

М.А.ГОМБЕРГ, д.м.н., профессор, А.М.СОЛОВЬЕВ, к.м.н., доцент, Д.А.ЛЮБОПЫТОВА, МГМСУ, Москва

Урогенитальный кандидоз:

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Существует устойчивая тенденция к росту числа обращений по поводу патологических выделений из влагалища. Причины таких выделений тесно связаны с общими факторами, влияющими на структуру патологии человека, и далеко не всегда связаны с инфекциями. Урбанизация, экологические проблемы, психологические стрессы, применение антибиотиков — эти мощные селективные факторы активно вмешиваются в процессы, определяющие структуру и уровень заболеваемости (Анкирская А.С. с соавт., 2005). Если же все-таки речь идет об инфекции, то среди всех возможных инфекционных заболеваний, сопровождающихся выделениями из влагалища, на втором месте после бактериального вагиноза стоит кандидоз (Ray A., et al., 1989), а по некоторым данным даже на первом (Simoes J.A., et al., 1998).

Кандидоз — заболевание слизистых оболочек, кожи и внутренних органов, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Одним из наиболее часто встречающихся проявлений этой инфекции является урогенитальный кандидоз — поражение грибками мочевого тракта. Несмотря на то что это заболевание не относят к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), т.к. болезнь возникает, как правило, без полового контакта, в ряде случаев урогенитальный кандидоз может развиваться в результате полового контакта (например, кандидозный баланопостит у мужчин после контакта с больной женщиной) или быть спровоцирован им. В литературе имеются противоречивые сообщения, касающиеся возможности передачи этой инфекции половым путем.

Некоторые авторы полагают, что в 30—40% случаев кандидоза влагалища передача инфекции происходит именно при половых контактах. Однако только у 5—25% половых партнеров женщин с кандидозом выявляют носительство грибов. Известно также, что кандидоз мочевого тракта у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин.

Следует отметить тот факт, что многие женщины, страдающие кандидозом, вообще не живут половой жизнью. В то же время грибковая инфекция развивается примерно у 80% женщин, имевших половые контакты с мужчинами с кандидозным поражением полового члена. Урогенитальный кандидоз у мужчин развивается после полового контакта с больной женщиной примерно в 40% случаев.

Но все-таки большинство современных ученых считают урогенитальный кандидоз (особенно у женщин) эндогенной инфекцией, последствием влагалищного кандиданосительства, и не считают половой путь передачи значимым. Источником кандидоза влагалища могут быть грибы, обитающие в полости рта, на коже или во внешней среде. Имеются данные

о том, что резервуаром грибов и источником инфекции влагалища может служить желудочно-кишечный тракт. При нахождении грибов во влагалище, они очень часто обнаруживаются и в фекалиях, при этом у большинства больных вагинальные и кишечные штаммы идентичны.

В 90% случаев урогенитальный кандидоз вызывается *Candida albicans*. Значительно реже встречаются *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata* и др. В качестве сапрофитов *C. albicans* могут находиться на слизистых оболочках у здоровых людей (кандиданосительство), а при определенных условиях эти микроорганизмы становятся патогенными, вызывая заболевание. Как уже говорилось ранее, развитие урогенитального кандидоза способствуют эндогенные (эндокринопатии, иммунодефицит, онкогематологические заболевания, авитаминозы) и экзогенные факторы (антибиотикотерапия, применение гормональных лекарственных и контрацептивных препаратов, иммунодепрессантов, цитостатиков, лучевой терапии).

Для полноценного лечения и профилактики рецидивов необходимо выявлять и устранять все провоцирующие факторы, однако во многих случаях выявить четкий предрасполагающий фактор не удастся (Sobel J.D., 1985).

ПАТОГЕНЕЗ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

В генезе кандидозной инфекции различают следующие этапы: прикрепление (адгезия) грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией, внедрение (инвазия) в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки и даже попадание в соединительную ткань собственной пластин-

■ В 30—40% случаев кандидоза влагалища передача инфекции происходит именно при половых контактах.

ки. В целом можно сказать, что в развитии кандидоза играют роль как изменение свойств возбудителя, так и изменения, происходящие в организме человека.

