

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

УРОГЕНІТАЛЬНИЙ КАНДИДОЗ

Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах

Робоча група з адаптації клінічної настанови

Степаненко Віктор Іванович	завідувач кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дерматовенерологія», заступник голови з клінічних питань (дорослі);
Корольова Жаннета Валентинівна	професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча дерматовенерологія», заступник голови з клінічних питань (діти);
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.мед.н., заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Айзятулов Рушан Фатіхович	завідувач кафедри дерматовенерології Донецького національного медичного університету імені М. Горького, д.мед.н, професор;
Болотна Людмила Анатоліївна	завідувач кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор;
Бондар Сергій Анатолійович	завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор;
Бондаренко Гліб Михайлович	Завідувач відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ «Інститут дерматології та венерології» Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор;
Денисенко Ольга Іванівна	завідувач кафедри дерматовенерології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д.мед.н., професор;
Джораєва Світлана Кар'ягдіївна	кандидат медичних наук, завідувач лабораторії мікробіології Державної установи «Інститут дерматології та венерології» Національної академії медичних наук України;

Дюдюн Анатолій Дмитрович	завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор;
Калюжна Лідія Денисівна	професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор;
Каменев Володимир Іванович	головний лікар Полтавського обласного шкірно-венерологічного диспансеру, к.мед.н, доцент;
Карпюк Леся Василівна	головний лікар Волинського обласного шкірно-венерологічного диспансеру;
Коваленко Юрій Борисович	головний лікар Комунальної установи «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» Запорізької обласної ради, к.мед.н, доцент;
Корнієнко Віктор Валентинович	директор Територіального медичного об'єднання «Дерматовенерологія» м. Києва;
Кутасевич Яніна Францівна	директор ДУ «Інститут дерматології та венерології» Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор;
Максимова Ірина Станіславівна	головний лікар Миколаївського обласного шкірно-венерологічного диспансеру Миколаївської обласної ради;
Мавров Геннадій Іванович	завідувач кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор;
Маняк Наталія Володимирівна	головний лікар Рівненського обласного шкірно-венерологічного диспансеру;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний поза-штатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика - сімейна медицина»;

Нікітенко Інна Миколаївна	кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом Державної установи «Інститут дерматології та венерології» Національної академії медичних наук України;
Пушкаренко Сергій Вікторович	головний лікар Закарпатського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру, к.мед.н.;
Рибалко Микола Федорович	головний лікар Комунального закладу «Херсонський обласний шкірно венерологічний диспансер»;
Роценюк Лариса Вадимівна	головний лікар Комунального закладу «Харківський Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер №1», к.мед.н.;
Свирид Сергій Григорович	професор кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор;
Святенко Тетяна Вікторівна	професор кафедри дерматовенерології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор;
Сизон Орися Орестівна	доцент кафедри сімейної медицини, поліклінічної справи та дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н, доцент;
Унучко Сергій Васильович	кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом Державної установи «Інститут дерматології та венерології» Національної академії медичних наук України;
Фомюк Анатолій Адамович	головний лікар Житомирського обласного шкірно-венерологічного диспансеру Житомирської обласної ради;
Франкенберг Аркадій Артурович	головний лікар Дніпропетровського обласного шкірно-венерологічного диспансеру, к.мед.н, доцент;

Хара Олександр Іванович	головний лікар Комунальної установи «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер», к.мед.н., доцент;
Хилинський Михайло Михайлович	заступник директора Територіального медичного об'єднання «Дерматовенерологія», головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради зі спеціальності «Дерматовенерологія».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.тех.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Державний експертний центр МОЗ України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



Рецензенти

Дащук Андрій
Михайлович

завідувач кафедри дерматології, венерології і СНІДу
Харківського національного медичного університету,
д.мед.н., професор;

Лебедюк Михайло
Миколайович

завідувач кафедри дерматології, венерології
Одеського національного медичного університету,
д.мед.н., професор

Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2020 рік.

