

Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему

Профессор Т.Ю. Пестрикова, профессор Е.А. Юрасова, А.В. Котельникова

ФГБОУ ВО «Дальневосточный ГМУ» Минздрава России, Хабаровск

РЕЗЮМЕ

Заболеваемость кандидозным вульвовагинитом в течение последних 20 лет имеет четкую тенденцию к увеличению. В настоящее время по частоте распространения кандидозный вульвовагинит занимает второе место после бактериального вагиноза. От 15 до 40% инфекционных поражений вульвы и влагалища обусловлены грибковой инфекцией. Около 75% женщин страдают данным заболеванием по крайней мере один раз в течение жизни. От 40 до 50% женщин имеют рецидивы вульвовагинита, а у 5–8% заболевание переходит в хроническую форму. В статье представлены современные данные по этиологии, патогенезу, эпидемиологии, классификации данной патологии. Отражены подходы к диагностике, клинике кандидозного вульвовагинита. Выделено наличие сочетанной формы кандидозного вульвовагинита и бактериального вагиноза. В лечении особое внимание уделено использованию препарата клотримазола как производного имидазола в лечении кандидозного вульвовагинита. Отмечено, что клотримазол эффективен в отношении дерматофитов, дрожжеподобных, плесневых грибов и простейших. Клотримазол оказывает антимикробное действие в отношении грамположительных (*Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.) и анаэробных бактерий (*Bacteroides* spp., *Gardnerella vaginalis*), что дает возможность использовать его при сочетании кандидозного вульвовагинита с сопутствующими нарушениями микробиоты влагалища.

Ключевые слова: кандидозный вульвовагинит, бактериальный вагиноз, трихомониаз, дифференциальная диагностика, антимикотики, клотримазол.

Для цитирования: Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему // РМЖ. 2017. № 26. С. 1965–1970.

ABSTRACT

Vulvovaginal candidiasis: modern look at the problem

Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Kotelnikova A.V.

Far Eastern Medical State University, Khabarovsk

The incidence rate of candidal vulvovaginitis has a clear tendency to increase over the past 20 years. Currently, the vulvovaginal candidiasis is on the second place after bacterial vaginosis by the prevalence rate. From 15 to 40% of infectious lesions of the vulva and vagina are caused by a fungal infection. About 75% of women suffer from this disease at least once during their lifetime. From 40% to 50% of women have recurrences of vulvovaginitis, and in 5–8% of women the disease becomes chronic. The article presents modern data on etiology, pathogenesis, epidemiology, classification of this pathology, and reflects approaches to diagnostics and clinical picture of candidiasis vulvovaginitis. The presence of a combined form of candidal vulvovaginitis and bacterial vaginosis is highlighted. In the treatment, special attention is paid to the use of the drug clotrimazole, as an imidazole derivative, in the treatment of vulvovaginal candidiasis. It was noted that clotrimazole is effective against dermatophytes, yeast, molds and protozoa. Clotrimazole has an antimicrobial effect against gram-positive bacteria (*Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.) and anaerobes (*Bacteroides* spp., *Gardnerella vaginalis*), which makes it possible to use clotrimazole in vulvovaginal candidiasis combined with concomitant vaginal microbiota disorders.

Key words: vulvovaginal candidiasis, bacterial vaginosis, trichomoniasis, differential diagnosis, antimycotics, clotrimazole.

For citation: Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Kotelnikova A.V. Vulvovaginal candidiasis: modern look at the problem // RMJ. 2017. № 26. P. 1965–1970.

Введение

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) – инфекционное поражение, сопровождающееся воспалением слизистой оболочки влагалища, которое вызывают грибы рода *Candida*. Эта болезнь примечательна тем, что в норме грибы *Candida* живут в кишечнике женщины и не наносят ущерба здоровью. Но при определенных условиях грибы *Candida albicans* могут заменить нормальную микрофлору влагалища женщины и вызвать кандидозный вагинит/вульвит [1, 2].

Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра:

- В37. Кандидоз.
- В37.3. Кандидоз вульвы и вагины.
- В37.4. Кандидоз других урогенитальных локализаций.
- В37.9. Кандидоз неуточненный [1, 3, 4].