Основными факторами вирулентности грибов *Candida* являются:

- переход из спор (бластоспор) в гифы;
- повышение адгезивных свойств;
- повышение способности к пенетрации;
- активная выработка протеиназ;
- антигенные модуляции, позволяющие микроорганизму «ускользнуть» от иммунной защиты (Ghannoum M. et al., 1986; Cassonne A., et al., 1987).

Классификация урогенитального кандидоза.

В настоящее время не существует общепринятой клинической классификации урогенитального кандидоза. Большинство исследователей предлагают различать кандиданосительство, острый и рецидивирующий урогенитальный кандидоз, а далее указывать топический диагноз.

Кандидозный вульвовагинит, или вагинальный кандидоз, относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний влагалища, его частота неуклонно растет и, по данным разных авторов, составляет от 30 до 45%

в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий. Наиболее часто это заболевание поражает женщин репродуктивного возраста, но оно может

встречаться также в менопаузе и даже в детском возрасте. Заболеваемость кандидозом возрастает во время беременности, встречаясь не менее чем у 20% беременных (Simoes J.A. et al., 1998). Это заболевание как минимум 1 раз развивается у 75% женщин в течение репродуктивного периода, а у 50% женщин возникают повторные эпизоды (Sobel J.D., 1988).

При вагинальном кандидозе инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях эпителия влагалища. На этом уровне инфекция может персистировать длительное время, т.к. устанавливается динамическое равновесие между грибами, которые не могут проникнуть в более глубокие слои слизистой оболочки, и макроорганизмом, который сдерживает такую возможность, но не способен полностью элиминировать возбудителя. Нарушение этого равновесия приводит либо к обострению заболевания, либо к выздоровлению или ремиссии.

Вагинальный кандидоз характеризуется обильными или умеренными творожистыми выделениями из половых путей, а также зудом, жжением, раздражением в области наружных половых органов.

В последние годы все чаще встречаются длительные текущие, рецидивирующие формы вагинального кандидоза — примерно 5% женщин страдают рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом. Этот

диагноз ставится при наличии 3 и более эпизодов обострения кандидоза в течение 1 года.

Считается, что в патогенезе рецидивирующего течения кандидоза принимают участие многие факторы, находящиеся в сложном взаимодействии, основными из которых являются дисбаланс микрофлоры влагалища, влияние половых гормонов и иммунодефицит.

Одной из концепций недавнего времени, объясняющих хроническое течение вагинального кандидоза, являлась теория реинфекции. Согласно ей, после излечения эпизода кандидоза возобновление клинической симптоматики обусловлено проникновением грибов во влагалище извне: из кишечника или от полового партнера. Однако носительство *Candida* в кишечнике в настоящее время не рассматривается как серьезная причина рецидивов (Fong I.W., 1994), а экзогенное заражение от полового партнера как частая причина рецидивирования тоже маловероятна (Fong I.W., 1992).

Высказывается точка зрения, что ведущее значение имеет активация инфекции вследствие нарушения защитной роли нормальной микрофлоры влагалища. Это подтверждается тем, что кандидоз часто возникает при нарушениях микрофлоры вследствие приема антибиотиков.

В настоящее время важная роль в развитии и рецидивирующем течении влагалищного кандидоза отводится балансу половых гормонов. Изменение этого баланса, вызванное приемом гормональных препаратов или наличием эндокринной патологии, вызывает накопление гликогена в эпителии, истончает его, а также изменяет рН. Все это способствует активации роста грибковой инфекции.

Значительный интерес представляет взаимодействие половых гормонов и иммунных механизмов. Так, например, известно, что во время беременности и при приеме гормональных контрацептивов снижаются функции лимфоцитов (Klink A.D., et al., 1993), а эстрогены подавляют функции NK-клеток и нейтрофилов (Coth M.F., et al., 1998). Кроме того, гиперэстрогения способствует переходу грибов из спор в гифы и истончает эпителий, что облегчает пенетрацию возбудителя. Таким образом, устранение гормональных нарушений является важным фактором, который следует принять во внимание при выборе терапии отдельных эпизодов кандидоза и для предотвращения рецидивов.

Диагностика. Диагноз ставится на основании особенностей клинической картины и результатов лабораторных исследований. Клиническая симптоматика кандидозного вульвовагинита складывается из следующих показателей:

- наличие густых, белых, творожистых выделений из влагалища;
- гиперемия, отечность или сухость кожи и слизистых вульвы и влагалища;

■ Кандидоз мочеполовой системы у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин.

