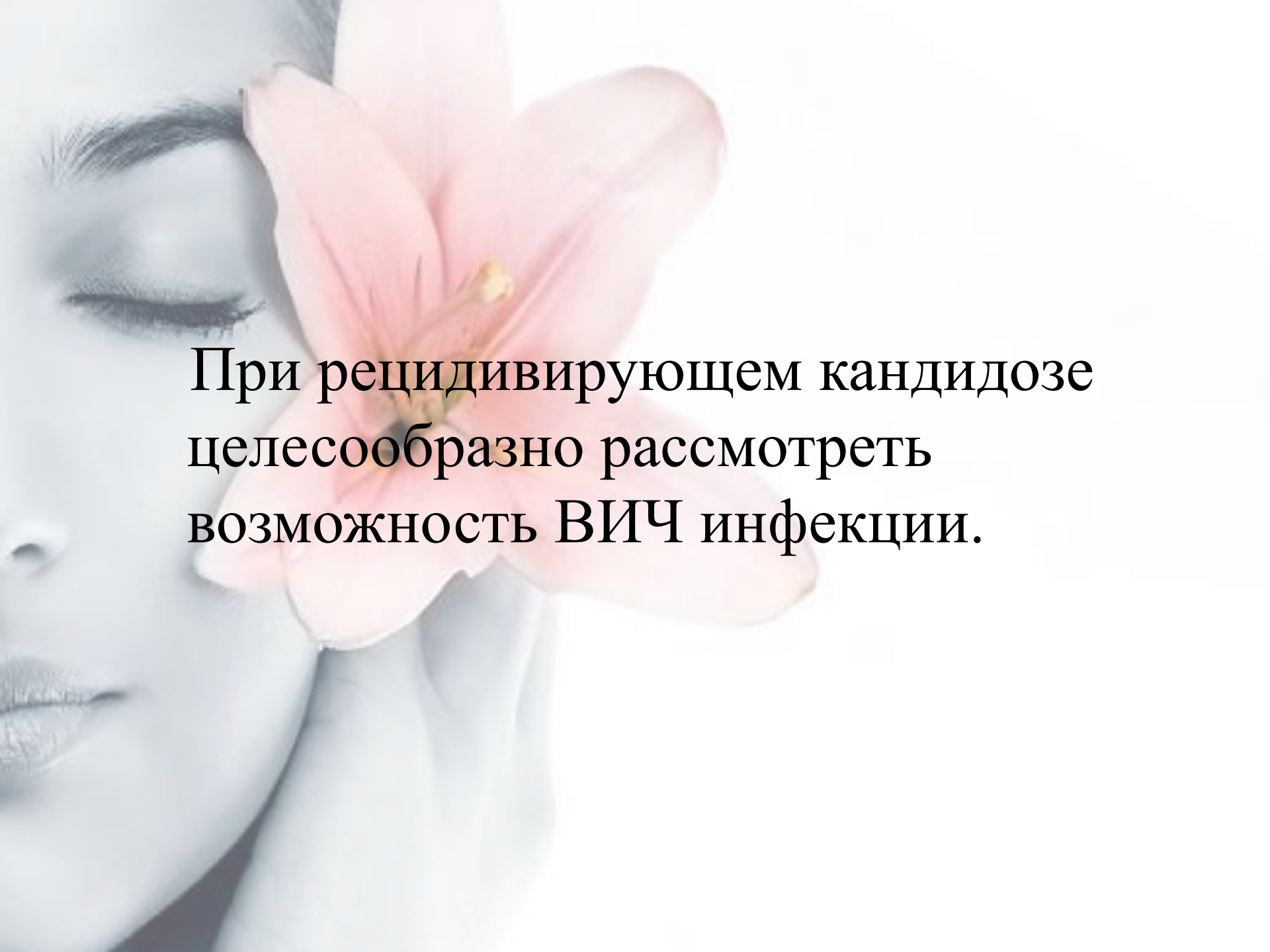
- **Флуконазол (Дифлюкан)** 150мг в 1,4,8 день лечения *или*

- **Азолы** во влагалище 10-14 дней *или*

- **Кетоконазол** 400мг ежедневно 14 дней

□ Фаза 2 РЕЖИМ ПРОФИЛАКТИКИ НА 3-6 МЕСЯЦЕВ

- Флуконазол (Дифлюкан) 150мг per os 1 раз в неделю *или*
- Кетоконазол 100 мг per os ежедневно *или*
- Интраконазол 100мг per os через день *или*
- Клотримазол по 500мг во влагалище раз в неделю *или*
- Любой азол местно ежедневно



При рецидивирующем кандидозе
целесообразно рассмотреть
возможность ВИЧ инфекции.

**Спасибо за
внимание!**