Эпидемиология

Заболеваемость ВВК в течение последних 20 лет имеет четкую тенденцию к увеличению. В настоящее время по ча-

стоте распространения ВВК занимает второе место после бактериального вагиноза. Ряд авторов свидетельствуют о том, что ВВК является одной из наиболее распространенных причин обращения пациенток к гинекологу. По данным различных исследователей, от 15 до 40% инфекционных поражений вульвы и влагалища обусловлены грибковой инфекцией. Около 75% женщин страдают данным заболеванием по крайней мере один раз в течение жизни [1, 5, 6]. У 40–45% пациенток на протяжении своей жизни встречаются два (и более) эпизодов ВВК. 10–20% женщин являются бессимптомными носителями грибов, при этом грибы чаще всего локализируются во влагалище; у беременных женщин колонизация грибами может достигать 40% [1, 7, 8].

Распространенность рецидивирующих форм кандидоза в мире составляет около 3 млн случаев в год. От 40% до 50% женщин имеют рецидивы вульвовагинита, а у 5–8% заболевание переходит в хроническую форму. Заболеваемость ВВК будет возрастать и далее в связи с ростом инфицирования *Candida non-albicans* (резистентных к большинству противо-

грибковых препаратов), а также вследствие развития резистентности к противогрибковым препаратам [1, 7].

Распространенность ВВК неодинакова в разных возрастных группах. Проведенные исследования показали, что чаще ВВК страдают женщины в возрасте от 21 до 40 лет, т. е. наиболее трудоспособная часть общества, что еще раз свидетельствует о высокой социальной значимости данной проблемы. У девочек до менархе и у женщин в постменопаузе заболевание встречается реже. Большинство исследователей считают, что истинная заболеваемость ВВК неизвестна из-за высокого процента самолечения пациенток [1, 2, 9].

Классификация

ВВК разделяют на неосложненный и осложненный.

Неосложненный ВВК (острый ВВК) диагностируется при наличии всех критериев:

- спорадический или нечастый ВВК;
- легкий или среднетяжелый ВВК;
- вызванный *C. albicans*;
- у пациенток с нормальным иммунитетом.

Осложненный ВВК диагностируется при наличии хотя бы одного критерия:

- рецидивирующий ВВК (диагноз ставится в тех случаях, когда в течение 1 года регистрируется 4 или более клинически выраженных эпизодов ВВК);
- тяжелое течение ВВК;
- кандидоз, вызванный *Candida non-albicans* видами у пациенток со сниженным иммунитетом (например, в случаях декомпенсированного сахарного диабета (СД), лечения глюкокортикоидами, беременности) [1, 2, 8].

Выделяют также кандидоносительство, для которого характерно отсутствие жалоб больных и выраженной клинической картины заболевания. Однако при микробиологическом исследовании в отделяемом влагалища обнаруживаются в небольшом количестве почкующиеся формы дрожжевых грибов при отсутствии в большинстве случаев псевдомицелия [1, 2, 10].

Этиология и патогенез

Возбудителями ВВК являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, насчитывающего более 170 видов, среди которых *C. albicans*, вызывающая ВВК в 75–80% случаев. За последние годы отмечена тенденция к увеличению распространения ВВК, обусловленного «не-*albicans*»-видами: *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. crusei*, *C. lusitanae*, *Saccharomyces cerevisiae*. Данные виды рода *Candida*, как правило, способствуют осложненному течению забо-



Рис. 1. Структура грибов рода *Candida*

левания, которое трудно поддается воздействию антимикотической терапии [1, 2, 12, 13].

Патогенез ВВК сложен и до сих пор недостаточно изучен. Учитывая тот факт, что штаммы *C. albicans*, выделенные у больных кандидозным вульвовагинитом и у носителей, существенно не различаются по ряду биохимических характеристик, можно сделать заключение о ведущей роли состояния макроорганизма в развитии кандидозного вульвовагинита, а не свойств возбудителя. Триггером развития заболевания является не изменение свойств гриба, а снижение резистентности организма-хозяина [10, 14, 15].

В развитии кандидоза различают следующие этапы:

- прикрепление (адгезию) грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией;
- внедрение (инвазию) в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов;
- проникновение в сосуды, гематогенная диссеминация с поражением различных органов и систем.

При вагинальном кандидозе инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях эпителия влагалища [1, 2, 5].