■ жалобы на зуд в области вульвы и влагалища, диспареуния или дизурия.

Для лабораторной диагностики генитального кандидоза используют:

1. Микроскопическое исследование нативного или окрашенного по Граму материала из влагалища. При оценке препаратов обращают внимание на наличие вегетативных форм грибов — псевдомицелия или почкующихся клеток.

2. Микологическое исследование, позволяющее определить видовую принадлежность выявленных грибов и их чувствительность к антимикотикам. Диагностическим считается рост в количестве более 10^4 КОЕ/мл.

Если грибки рода *Candida* обнаружены любым из способов, но клиническая симптоматика отсутствует, во всех руководствах не рекомендуют проводить лечение. Также не требуется проводить специальное обследование и лечение партнеров. Однако в случае, если у женщины наблюдается рецидивирующий генитальный кандидоз или у мужчины развивается кандидозное поражение полового члена, партнеров следует обследовать и назначить терапию.

ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Приступая к терапии урогенитального кандидоза, врачу необходимо достичь следующих целей: эрадикации возбудителя, выявления и устранения предрасполагающих состояний и провоцирующих факторов. Несмотря на то что не всегда удастся найти однозначную причину обострений кандидоза, проведение женщинам с рецидивирующим кандидозом общеклинического и эндокринологического обследования, гормональных тестов позволяет выявить возможную причину рецидивов и не пропустить более серьезную патологию, сопровождающуюся кандидозом.

Однако такой подход должен быть взвешанным и обоснованным, т.к. зачастую практикуемое комплексное лечение, учитывающее массу существующих и предполагаемых провоцирующих факторов, нередко приводят к необоснованной полипрогмазии и излишнему усложнению схемы терапии.

Лечение острого кандидозного вульвовагинита, как правило, не представляет сложности и обычно заключается в назначении местных противогрибковых средств в виде суппозиториев, кремов, вагинальных таблеток и т.д. В качестве действующего вещества они обычно содержат какой-либо азольный антимикотик (клотримазол, миконазол, изоконазол, эконазол и т.д.) или полиеновый антибиотик (нистатин, натамицин).

Нередко для местной терапии используются спринцевания, аппликации, промывания, ванночки с растворами антисептиков — соды, борной кислоты, марганцовокислого калия, анилиновых красителей,

тетрабората натрия, препараты йода. Однако излишнее увлечение антисептиками может привести к угнетению нормальной микрофлоры влагалища, дисбиозу и развитию неспецифических кольпитов.

Второй подход к лечению острого кандидоза — назначение системных антимикотиков (флуконазола, итраконазола, кетоконазола). Этот подход становится все более популярным, т.к. более удобен в применении и позволяет сократить сроки лечения. Именно системную терапию необходимо назначать при неэффективности местной терапии.

При выборе тактики лечения кандидоза необходимо оценить характер течения заболевания. Выделяют неосложненное течение кандидоза (одиночные эпизоды, редкие рецидивы) и осложненное (рецидивирующий кандидоз, кандидоз, вызванный иными, чем *S. albicans*, видами *Candida*, кандидоз у женщин с диабетом или длительно получающих кортикостероиды).

При неосложненном течении генитального кандидоза (редкие эпизоды) обычно рекомендуют местное лечение.

В российском и европейском руководствах для лечения кандидозной инфекции в качестве основных препаратов предлагают следующие [1, 2]:

■ клотримазол — вагинальные таблетки или свечи по 200 мг в течение 3 дней или по 500 мг однократно;

■ миконазол — вагинальные овули по 200–400 мг в течение 3 дней или по 1200 мг однократно.