Перелік скорочень

АКН	-	адаптована клінічна настанова
ВВК	-	вульвогінальний кандидоз
ВІЛ	-	вірус імунодефіциту людини
ІПСШ	-	інфекції, що передаються статевим шляхом
СІН	-	споживачі ін'єкційних наркотиків
УГК	-	урогенітальний кандидоз

ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ З АДАПТАЦІЇ КЛІНІЧНОЇ НАСТАНОВИ

Клінічна настанова – документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної допомоги при певній нозології чи при певному клінічному питанні. Клінічна настанова розробляється з дотриманням певної методології і має на меті максимально допомогти лікарю та пацієнту в прийнятті рішення в певних клінічних ситуаціях. В основу створення настанови покладено інформацію, що відповідає критеріям доказової медицини.

*Дана клінічна настанова є адаптованою для системи охорони здоров'я України, за основу якої взято **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines (2014). Centers for Disease Control and Prevention.***

Адапована клінічна настанова «Урогенітальний кандидоз», відповідно до свого визначення, має метою надання допомоги практикуючому лікарю в прийнятті раціонального рішення пацієнтам з кандидозом, слугує інформаційною підтримкою щодо найкращої клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, лікарських засобів та організаційних засад медичної допомоги.

Запропонована адаптована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень клінічної настанови не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її неможна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретно клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі.

ВВЕДЕННЯ І МЕТОДОЛОГІЯ

Цілі і завдання

Адаптована клінічна настанова «Урогенітальний кандидоз» відповідно до свого визначення, має метою надання допомоги лікарю-практику в прийнятті раціонального рішення у різних клінічних ситуаціях та є інформаційною підтримкою щодо найкращої клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, лікарських засобів та організаційних засад медичної допомоги.

Основна мета полягає в тому, щоб допомогти лікарям-практикам в наданні допомоги пацієнтам з діагнозом урогенітальний кандидоз. Ця настанова пропонує рекомендації по діагностиці, методикам лікування і принципам зміцнення здоров'я, які необхідні для ефективною санації, контролю та управлінню початковою стадією, а також попередження передачі кандидозної інфекції.

ВИЗНАЧЕННЯ

Candida spp. - патогенні мікроорганізми, здатні викликати кандидоз статевих органів: у жінок – вульвіт, вульвовагініт; у чоловіків – баланіт і баланопостит.

Міжнародна класифікація хвороб X перегляду International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006 не відносить урогенітальний кандидоз до інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом і розрізняє такі захворювання, викликані дріжджоподібними грибами роду *Candida*:

B37.3 Кандидозний вульвовагініт;

B37.4 Кандидоз іншої урогенітальної локалізації (кандидозний баланіт, кандидозний уретрит);

B37.9 Кандидоз не уточнений.

Але згідно до класифікації інфекцій що передаються статевим шляхом за версією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка представлена в офіційному документі ВООЗ від 2007 р.: Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. *Candida albicans* відноситься до збудників статевих інфекцій. Також *Candida albicans* класифікована як статева інфекція у всесвітньо відомому керівництві по внутрішнім хворобам Harrison's Principles of Internal Medicine (2008)

Традиційна клінічна класифікація УГК, яка прийнята у вітчизняній літературі, включає в себе гостру та хронічну форму, які характеризуються перебігом захворювання.

Деякі експерти пропонують іншу клінічну класифікація:

Неускладнений (спорадичний) УГК, який, як правило, викликається *C. albicans* і є вперше виявленим або розвиваються спорадично не більше ніж 4 разу на рік, супроводжується помірними проявами кандидозу та спостерігається у пацієнтів, які не мають факторів ризику розвитку захворювання.

Ускладнений УГК, який, як правило, викликається *Candida non-albicans* і є рецидивуючим (розвивається 4 і більше разів на рік), супроводжується вираженими об'єктивними симптомами кандидозу з яскравою гостро-запальною еритемою, набряком, виразками, тріщинами слизових оболонок і шкіри періанальної області та спостерігається у хворих, які мають фактори ризику розвитку захворювання, які супроводжуються пригніченням реактивності організму (цукровий діабет, прийом цитостатиків, глюкокортикостероїдних препаратів та ін.).