Морфология и физиология грибов рода *Candida*

Грибы рода *Candida* состоят из овальных почкующихся дрожжевых клеток (4–8 мкм) псевдогиф и септированных гиф. Для *C. albicans* характерно образование ростовой трубки из бластоспоры (почки) при помещении их в сыворотку. Кроме этого, *C. albicans* образует хламидоспоры – толстостенные двухконтурные крупные овальные споры. На простых питательных средах при 25–27°C они образуют дрожжевые и псевдогифальные клетки. Колонии выпуклые, блестящие, сметанообразные, непрозрачные. В тканях кандиды растут в виде дрожжей и псевдогиф (рис. 1, 2) [1, 2, 16, 17].

Предрасполагающие факторы

Грибы рода *Candida* входят в состав нормальной микрофлоры влагалища. Однако под воздействием определенных экзо- и эндогенных факторов (антибиотики широкого спектра действия, иммунодефицитные состояния, вирус иммунодефицита человека, туберкулез, СД, патология щитовидной железы, инфекции, передающиеся половым путем, и др.) кандидоносительство переходит в клинически выраженную форму (рис. 3).

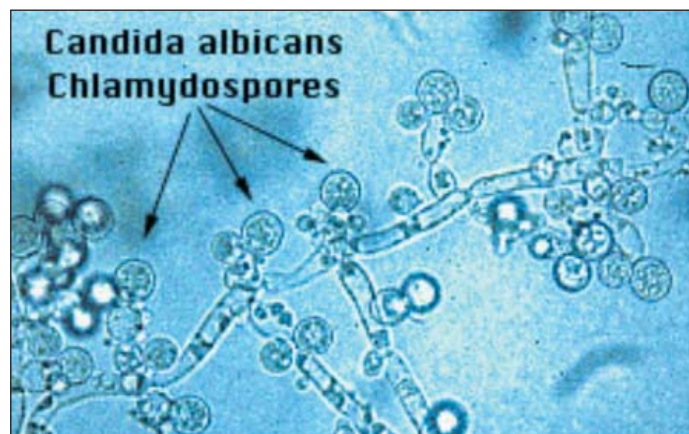


Рис. 2. Хламидоспоры с двухконтурной оболочкой и зернистым содержимым на концах псевдомицелия (указаны стрелками)

Генитальному кандидозу нередко сопутствуют бессимптомная кандидоурия, уретрит и другие заболевания мочевых путей. В патогенезе генитального кандидоза определенную роль играет длительное использование гормональных (оральных) контрацептивов, влияющих на соотношение гормонов, регулирующих репродуктивную функцию. Вирулентность *C. albicans* увеличивается в условиях повышенной влажности (потливости). Триггерами для развития гиперчувствительности и предрасположенности к колонизации грибов рода *Candida* являются:

- ношение тесного синтетического нижнего белья,
- подмывание душем под напором,
- использование спреев,
- применение прокладок (рис. 3) [18,19].

Скрининг

Обследованию на ВВК подлежат пациентки с жалобами на наличие творожистых выделений из влагалища, зуд, жжение, диспареунию, беременные женщины. Скрининг проводят с помощью микроскопического исследования отделяемого влагалища [1, 2, 5].

Диагностика

Клиническая картина

Клиническая картина ВВК различается и зависит от ряда факторов, в т. ч. и от вида возбудителя. К наиболее частым симптомам ВВК относятся следующие клинические признаки:

- обильные выделения из половых путей различного цвета и консистенции: белые, густые (сливкообразные) или хлопьевидные, творожистые, пленчатые, с нерезким кислотным запахом, изредка водянистые, с творожисто-крошковатыми вкраплениями;

- зуд и жжение в области влагалища и вульвы; зуд, как правило, интенсивный, сопровождается расчесами, нередко приводит к бессоннице, неврозам;

- гиперемия, отек, высыпания в виде везикул на коже и слизистых оболочках вульвы и влагалища;
- вышеуказанные симптомы нередко могут препятствовать мочеиспусканию, вызывая задержку мочи.

Рецидивирующее течение ВВК диагностируют при наличии 4 и более эпизодов ВВК в год, встречается у 17–20% женщин с ВВК. Существуют 2 основных механизма возникновения хронического рецидивирующего кандидоза:

- реинфекция влагалища;
- рецидив, связанный с неполной элиминацией возбудителя.