В последней редакции российского руководства в качестве основного метода лечения предлагается назначение флуконазола по 150 мг внутрь однократно [1]. В европейском и американском руководствах такой метод лечения признается альтернативным. Флуконазол, представитель класса триазольных противогрибковых средств, является мощным селективным ингибитором синтеза стеролов в клетке грибов. Он оказывает высокоспецифичное действие на грибковые ферменты, зависящие от цитохрома P 450. Фармакокинетические характеристики препарата сходны при внутривенном введении и приеме внутрь. После приема внутрь флуконазол хорошо всасывается, уровень его в плазме (и общая биодоступность) превышает 90% от уровня флуконазола в плазме при внутривенном введении. Одновременный прием пищи не влияет на абсорбцию препарата, принятого внутрь. Концентрация в плазме достигает пика через 0,5–1,5 ч после приема натошак, период полувыведения флуконазола составляет около 30 ч. Концентрация в плазме находится в прямой пропорциональной зависимости от дозы. 90%-ный уровень равновесной концентрации достигается к 4–5 дню лечения препаратом (при приеме 1 раз/сут.). Введение в первый день «ударной» дозы, в 2 раза превышающей обычную суточную, позволяет

достичь ко второму дню уровня концентрации, соответствующего 90%-ной равновесной концентрации. Очевидный объем распределения приближается к общему содержанию воды в организме. Связывание с белками плазмы составляет 11–12%. Флуконазол хорошо проникает во все биологические жидкости организма. В роговом слое, эпидермисе, дерме и потовой жидкости достигаются высокие концентрации, превышающие сывороточные. Препарат накапливается в роговом слое. При приеме в дозе 50 мг 1 раз в сутки концентрация флуконазола через 12 дней составила 73 мкг/г, а через 7 дней после прекращения лечения она составляла 5,8 мкг/г. При применении в дозе 150 мг 1 раз в неделю концентрация флуконазола в роговом слое на 7-й день составляла 23,4 мкг/г, а через 7 дней после приема второй дозы — 7,1 мкг/г. Выводится препарат в основном почками, примерно 80% введенной дозы выводится с мочой в неизменном виде. Длительный период полувыведения флуконазола из плазмы позволяет использовать однократное назначение препарата при вагинальном кандидозе и принимать препарат 1 раз в сутки или 1 раз в неделю при курсовом применении по другим показаниям.

Вориконазол (вифенд) отличается от флуконазола наличием дополнительных метильной и фторпиридиноидной групп. Особенности химического строения обуславливают более высокую активность и широкий спектр действия препарата в отношении дрожжевых и плесневых грибов

по сравнению со всеми остальными противогрибковыми препаратами. Пока вориконазол рекомендован только для терапии тяжелых инвазивных форм грибковых инфекций.

Широкий список препаратов первой линии для интравагинального применения представлен в новом руководстве CDC [3]:

- бутоконазол в виде 2% крема от 1 до 3 дней;
- клотримазол в виде 1% крема 7–14 дней или вагинальные таблетки по 100 мг в течение 7 дней или по 200 мг в течение 3 дней;

- миконазол в виде 2% крема в течение 7 дней или вагинальных свечей по 100 мг в течение 7 дней, по 200 мг в течение 3 дней или по 1200 мг однократно;

- нистатин в виде вагинальных таблеток по 100 000 МЕ в течение 14 дней;

- тиоконазол в виде 6,5% мази однократно (в России не зарегистрирован);

- терконазол (в России не зарегистрирован) в виде 0,4% крема в течение 7 дней, 0,8% крема в течение 3 дней или вагинальных свечей по 80 мг в течение 3 дней.

В качестве альтернативы в российском руководстве предложено использовать нистатин по 100 000 ЕД интравагинально 1 раз в сутки в течение 14 дней [1].

Надо сказать, что эффективность всех перечисленных препаратов для местного применения примерно одинакова и составляет 70–85%. Частота рецидивов зависит не от выбора препарата, а от наличия у больного триггерных и провоцирующих факторов, которые необходимо выявлять и устранять.

Кроме флуконазола европейское руководство рекомендует использовать итраконазол по 200 мг двукратно в течение 1 дня [2].

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

С помощью стандартной противогрибковой терапии можно эффективно лечить обострения кандидоза, но достаточно сложно влиять на предотвращение рецидивов. В связи с этим чрезвычайно актуальной является проблема лечения рецидивирующего урогенитального кандидоза.

Рецидивирующим считается кандидоз, эпизоды которого повторяются более 4 раз в течение года. Первоочередной задачей является выявление причин рецидивирующего течения кандидоза и их устранение. Важными могут оказаться микологические исследования, определяющие вид возбудителя и его чувствительность к антимикотикам. Эти исследования позволяют верифицировать неальбицантные виды грибов, которые встречаются в 10–20% случаев рецидивирующего кандидоза и обычно устойчивы к традиционно используемым противогрибковым препаратам.

