

Клинические рекомендации

**Урогенитальный кандидоз**

Кодирование по Международной **В37**

статистической классификации  
болезней и проблем, связанных со

здоровьем:

возрастная группа: Взрослые и дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения .....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .....	10
2.1 Жалобы и анамнез .....	10
2.2 Физикальное обследование .....	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	91
2.5 Иные диагностические исследования.....	101
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения ...	11
3.1 Консервативное лечение .....	111
3.2 Хирургическое лечение .....	16
3.3 Иное лечение.....	16

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	16
6. Организация медицинской помощи .....	17
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	17
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	17
Список литературы .....	18
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	17
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	22
Целевая аудитория клинических рекомендаций: .....	23
Таблица П1- Уровни достоверности доказательств.....	23
Таблица П1- Уровни достоверности доказательств для методов лечения .....	23
Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций .....	24
Порядок обновления клинических рекомендаций .....	24
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	25
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	27
Приложение В. Информация для пациента .....	28

## **Список сокращений**

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

МКБ – Международная классификация болезней

УГК – урогенитальный кандидоз

### **Термины и определения**

Урогенитальный кандидоз – заболевание мочеполового тракта воспалительного характера, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

*Candida spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (в частности, к слизистой оболочке влагалища).

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Урогенитальный кандидоз – заболевание мочеполового тракта воспалительного характера, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida* [30].

### **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Возбудителем урогенитального кандидоза являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. На долю *C. albicans* в этиологической структуре УГК приходится от 80 до 93%, на долю *C. non-albicans* (наиболее часто выявляемые – *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, реже – *C. guilliermondi*, *C. kefyr*) - 10–17%. *C. non-albicans* выявляются при УГК, ассоциированным с рецидивирующим течением, сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией.

*Candida spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (в частности, к слизистой оболочке влагалища).

В развитии урогенитального кандидоза выделяют следующие этапы: адгезия грибов к слизистой оболочке с ее колонизацией, инвазия в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды и гематогенная диссеминация с поражением органов и систем.

При урогенитальном кандидозе воспалительный процесс локализуется в верхних слоях эпителия влагалища. По причине существующего динамического равновесия между грибом, который не может проникнуть в более глубокие слои, и макроорганизмом, который сдерживает распространение процесса, инфекция может персистировать длительное время. При сдвиге равновесия может развиться обострение заболевания.

К эндогенным факторам риска развития УГК относят эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патологию щитовидной железы и др.), фоновые гинекологические заболевания, нарушения состояния местного иммунитета; к экзогенным факторам риска - прием антибактериальных, глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов, иммунодепрессантов, лучевую терапию; ношение тесной одежды, белья из синтетических тканей, регулярное применение гигиенических прокладок, длительное использование внутриматочных средств, влагалищных диафрагм, спринцевания, использование спермицидов.

Вопрос о причинах формирования рецидивирующего урогенитального кандидоза не решен окончательно, так как рецидивирующие формы заболевания встречаются и у женщин, не имеющих вышеперечисленных факторов риска. Ведущее значение в развитии рецидивирующих форм урогенитального кандидоза придают локальным иммунным нарушениям, обусловленным врожденными качествами эпителиоцитов влагалища.

К осложнениям урогенитального кандидоза у женщин относятся воспалительные заболевания органов малого таза; возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретроцистит). На фоне урогенитального кандидоза возрастает частота развития осложнений течения беременности, а также увеличивается риск анте- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели или преждевременным родам. В послеродовом периоде у женщин возможно развитие кандидозного эндометрита.

У новорожденных кандидоз может протекать в виде локализованной инфекции (конъюнктивит, омфалит, поражение ротовой полости, гортани, легких, кожи) и диссеминированного поражения, развившегося в результате кандидемии.

Урогенитальный кандидоз не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако это не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин – половых партнеров женщин с урогенитальным кандидозом [1-4].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Урогенитальный кандидоз является широко распространенным заболеванием, чаще развивается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации кандидозного вульвовагинита составляет 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70-75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом у 5-15% из них заболевание приобретает рецидивирующий характер. К 25 годам около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Кандидозный вульвовагинит редко наблюдается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию [3, 5].

### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

**Кандидоз (B37):**

B37.3 – Кандидоз вульвы и вагины

B37.4 – Кандидоз других урогенитальных локализаций

N51.2 – Кандидозный баланит

N37.0 – Кандидозный уретрит

### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

По течению:

1. Острый урогенитальный кандидоз
2. Хронический рецидивирующий урогенитальный кандидоз

У женщин:

1. вагинит
2. вульвовагинит
3. цервицит

У мужчин:

1. баланит
2. баланопостит
3. уретрит

Рядом экспертов предлагается иная клиническая классификация:

1) неосложнённый (спорадический) УГК: как правило, вызывается *C.albicans*; является впервые выявленным или развивающимся спорадически (менее 4 раз в год); сопровождается умеренными проявлениями вульвовагинита; наблюдается у женщин, не имеющих факторов риска развития заболеваний, сопровождающихся подавлением реактивности организма (сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.);

2) осложнённый УГК: сопровождается выраженными объективными симптомами вульвовагинита (яркая островоспалительная эритема, отек, изъязвления, трещины слизистых оболочек и кожи перианальной области); является рецидивирующим (развивается 4 и более раз в год); наблюдается у женщин, имеющих факторы риска развития заболевания, сопровождающиеся подавлением реактивности организма; вызывается *C.non-albicans* [6, 7].