Клиническая картина при рецидивирующем ВВК характеризуется меньшей распространенностью поражений, менее интенсивной гиперемией и отечностью; влагалищные выделения менее обильные или могут отсутствовать. На коже и слизистых оболочках половых органов преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации и атрофии тканей. Кроме того, процесс может распространяться и на перианальную область, а также на внутреннюю поверхность бедер. Как правило, симптомы заболевания стремительно развиваются за неделю до менструации и немного стихают во время менструации (табл. 1) [1, 2].

Следствием осложненной формы ВВК являются:

- генерализованный кандидоз у пациенток с иммунодефицитными состояниями;
- рецидивирующие инфекции мочевой системы;
- невынашивание беременности;
- рождение маловесных детей;
- хориоамнионит;
- преждевременный разрыв плодных оболочек;
- преждевременные роды [20–22].

Лабораторно-инструментальные исследования

Диагностика ВВК должна быть комплексной. Ведущая роль в диагностике наряду с клиническими симптомами принадлежит микробиологическим методам исследования (микроскопия мазков вагинального отделяемого и культуральный метод исследования), диагностическая ценность которых достигает 95%. Культуральный метод — посев материала на питательную среду позволяет определить количество, родовую и видовую принадлежность грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам, а также характер и степень микробной обсемененности другими условно-

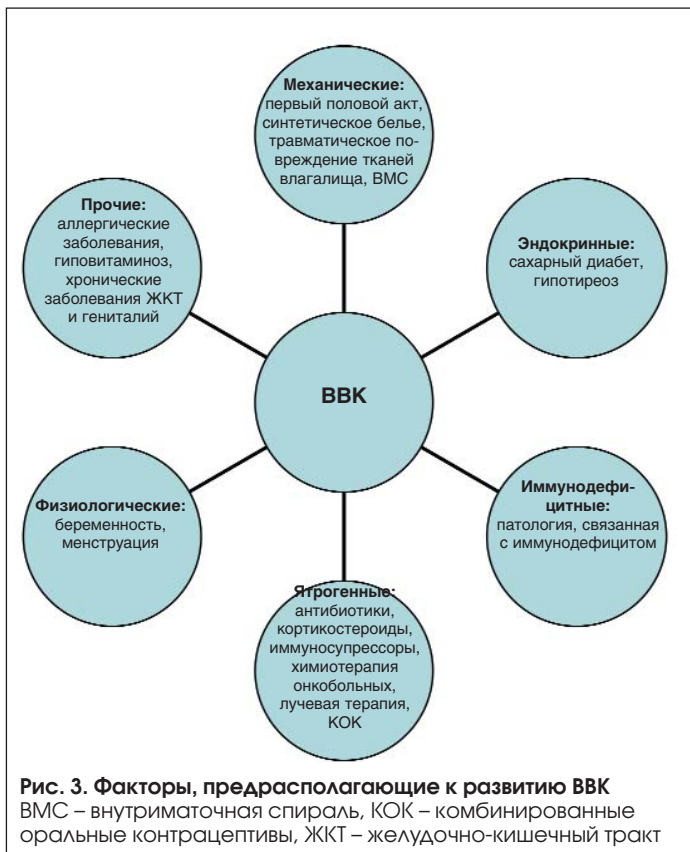


Таблица 1. Классификация вагинального кандидоза (D.A. Eschenbach, 2004)

Показатель	Неосложненный ¹	Осложненный ²
Степень тяжести	Легкая, средняя	Тяжелая
Частота	Нечастый, спорадический	Рецидивирующий
Микроорганизм	<i>C. albicans</i>	Не- <i>albicans</i> Штаммы <i>Candida</i>
Макроорганизм: – функция иммунной системы – беременность	Нормальная Отсутствует	Нарушенная ³ Да

Примечание:
¹ Пациент должен иметь все указанные признаки
² Достаточно иметь любой из этих признаков
³ Сахарный диабет, иммуносупрессия

патогенными бактериями. Микроскопическое исследование является одним из наиболее доступных и простых методов диагностики. Исследование проводят в нативных и окрашенных по Граму препаратах. В последние годы применяют методы экспресс-диагностики, которые в минимально короткие сроки с довольно высокой точностью позволяют выявить штаммы гриба при помощи готовых тест-систем с благоприятными средами для роста грибов. Использование экспресс-диагностики является весьма перспективным, не требует много времени, не вызывает затруднений, однако ее результаты не позволяют судить о сопутствующей флоре.