Терапевтические подходы, используемые для лечения рецидивирующих форм урогенитального кандидоза, можно разделить на 3 группы:

1. Эпизодическое лечение обострений кандидоза традиционными системными или местными антимикотиками. При этом продолжительность лечения увеличивают в среднем в 2 раза по сравнению со стандартным курсом — 10 дней вместо 5, 2 недели вместо 1 и т.д. (Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2001).

2. Супрессивная терапия — длительный прием поддерживающей дозы антимикотика. Чаще всего используют длительное назначение флуконазола по 150 мг в неделю. Такая схема имеет наибольшее количество сторонников. Еще один подход — назначение итраконазола по 200 мг в течение 3 дней подряд в месяц. Длительность супрессивной терапии может продолжаться

INFO

В комплексной терапии поврежденной кожи различного происхождения, пиодермии, атопического дерматита и экземы разумно использовать препараты с иммуномодулирующим эффектом, например, такие как тимоген-крем. Препарат не содержит глюкокортикоидов, уменьшает воспалительные явления, ускоряет регенерацию, снижает интенсивность зуда и оказывает профилактический эффект в отношении вторичной инфекции. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, а также при беременности и лактации. Препарат наносится тонким слоем на пораженный участок кожи 1–2 раза в сутки. Максимальная длительность лечения — 20 суток.

6 мес. и более (Sobel J.D., 1992). Иногда для супрессивной терапии применяют местные препараты — суппозитории с изоконазолом по 600 мг или клотримазолом по 500 мг, которые назначают 1 раз в неделю в течение нескольких месяцев (Reef S.E., et al., 1993).

По данным российского и европейского руководств, при рецидивирующем кандидозе, после проведения основного курса терапии, рекомендуется поддерживающее лечение флуконазолом по 100 мг внутрь 1 раз в неделю или местно клотримазолом по 500 мг 1 раз в неделю в течение 6 мес. [1, 2].

В рекомендациях CDC при рецидивирующем течении генитального кандидоза рекомендуется использование коротких курсов местных или системных антимикотиков, либо более длительное (до 14 дней) использование местных препаратов во время рецидива болезни [3]. В качестве альтернативы местному лечению предлагается курс флуконазола (в США используется только дифлюкан) по 100, 150 или 200 мг внутрь в 1-й, 4-й и 7-й дни лечения.

При необходимости может быть рекомендована длительная поддерживающая системная терапия флуконазолом — по 100, 150 или 200 мг 1 раз в неделю или местная — клотримазолом — по 200 мг 2 раза в неделю или по 500 мг 1 раз в неделю в течение 6 мес.

В настоящее время причину рецидивирующего течения урогенитального кандидоза, помимо сохранения провоцирующих факторов, склонны объяс-

нять, прежде всего, особенностями иммунной защиты влажных (Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2001).

Исходя из этого, новым терапевтическим подходом к лечению кандидоза слизистых оболочек может являться усиление механизмов местной иммунной защиты.

Этот подход — применение препаратов, влияющих на механизмы местного иммунитета, а также изменяющих свойства эпителиальных клеток, как наиболее важных и распространенных причин рецидивирующего течения инфекции, пока еще не получил широкого распространения, наименее разработан, но может оказаться перспективным в будущем. Исследования в этой области ведутся во многих научных центрах. В России накоплен опыт по использованию препарата гепон для лечения и профилактики урогенитального кандидоза.

Лекарственный препарат гепон является синтетическим олигопептидом, состоящим из 14 аминокислотных остатков. Препарат относится к группе иммуномодуляторов, показан для повышения эффективности иммунной защиты от инфекций, лечения и профилактики оппортунистических инфекций, вызванных бактериями, вирусами или грибами.