ЕТІОЛОГІЯ І ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Мікроорганізми *Candida spp.* належать до роду дріжджоподібних грибів, які є однією з найбільш поширених грибкових інфекцій. *Candida spp.* налічує близько 200 видів грибів роду *Candida*. Найбільш вивчені 17 видів роду *Candida* (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. catenulara*, *C. cijferrii*, *C. guilliermondii*, *C. haemulonii*, *C. kefyr* (ранее *C. pseudotropicalis*), *C. krusei*, *C. lipolytica*, *C. lusitaniae*, *C. norvegensis*, *C. parapsilosis*, *C. pulherrima*, *C. rugosa*, *C. utilis*, *C. viswanathii*, *C. zeylanoides* и *C. glabrata*), серед яких найчастіше виділяють *Candida albicans* (*C. albicans*), *C. glabrata*, *C. parapsilosis* and *C. tropicalis*.

Етіологічним чинником уrogenітального кандидозу у 80-90% вважається *Candida albicans*, в інших випадках (10-20%) інші види *Candida*.

Non-Albicans *Candida* (NAC) види дріжджоподібних грибів, які викликають у пацієнтів клінічні прояви кандидозу. Вони зустрічаються частіше у онкологічних хворих, в основному у пацієнтів з гематологічними захворюваннями і трансплантацією кісткового мозку (40-70%), але вони менш поширені серед відділень інтенсивної терапії і хірургічних хворих (35-55%), дітей (1-35%) і ВІЛ-інфікованих пацієнтів (0-33%). Відсоток NAC серед *Candida* постійно зростає. За два останніх десятиліття, NAC представлені у 10-

40% всіх *Candida*. Найбільш поширені НАС види - *C. parapsilosis* (20-40%), *C. tropicalis* (10-30%), *C. krusei* (10-35%) і *C. glabrata* (5-40%) від усіх видів *Candida*.

У *Candida spp.* немає справжнього міцелію, дріжджоподібні гриби утворюють псевдоміцелій, який формується за рахунок поділу клітин гриба і розташування їх у ланцюги.

На відміну від справжнього міцелію псевдоміцелій не має загальної оболонки з перегородками. Дріжджоподібні гриби є аеробами, їм характерний тропізм до тканин, які багаті глікогеном (слизова піхви). *C. albicans* продукує протеолітичні і ліполітичні ферменти, які приймають участь в формуванні клітинних проявів кандидозу. Дріжджоподібні гриби стимулюють вироблення в організмі людини різних антитіл.

Коментар робочої групи:

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність кандидозу серед населення України є нерівномірною. Чітко виділяються так названі **уразливі групи**, що відіграють ведучу роль у динаміці епідемічного процесу (робітники комерційного сексу, чоловіки, що мають статеві відносини з чоловіками, споживачі ін'єкційних наркотиків). Приналежність до даних груп визначається на підставі збору анамнезу та даних об'єктивного дослідження (сліди від ін'єкцій, т. і.) лікарем, та/або на підставі даних про суб'єкта, надані неурядовими організаціями. При наданні дерматовенерологічної допомоги представникам уразливих щодо зараження ВІЛ груп населення рекомендується:

- проведення діагностики за допомогою швидких (*cito test*) тестів;
- призначення превентивного лікування на підставі даних конфронтації (наявність кандидозу у статевого партнера);
- призначення одноразових та скорочених схем лікування з метою покращення комплаєнтності.

У зв'язку зі зростанням статевої передачі ВІЛ, взаємозалежності епідемії ВІЛ і ІПСШ та концентрації ІПСШ, зокрема кандидозу серед певних маргінальних груп, особливо уразливих до інфікування ВІЛ (робітники комерційного сексу, чоловіки, що мають секс з чоловіками, споживачі психоактивних речовин, та інші) надані нижче послідовність, та пріоритет в використанні діагностичних та лікувальних методів **МОЖЕ БУТИ ЗМІНЕНО**

НА КОРИСТЬ ШВИДКИХ, ПРОСТИХ ЛАБОРАТОРНИХ ТЕСТІВ ТА ОДНОРАЗОВИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ при наданні лікувально-діагностичної допомоги представникам уразливих груп населення.