При тяжелых, рецидивирующих формах ВВК, сопровождающихся нарушениями в иммунной системе, возможно определение титров антител к грибам рода *Candida* в сыворотке крови. Но этот метод исследования практически не применяется из-за высокой частоты ложноотрицательных и ложноположительных результатов.

Кольпоскопический метод диагностики не является специфическим. Он выявляет изменения эпителия, характерные для воспалительного процесса, но не позволяет определить этиологию заболевания.

Молекулярно-биологические методы (полимеразная цепная реакция (ПЦР) в реальном времени, направленная на обнаружение специфических фрагментов дезоксирибонуклеиновой кислоты или рибонуклеиновой кислоты *Candida spp.*) не являются обязательными методами лабораторной диагностики ВВК [1, 2, 5, 20, 22].

В зависимости от концентрации дрожжеподобных грибов рода *Candida* и характера сопутствующей микрофлоры в вагинальном биотопе выделяют 3 формы *Candida* инфекции влагалища:

- бессимптомное носительство;
- истинный кандидоз (высокая концентрация грибов сочетается с высокой концентрацией лактобацилл);
- сочетанная форма бактериального вагиноза с ВВК (грибы вегетируют при подавляющем преобладании облигатных анаэробов) [22–24].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику ВВК целесообразно проводить с:

- бактериальным вагинозом;
- генитальным герпесом;
- аэробным вагинитом;
- кожными заболеваниями (экземой, красным плоским лишаем, склеродермией, болезнью Бехчета и др.).

В клинической практике чаще всего дифференциальную диагностику ВВК следует проводить с бактериальным вагинозом и трихомониазом (табл. 2) [1, 5, 22]. Дифференциальная диагностика патологии влагалища представлена в таблице 2.

Лечение

Цель медикаментозного лечения ВВК – эрадикация возбудителя. Большинство случаев ВВК поддается терапии местными противогрибковыми средствами и антисептиками [1, 5, 22].

К преимуществам местных средств относят их безопасность, высокие концентрации антимикотиков, создаваемые на поверхности слизистой оболочки, и меньшую вероятность развития устойчивости. Кроме того, многие антимикотики местного действия быстрее обеспечивают купирование симптомов, в основном за счет мажевой основы.

При выраженных симптомах заболевания предпочтение отдают системным препаратам.

Среди системных препаратов применяется флуконазол, который ранее при лечении ВВК назначался однократно, впоследствии препарат было рекомендовано применять трехкратно. При лечении ВВК, вызванного грибами *Candida non-albicans*, распространенность которого в последнее время неуклонно растет, применение флуконазола неэффективно [29]. В связи с этим возрастает актуальность применения других групп противогрибковых препаратов, в т. ч. клотримазолов.

Местные противогрибковые средства выпускают в специальных формах: вагинальных суппозиториях и таблетках, кремах, растворах для спринцеваний. Арсенал вагинальных форм антимикотиков в России постоянно меняется, что иногда вводит врачей в заблуждение относительно доступных в настоящее время препаратов. В России зарегистрированы вагинальные формы изоконазола, клотримазола, миконазола, эконазола и т. д.

Вагинальные кремы рекомендуют назначать для лечения вульвитов, сочетания вульвитов и вагинитов, таблетированные формы и суппозитории – для лечения вагинитов. Препараты, как правило, вводят перед сном с помощью прилагаемых аппликаторов (кремы) или напальчников (суппозитории).

Интравагинальное и пероральное применение препаратов одинаково эффективно (уровень доказательности II, класс А). Однако местные формы более безопасны, т. к. практически не оказывают системного действия и создают высокие концентрации активного вещества в месте применения.

Используют следующие основные противогрибковые препараты:

- полиенового ряда (натамицин, нистатин);
- имидазолового ряда (клотримазол, сертаконазол, кетоконазол, бутоконазол, фентиконазол, миконазол, эконазол, омоконазол, тернидазол и др.);
- триазолового ряда (флуконазол, итраконазол);
- другие (препараты йода и др.) [25–28].