В ходе предшествующих использованию в широкой практике клинических испытаний гепона у больных с выраженными явлениями иммунодефицита было установлено, что повторный пероральный

Тимоген® КРЕМ

Негормональный препарат
для лечения
атопического дерматита
и экземы

- уменьшает воспаление в очагах поражения
- ускоряет регенерацию поверхностных трещин и эрозий
- снижает интенсивность зуда
- повышает эластичность кожи

Медико-биологический
научно-производственный
комплекс «ЦИТОМЕД»

ЦИТОМЕД®

Россия, 191023, Санкт-Петербург, Мучной пер. д. 2
тел./факс: (812) 315-88-34, www.cytomed.ru



прием гепона не только улучшает общие показатели иммунного статуса, но и оказывает местный противомикробный эффект. В частности, было обнаружено лечебное действие гепона в отношении инфекций ротовой полости и носоглотки, вызванных *C. albicans* или другими возбудителями оппортунистических инфекций. Эти данные послужили основанием для проведения клинических исследований местного применения гепона с целью лечения кандидоза слизистых, в частности вульвовагинитов, кольпитов, уретритов и баланитов, вызванных грибами *Candida*.

Перед применением гепона содержимое флакона (0,002 г) растворяют в 5 мл физиологического раствора. Полученным 0,04% раствором орошают слизистую стенок и сводов влагалища. После орошения пациентка остается в положении лежа в течение 10 мин. У мужчин при поражениях слизистых оболочек головки полового члена препарат применяется в виде примочек 0,04% раствора. Раствором смачивают марлевую салфетку и прикладывают ее к пораженным участкам до высыхания. В целом для мужчин и женщин процедуры выполняются 1 раз в сутки с интервалом 1–3 дня, на курс 3–6 процедур. Количество процедур и интервалы между ними при лечении мужчин и женщин устанавливаются лечащим врачом индивидуально в зависимости от активности клинических проявлений и динамики их исчезновения. Обычно достаточно 3 процедур, выполненных с интервалом в 2 дня.

Кроме лечения рецидивирующего урогенитального кандидоза, местная иммунотерапия гепоном эффективна в качестве профилактики кандидоза на фоне продолжительного и/или интенсивного приема антибиотиков (Тищенко А.Л. и соавт., 2001).

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА

При остром или рецидивирующем кандидозе у больных с некоторыми заболеваниями (например, диабет), а также длительно получающих кортикостероиды или химиотерапию может потребоваться более продолжительное (до 14 дней) лечение местными либо системными препаратами.

Такой же подход к лечению оправдан в случае выявления неальбикантных видов кандиды, например *C. glabrata*. Причем при лечении инфекций, вызванных этим видом кандид, очень хорошие результаты может давать нистатин. Кроме перечисленных схем, руководство CDC в таких случаях рекомендует местное применение желатиновых капсул с борной кислотой по 600 мг ежедневно в течение 2 нед. [3].

Недавно появился новый препарат для системной терапии кандидоза — каспофунгин — первый представитель нового класса противогрибковых препаратов — эхинокандинов. Он обладает широким спектром активности, ингибирует синтез глю-

www.med-beauty.com

Международный Форум Медицины и Красоты

СОВРЕМЕННЫЙ СТИЛЬ ЖИЗНИ: ЗДОРОВЬЕ, КРАСОТА, УСПЕХ

Российская выставочная компания «Глобал Экспо», Национальный Альянс Дерматологов и Косметологов и Международная школа СПА, приглашают специалистов

18-21 ноября 2008
КДЦ Гостиный Двор,
г. Москва

При поддержке:



Всемирная Федерация Водолечения и Климатолечения



Национальная Курортная Ассоциация

Программа ФОРУМА МЕДИЦИНЫ И КРАСОТЫ

- Выставка «Московский Медицинский Салон»
- Выставка «ДЕРМАКОСМЕТИК»
- Выставка «Красота и Здоровье»
- Международная выставка-конференция SPA-индустрии
- Выставка «Путешествие за Здоровьем»
- Междисциплинарный Конгресс Национального Альянса Дерматологов и Косметологов





ООО «Глобал Экспо»: 125023, Москва, проспект Мира 119, ВВЦ, стр. 51, Тел: +7 (495) 966-92-50, 980-21-20, факс: +7 (495) 981-82-21, e-mail: russia@global-expo.ru

кана, причем мишень воздействия, находящаяся в клеточной стенке грибов, отсутствует в клетках млекопитающих. Это совершенно отличает каспофунгин от полиенов и азолов. Благодаря этому различию в механизмах действия, перекрестная резистентность каспофунгина с другими антимикотиками маловероятна. Пока каспофунгин, как и вориконазол, рекомендован только для системной терапии инвазивных микозов.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

В ситуациях, когда невозможно обследовать пациентку и провести лабораторные исследования, а также в случаях ассоциации бактериального вагиноза и кандидоза, возможности других смешанных инфекций влагалища, неспецифических вагинитах удобно использовать комбинированные препараты для местного применения.