До теперішнього часу причини розвитку кандидозу точно не встановлені і ці питання залишаються предметом широкої дискусії.

До факторів **ризик**у розвитку кандидозу відносяться:

механічні – носіння синтетичної білизни, перший статевий контакт, травматичні ушкодження тканин статевого органу;

вторинний імунodefіцит, який спричинений туберкульозом, інфекційними та онкологічними захворюваннями, захворюваннями крові;

ендокринний статус - дисфункція статевих залоз;

гіперглікемія і цукровий діабет, дисфункція надниркових залоз, гіпотиреоз;

фізіологічні – вагітність, менструація;

ятрогенні становища – тривалий прийом антибіотиків, застосування кортикостероїдів, імуносупресорів, контрацептивів, хіміо- і променевої терапії; інші - гіпо- та авітамінози;

хронічні захворювання сечостатевих органів; статеві інфекції; захворювання шлунково-кишкового тракту.

В даний час розглядають і підтверджують статевий шлях передачі *Candida* інфекції. Деякі автори вважають, що в 30 - 40% випадків передача *Candida* інфекції відбувається статевим шляхом.

ВУЛЬОВОАГІНІТ КАНДИДОЗНИЙ

Вульвовагініт кандидозний (ВВК) - запальне захворювання слизової вульви і піхви, яке викликане грибами роду *Candida*. ВВК рідко зустрічається у дівчаток до настання менархе. Понад 50% жінок у віці до 25 років мають хоча б один епізод ВВК, а до початку періоду менопаузи їх відсоток збільшується більше ніж до 75. Також відомо, що ВВК майже не зустрічається у жінок в пост менопаузі, якщо відсутня замісна гормональна терапія.

Анамнез і фізикальне обстеження. При зборі анамнезу необхідно з'ясувати наявність факторів ризику розвитку ВВК. Зазвичай жінки скаржаться на незначні виділення зі статевих шляхів, свербіж, болочість і почервоніння зовнішніх статевих органів, які підсилюються перед менструацією, дискомфорт в області зовнішніх статевих органів. Рідше жінок турбують больові відчуття

при статевому контакті і на початку сечовипускання. Жоден із цих симптомів не є специфічним для ВВК.

При фізикальному обстеженні виявляють еритему слизових оболонок вульви і піхви, тріщини в аногенітальній області, вільні густі, сирністі виділення, які не мають запаху.

Лабораторні дослідження. Визначають рН вагінального ексудату (зазвичай він складає 4,0 - 4,5), проводять мікроскопічне дослідження нативного препарату, а також з додаванням 10% розчину КОН. Мікроскопічне дослідження дозволяє виявити псевдоміцелій і дріжджові клітини, які брунькуються. Чутливість мікроскопічного дослідження вагінального ексудату становить 65-85%, специфічність - 100%.

Проведення культурального дослідження показано при негативних результатах мікроскопічного дослідження і наявності клінічних проявів ВВК. Необхідність проведення видової ідентифікації збудника обумовлена стійкістю деяких видів *Candida* до антимікотичних препаратів.

При обстеженні уразливих, щодо зараження ПСШ та ВІЛ, груп населення доцільно проводити мікроскопічне дослідження нативного препарату, особливо в сумнівних випадках, у осіб зі змішаною урогенітальною інфекцією.

Лікування призначається за наявності симптомів захворювання і мікробіологічного підтвердження діагнозу.

До ускладнень ВВК відноситься розвиток запальних захворювань органів малого таза, можливо залучення в патологічний процес сечовидільної системи. На тлі урогенітального кандидозу зростає частота розвитку ускладнень перебігу вагітності, а також збільшується ризик анте- або інтранатального інфікування плода. Кандидоз плода може привести до передчасних пологів, а інколи до внутрішньоутробної загибелі його. У післяпологовому періоді у жінок можливий розвиток кандидозного ендометриту.

Лікування

Короткі курси місцевого застосування етіотропних препаратів (тобто одноразове або тривалістю від 1 до 3-х днів) ефективні при лікуванні хворих на неускладнений ВВК. Місцеве застосування препаратів азолового ряду більш ефективніше, ніж призначення ністатину. Застосування азолів призводить до полегшення симптомів і отримання негативних результатів бактеріоскопічних

та бактеріологічних методів дослідження у 80% - 90% пацієнтів із ВВК, які закінчили лікування.