Несмотря на бурное развитие фармакологической индустрии и огромный выбор антимикотических препаратов, проблема лечения кандидозного вульвовагинита не теряет своей актуальности. Учитывая высокую частоту заболевания, дли-

Таблица 2. Отличительные признаки нормального влагалищного секрета и воспалительных выделений, сопутствующих наиболее распространенным инфекциям влагалища

Признак	Норма	Бактериальный вагиноз	Кандидоз	Трихомониаз
Количество выделений	Небольшое	Умеренное	Варьирует	Умеренное
Цвет	Бело-желтые	Сероватые	Белые	Желто-зеленые
Запах	-	+++	-	+
Консистенция	Жидкие	Жидкие	Густые, творожистые	Пенистые
pH	3,5–4,5	5,0–5,5	4–5	6–7
Зуд	-	-	++++	+
Жжение	-	+	++	+
Состояние слизистой	Норма	Слабая эритема	Эритема, эксфолиации	Петехии
Микроскопия	Мало лейкоцитов	«Ключевые» клетки	Мицелий	Трихомонады

тельное течение, частое рецидивирование процесса, можно предположить, что, вероятнее всего, в основе лежит необоснованный подход к диагностике и лечению данного заболевания. Возбудителем хронического рецидивирующего вульвовагинита в 85% случаев является смешанная кандидозная инфекция, устойчивая к широко используемым антимикотическим средствам. В этой связи использование препаратов антимикотического действия, оказывающих также антимикробное действие на сопутствующую микробную флору, имеет принципиальное значение. Примером такого препарата является клотримазол (имидазоловый ряд), который эффективен в отношении дерматофитов, дрожжеподобных, плесневых грибов и простейших. Оказывает антимикробное действие в отношении грамположительных (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*) и анаэробов (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*). Клотримазол не оказывает влияния на лактобациллы. *In vitro* в концентрации 0,5–10 мкг/мл клотримазол подавляет размножение бактерий семейства *Corinebacteria* и грамположительных кокков (за исключением энтерококков); оказывает трихомонацидное действие в концентрации 100 мкг/мл [30].

При применении клотримазола интравагинально (таблетки – 100, 200, 500 мг; суппозитории – 100 мг) абсорбция составляет 3–10% введенной дозы. Высокие концентрации в вагинальном секрете и низкие концентрации в крови сохраняются в течение 48–72 ч. В печени метаболизируется до неактивных метаболитов, выводимых из организма почками и через кишечник.

Клотримазол 2% крем (10 мг), используемый для наружного применения, за счет воздействия активного вещества (клотримазол), проникает внутрь грибковой клетки и нарушает синтез эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что изменяет проницаемость мембраны и вызывает последующий лизис клетки. В фунгицидных концентрациях взаимодействует с митохондриальными и пероксидазными ферментами, в результате чего происходит увеличение концентрации перекиси водорода до токсического уровня, что также способствует разрушению грибковых клеток. Точно так же Клотримазол воздействует на болезнетворные бактерии (грамположительные (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*) микроорганизмы и анаэробы (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*)), которые вызывают вульвиты и вагиниты [30].

Преимущество использования 2% крема Клотримазол перед другими формами антимикотиков заключается в том, что данная форма эффективна при лечении рецидивирующих кандидозных вульвитов с присоединением бактериальной инфекции у женщин, а также для лечения баланопостита у их половых партнеров, в связи с антимикробным действием препарата. Лечение Клотримазолом (2% крем) мужчин следует начинать сразу при появлении первых симптомов заболевания. Запущенная инфекция может перерасти в хроническую форму или спровоцировать серьезные последствия – появление простатита и везикулита. В некоторых случаях грибы способны поражать мочевой пузырь и почки.

Кроме этого, 2% крем Клотримазол целесообразно использовать при лечении вульвитов у ВИЧ-инфицированных пациенток и пациенток с сахарным диабетом в связи с частым наличием у данных пациенток тяжелых форм рецидивирующего ВВК.