Так, для местного лечения при урогенитальном кандидозе в сочетании с бактериальным вагинозом можно использовать нистатин в сочетании с неимидазольным препаратом — нифурателем. На фармрынке такая комбинация представлена препаратом макмирор комплекс в виде вагинальных свечей, содержащих 500 мг нифуратела и 200 000 ЕД нистатина, а также вагинального крема, содержащего в 100 г нифуратела 10 г и нистатина 4 млн. ЕД. Нифуратель высокоактивен в отношении грамположительной и грамотрицательной микрофлоры, обладает мощной трихомонадно-окисляющей способностью, а также противогрибковым действием. Комбинация двух ЛС оказывает синергическое действие против грибковой флоры. Так как нифуратель не подавляет роста лактобацилл, то в результате применения макмирор комплекса во влагалище создаются условия для восстановления нормального биоценоза и pH влагалищной среды.

К другим комбинированным средствам относятся свечи нео-пенотран и вагинальные таблетки клион-Д 100, содержащие метронидазол и миконазол.

Решение о применении комбинированных препаратов должен принимать врач после клинико-лабораторной оценки конкретной ситуации.

При поражениях гладкой кожи, которые нередко сопутствуют урогенитальному кандидозу и локализируются на наружных половых органах и в складках, применяют те же противогрибковые средства, но только в виде кремов и мазей. Наиболее часто используют клотримазол раствор и крем, натамицин крем, изоконазол, эконазол, кетоконазол крем, нистатин мазь.

Клотримазол вызывает торможение синтеза нуклеиновых кислот, липидов, полисахаридов клетки грибов. Это приводит к повреждению клеточной оболочки и увеличению проницаемости оболочек

фосфолипидных лизосом. Для наружной терапии используют 1% раствор или крем.

Натамицин — противогрибковый антибиотик широкого спектра действия. Он нарушает целостность клеточных мембран, что приводит к гибели грибов. К натамицину чувствительны большинство дрожжеподобных грибов, он малотоксичен, не вызывает раздражения кожи и слизистых оболочек, для наружной терапии используется в виде крема.

Кетоконазол — высокоэффективный препарат из группы имидазолов. Его механизм действия связан с подавлением эргостерольного биосинтеза. Для наружного лечения используют крем, содержащий 20 мг/г кетоконазола.

Эконазол обладает выраженным фунгицидным действием, изменяя проницаемость клеточных мембран грибов. В отличие от большинства имидазолов его молекула содержит атомы хлора. Особенности химического строения позволяют препарату лучше проникать в глубь тканей. При наружной терапии используются аэрозоль, содержащий 1% раствор, а также 1% крем.

Еще одним препаратом из группы имидазолов является изоконазол. Препарат эффективен не только в отношении дрожжеподобных грибов, но и стафилококков и стрептококков. Широта терапевтического спектра действия позволяет использовать изоконазол при инфекциях смешанного генеза. Применяют изоконазол в виде 1% крема.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфекции, вызванные дрожжеподобным грибом рода кандиды, относятся к числу самых распространенных заболеваний человека. Урогенитальный кандидоз не является ИППП, и лечение половых партнеров следует проводить только при наличии у них патологии. Эпизодическую терапию кандидозной инфекции можно проводить как местными препаратами, так и системно. Наиболее эффективной при рецидивирующем кандидозе является системная противогрибковая терапия, иногда требующая дополнительного назначения иммуномодуляторов.



■ *Рецидивирующим считается кандидоз, эпизоды которого повторяются более 4 раз в течение года.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология 2007. Под ред. А.А. Кубановой. — М.: «ДЭК-Пресс», 2007. — 300 с.
2. European STD Guidelines. //Int J STD & AIDS. — 2001; 12 (suppl 3).
3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. //MMWR — 2006; 55; RR-11: 94.