Рекомендована схема лікування вульвовагінальний кандидоз

Лікування:

Бутоконазол 2% крем 5 г інтравагінально одноразово

або

Клотримазол 1% крем 5 г інтравагінально щоденно протягом 7-14 днів або

Клотримазол 2% крем 5 г інтравагінально щоденно протягом 3-х днів або

Міконазол 2% крем 5 г інтравагінально щоденно протягом 7 днів

або

Міконазол 4% крем 5 г інтравагінально щоденно протягом 3-х днів

або

Міконазол 100 мг вагінальні супозиторії - один супозиторій на день протягом 7 днів

або

Міконазол 200 мг вагінальні супозиторії - один супозиторій протягом 3-х днів

або

Міконазол 1200 мг вагінальні супозиторії - один супозиторій протягом 1 дня

або

Тіокконазол 6,5% мазь 5 г інтравагінально одноразово

або

Терконазол 0,4% крем 5 г інтравагінально щоденно протягом 7 днів

або

Терконазол 0,8% крем 5 г інтравагінально щоденно протягом 3 днів

Терконазол 80 мг вагінальні супозиторії - один супозиторій на день протягом 3-х днів

Системне лікування - *Флуконазол* 150 мг таблетки для перорального застосування - одна таблетка одноразово.

Вульвовагінальний кандидоз під час вагітності

Хоча в даний час існує декілька ефективних одноразових доз перорального лікування, вони не є безпечними та достатньо ефективними. Тому актуальним залишається лікування вагітних жінок препаратами азолів. Серед методів лікування, що були досліджені для використання під час вагітності, найбільш ефективними є міконазол, клотримазол, бутоконазол і терконазол.

При рецидивуючому ВВК спочатку застосовують місцеві засоби, які наведені раніше - протягом 10-14 днів або флуконазол 100 мг, 150 мг або 200 мг перорально кожен третій день - 3 дози (1, 4 і 7 день).

Потім проводять підтримуючу антимікотичну терапію: флуконазол (100 мг, 150 мг або 200 мг) одноразово на тиждень протягом 6 місяців.

Лікування статевого партнера: при наявності клінічних проявів рекомендовано місцеве лікування.

Лікування представників уразливих, щодо зараження ПСШ та ВІЛ, груп населення:

Рекомендовані методики:

- Флуконазол 150 мг перорально, одноразово

Альтернативні методики (еквівалентні):

- Клотримазол у вигляді піхвових таблеток 500 мг одноразово чи 200 мг внутрішньо один раз на добу протягом 3-х діб.
- Міконазол у вигляді піхвових свічок 1200 мг одноразово чи по 400 мг внутрішньо раз на добу протягом 3 діб.

При неефективності проведеного лікування, а також при рецидивуючому перебігу ВВК рекомендовано консультація фахівців для виключення цукрового діабету, імунодефіцитних станів та інших захворювань, які можуть бути причиною патологічного стану.

КАНДИДОЗНИЙ БАЛАНОПОСТИТ

Найбільш частим збудником кандидозного баланопоститу є *C. albicans*. Захворювання поширене повсюдно. Виникає в будь-якому, але частіше в дорослому віці. До факторів, що призводять до розвитку кандидозного баланопоститу, відносяться цукровий діабет, тривале використання антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, застосування кортикостероїдів або інших імуносупресивних препаратів, імунодефіцитний стан внаслідок ВІЛ інфекції / СНІДу, злоякісні новоутворення. Порушення в імунній системі (особливо ВІЛ-інфекція), неконтрольований цукровий діабет можуть бути причиною частих рецидивів кандидозного баланопоститу.

При кандидозному баланопоститу чоловіки скаржаться на - почервоніння і набряклість шкіри головки статевого органу і крайньої плоті; свербіж і / або печіння на шкірі та слизовій оболонці аногенітальної області; висипання у вигляді плям, папул або ерозій в області головки статевого члена, які нерідко вкриті білим нальотом; тріщини в області головки статевого органу; дискомфорт в області зовнішніх статевих органів; діаспорян; дизурію.