Преимущества 2% крема Клотримазол перед 1% кремом заключаются в более высокой концентрации активного вещества в месте применения и, следовательно, в



Регистрационный номер:
ЛП - 004092 от 23.01.17

Клотримазол 2%

крем для лечения вагинального кандидоза
Не допусти неловких ситуаций!



Отпускается без рецепта

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306.

Тел.: +7 (499) 579-33-7 / Факс: +7 (499) 579-33-71

www.esparma-gmbh.ru

НОВИНКА*

*Новый препарат в портфеле компании «Эспарма ГмбХ» в РФ.

уменьшении длительности курса лечения – 2% крем применяется для лечения ВВК 1 раз в сутки в течение 3 дней, 1% крем – 1 раз в сутки в течение 7 дней.

Основными преимуществами Клотримазола перед иными противогрибковыми средствами являются:

- эффективное воздействие на патогенные формы грибов и сопутствующую бактериальную флору – грамположительные (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*) и анаэробы (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*), клотримазол подавляет размножение бактерий семейства *Corinebacteria* и грамположительных кокков (за исключением энтерококков); оказывает трихомонацидное действие, приводящее к гибели трихомонад и, соответственно, к полному излечению от заболевания;

- минимальное количество противопоказаний к использованию и побочных эффектов, что связано с местным применением клотримазола;

- экономическая доступность препарата.

Основные профилактические меры

Выздоровлению будет способствовать непрерывная профилактика ВВК, которая должна включать следующие рекомендации для пациенток:

- использовать при половых контактах барьерный метод защиты (презерватив); особенно важно следовать этому правилу женщинам, у которых нет постоянного сексуального партнера;

- провести обследование организма и выявить скрытые заболевания (особенно мочеполовой системы);

- отказаться от половых контактов с больным кандидозом человеком до его выздоровления;

- заниматься лечением основного заболевания, спровоцировавшего снижение иммунитета;

- по возможности отказаться от гормональных контрацептивов, под действием которых гормональный фон становится благоприятной основой для роста грибов;

- при лечении антибиотиками дополнительно употреблять антимикотические лекарственные препараты;

- отказаться, хотя бы частично, от белья из синтетических материалов;

- соблюдать гигиену интимных мест;

- отказаться от жестких диет и питаться рационально;

- не злоупотреблять спиртными напитками, отказаться от курения [1, 5, 22].

Наблюдение и дальнейшее ведение

Критерии эффективности лечения ВВК – исчезновение симптомов заболевания в сочетании с отрицательными результатами микробиологического исследования.

Прогноз

Прогноз благоприятный.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

X Ежегодный Всероссийский Конгресс по инфекционным болезням с международным участием

Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы

26–28 февраля 2018 года

Гостиница "Рэдиссон Славянская" (Москва, Площадь Европы, 2)

Соорганизаторы

- Национальное научное общество инфекционистов
- Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов
- Федерация педиатров стран СНГ

Технический организатор

ООО «Медицинское маркетинговое агентство»

Научная программа

- Эпидемиологический надзор за инфекционными и паразитарными болезнями
- Фундаментальные исследования в области эпидемиологии и инфекционной патологии
- Демографическая и социально-экономическая оценка инфекционных болезней. Заболеваемость и смертность от инфекционных болезней
- Новое в изучении возбудителей и патогенеза инфекционных заболеваний

- Актуальные вопросы инфекционных болезней детей и взрослых
- Новые и возвращающиеся инфекции
- Диагностика инфекционных болезней: лабораторная, клиническая, эпидемиологическая
- Инфекционные болезни и коморбидность. Сочетанные инфекции
- Противовирусная и антибактериальная терапия
- Заболевания, связанные с оказанием медицинской помощи
- Заболеваемость инфекционными болезнями медицинского персонала
- Интенсивная терапия и реанимация инфекционных больных
- Профилактика инфекционных болезней
- Роль общественных организаций и СМИ в борьбе с инфекционными болезнями
- Инновации в системе преподавания эпидемиологии и инфекционных болезней в высшей школе

Выставка

В рамках работы Конгресса пройдет выставка производителей фармацевтических препаратов, вакцин, иммуноглобулинов, средств диагностики и лабораторного оборудования, продуктов лечебного питания, биологически активных и пищевых добавок и др.

www.congress-infection.ru

Тел./факс: (495) 660-6004; e-mail: mtv@mm-agency.ru