Ціллю діагностики і лікування хворих на кандидозний баланопостит є зведення до мінімуму сексуальної дисфункції, скринінг інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, виключення раку статевого органу та інших захворювань.

Лікування

Рекомендований схема лікування кандидозного баланопоститу

Клотримазол крем 1% або

Міконазол крем 2% застосовують два рази на добу.

Ністатин крем 100000 од/г, якщо є підозра, або алергія на похідні імідазолу.

Комбіновані креми з похідних імідазолу і 1% гідрокортизону, які призначаються при виражених запальних проявів захворювання.

Системне лікування - Флуконазол 150 мг таблетки для перорального застосування - одна таблетка одноразово.

Лікування представників уразливих, щодо зараження ІПСШ та ВІЛ, груп населення:

Рекомендовані методики:

* Флуконазол 150 мг перорально, одноразово

Альтернативні методики (еквівалентні):

* Клотримазол крем 1% два рази на добу протягом 3 днів зовнішньо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. – 3-е изд., испр. и доп. / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР Медиа. 2009. – 880 с.
2. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с.
4. Веселов А.В. Системные антимикотики: состояние и перспективы / А.В. Веселов / Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 73–80.
5. Гинекология. Национальное руководство / В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1072 с.
6. Прилепская В.Н. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика и принципы терапии / В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 80 с.
7. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. / Климко Н.Н. / Руководство для врачей. – 2-е изд. перераб. и допол. – М.: Ви Джи групп, 2008. – 366 с.
8. Клинические рекомендации РОДВК по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. Издательский дом Деловой Экспресс 2012: 1-112
9. Мирзабалаева А.К. Диагностика и лечение кандидоза половых органов у женщин, девочек и подростков. / Мирзабалаева А.К., Климко Н.Н. / СПб.: СПбМАПО, 2009. – 60 с.
10. Мирзабалаева А.К. Кандидоз гениталий в акушерско-гинекологической практике / А.К. Мирзабалаева / Status praesens. – 2011. – № 2. – С. 57–60.
11. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных / Е.Т. Мальбахова, В.Г. Арзумян, Л.М. Комиссарова и др. / Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 11–17.
12. Национальное руководство по гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1088 с.

13. Новиков Б.Н. Клиническая эффективность препарата «Пимафуцин» при вульвовагинальном кандидозе у беременных// Гинекология. – 2007. - том 9, №3. - С. 16-18.
14. Просовецкая А.Л. Новые аспекты в лечении кандидозного вульвовагинита / А.Л. Просовецкая / Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. - № 6. – С.
15. Рахматулина М.Р. Кандидозный вульвовагинит: новые возможности фармакотерапии/ М.Р. Рахматулина, А.Л. Просовецкая / Венеролог. – 2006. - №10. – С.50-54.
16. Урология. Национальное руководство Под ред. Н.А.Лопаткина. – Издательство ГЭОТАР_Медиа, 2009. – 1024с.
17. Шевяков М.А. Грибы рода *Candida* в кишечнике: клинические аспекты / Шевяков М.А., Авалуева Е.Б., Барышникова Н.В./ Пробл. мед. микол. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 4–11.
18. Canadian Guidelines on sexually transmitted infections. – 2010. – 410 p.; URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca>.
19. Candida Infections of the Genitourinary Tract / Jacqueline M. Achkar JM Bettina C. Fries B.C. / Clin. Microb. Rev. – 2010. – P. 253 –273.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR 2010;59:1-116
<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm#a2>
21. Clinical relevance of the pharmacokinetic interactions of azole antifungal drugs with other coadministered agents. / Bruggemann RJ, Alffenaar JW, Blijlevens NM, et al. / Clin Infect Dis 2009;48:1441–58.
22. Evolution of antifungal susceptibility among *Candida* species isolates recovered from human immunodeficiency virus-infected women receiving fluconazole prophylaxis. / Vazquez JA, Peng G, Sobel JD, et al. /Clin Infect Dis 2001;33:1069–75.
23. Fluconazole-resistant *Candida albicans* vulvovaginitis./ Marchaim D, Lemanek L, Bheemreddy S, et al. / Obstet Gynecol 2012;120:1407–14.
24. Jobst D. *Candida* species in stool, symptoms and complaints in general practice a cross-sectional study of 308 outpatients / Jobst D., Kraft K. / Mycoses. – 2006. – N 49 (5). – P. 415–420

25. Kennedy M.A. Vulvovaginal candidiasis caused by non-albicans *Candida* species: new insights./ Kennedy M.A., Sobel J.D. / *Curr Infect Dis Rep* 2010;12:465–70.
26. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis / Sobel JD, Kapernick PS, Zervos M, et al./ *The New England Journal of Med.* – 2004. – v.351. – P.876 – 883.
27. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis/ Nurbhai M., Grimshaw J., Watson M., et al. / *Cochrane Database Syst Rev.* - 2007. - 17(4):CD002845
28. Pappas P. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America // *Clin. Infect. Dis.* – N 48. – P. 503–535.
29. Pitsouni E. Itraconazole vs fluconazole for the treatment of uncomplicated acute vaginal and vulvovaginal candidiasis in nonpregnant women: a metaanalysis of randomized controlled trials/ Pitsouni E, Iavazzo C, Falagas ME. / *Am J Obstet Gynecol.* – 2008. - 198(2). – P.153-160.
30. Practice Guidelines for the Treatment of Candidiasis / Rex J., Walsh T., Sobel J. et al. / *Clin. Inf. Dis.* – 2000. – N 30. – P. 662–678.
31. Self-elimination of risk factors for recurrent vaginal candidosis. / Donders G.G., Mertens I, Bellen G, Pelckmans S./ *Mycoses.* 2011 Jan; 54 (1):39-45.
32. Shahid Z, Sobel JD. Reduced fluconazole susceptibility of *Candida albicans* isolates in women with recurrent vulvovaginal candidiasis: effects of long-term fluconazole therapy. / Shahid Z, Sobel JD. / *Diagn Microbiol Infect Dis* 2009;64:354–6.
33. Sherrard J. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge / Sherrard J., Donders G., White D. / *Int. J. STD AIDS.* – 2011. – N 22. – P. 421–429.
34. Sobel J. Management of Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: Unresolved Issues // *Cur. Inf. Dis. Rep.* – 2006. – N 8. – P. 481–486.
35. Sobel J. Vulvovaginal candidosis // *Lancet.* – 2007. – N 369. – P. 1961–1971.
36. Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine. / Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, et al. / *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1297–300.

37. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis. 2007. URL: <http://www.bashh.org/guidelines>.
38. Watson M.C. et al. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal agents for the treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush): a systematic review. *BJOG: an international Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002; 109 (1): 85-95.
39. Weinstock H. Sexually transmitted diseases among / Weinstock H., Berman S., Cates W. Jr. / American youth: incidence and prevalence estimates, 2000 // *Perspect. Sex Reprod. Health.* – 2004. – N 36 (1). – P. 6–10.
40. World Health Organization. *WHO Manual for the Standardised Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple.* – Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
41. WHO 2001. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections.* Geneva, Switzerland. WHO Guidelines. Pages 54-56.
42. Workowski K., Berman S. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*, 2010 // *MMWR.* – 2010. – Vol. 59 (RR12). – P. 1–110. URL:

НАУКОВА ДОКАЗОВА БАЗА

Стратегія пошуку

Пошук Medline був проведений в травні 2015 року зі використанням PubMed. Пошук за заголовками проводився широко (*Candida spp.*), щоб включити епідеміологію, діагностику, стійкість до протимікробних препаратів, терапію, клінічні випробування, профілактику та контроль. Були розглянуті тільки публікації та тези на англійській мові. Був проведений пошук всіх записів, пов'язаних з *Candida spp.*, використовуючи бібліотеку Cochrane. Клінічні рекомендації щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом, Центрів США з контролю і профілактиці захворювань ((www.cdc.gov/std/) і Британської асоціації сексуального здоров'я та ВІЛ (www.bashh.org) також були розглянуті.