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Субъективными симптомами у женщин являются белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией; зуд, жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области; дискомфорт в области наружных половых органов; болезненность

во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Клиническая картина заболевания у женщин характеризуется гиперемией и отечностью в области вульвы, влагалища; белыми, желтовато-белыми творожистыми, густыми или сливкообразными вагинальными выделениями, адгезированными на слизистой оболочке вульвы, в заднем и боковых сводах влагалища; могут формироваться трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки и перианальной области; при рецидивирующем кандидозном вульвовагините выражены сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.

Субъективными симптомами у мужчин являются покраснение и отечность в области головки полового члена; зуд, жжение в области головки полового члена; высыпания в области головки полового члена, дискомфорт в области наружных половых органов; диспареуния (болезненность во время половых контактов); дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).

Клиническая картина заболевания у мужчин характеризуется гиперемией и отечностью в области головки полового члена, эритематозными или папулезными высыпаниями, эрозиями в области головки полового члена, нередко покрытыми белым налетом; трещинами в области головки полового члена, гиперемией губок уретры, выделениями из уретры, нередко – творожистого характера [1, 3, 4, 5].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

*Субъективные клинические проявления урогенитального кандидоза описаны в разделе «Клиническая картина».*

### **2.2 Физикальное обследование**

*Объективные клинические проявления урогенитального кандидоза, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».*

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Верификация диагноза урогенитального кандидоза должна базироваться на сочетании клинической симптоматики и результатов лабораторного обследования, направленного на выделение возбудителя инфекционного процесса.

**Рекомендована** верификация диагноза уrogenитального кандидоза на основании результатов лабораторных исследований микроскопическим методом (исследование препаратов, окрашенных метиленовым синим и по Граму, нативных препаратов и препаратов с добавлением 10% раствора КОН), культуральным методом (с видовой идентификацией возбудителя), молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации: молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида (*Candida spp.*) с уточнением вида и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на грибы рода кандида (*Candida spp.*) с уточнением вида и/или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы [3, 5-8].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** чувствительность микроскопического исследования составляет 65-85%, специфичность (при наличии клинических проявлений) – 100%. Культуральное исследование показано при отрицательном результате микроскопии на фоне клинических проявлений заболевания, при рецидивирующем течении УГК с целью определения тактики лечения. Необходимость видовой идентификации возбудителя культуральным или молекулярно-биологическими методами в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Candida* к антимикотическим препаратам. В случаях неудачи проведенной терапии культуральное исследование может использоваться для определения чувствительности выделенных грибов *Candida spp.* к антимикотическим препаратам. Рутинное определение чувствительности к антимикотическим препаратам нецелесообразно. Определение чувствительности показано в случае рецидивирующего течения УГК или рефрактерности к антимикотической терапии.

**2.4 Инструментальные диагностические исследования**

Не применяются.

**2.5 Иные диагностические исследования**

- **Рекомендована** консультация акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных урогенитальным кандидозом [3, 5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

- **Рекомендована** консультация эндокринолога в случае частого рецидивирования УГК после проведенного лечения с целью исключения сопутствующих заболеваний

(состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной влагалищной микробиоты [3, 5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

**3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

### **3.1 Консервативное лечение**

• **Рекомендовано** у женщин для лечения урогенитального кандидоза применять интравагинально один из следующих препаратов:

клотримазол\*\* вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней [3, 6, 7, 9-15].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

клотримазол\*\* вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней [3, 6, 7, 9-15, 25].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

клотримазол\*\* крем 1% 5 г 1 раз в сутки перед сном в течение 7-14 дней [3, 6, 7, 9-15, 25].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

клотримазол\*\* крем 1% 1 раз в сутки перед сном в течение 6 дней

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

натамицин\*\* вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней [3, 6, 7, 16-20].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

или

миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней [13, 21-24].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

или

бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки перед сном однократно [21, 22, 24].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

или

итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней [26, 27].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

• **Рекомендовано** у женщин для лечения урогенитального кандидоза перорально применять один из следующих препаратов:

флуконазол\*\* 150 мг однократно [9, 10, 15, 28, 29].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

или

итраконазол 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней [12, 29, 30].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

• При наличии выраженных объективных симптомов кандидозного вульвовагинита **рекомендовано** увеличение длительности интравагинальной терапии препаратами группы азолов до 10-14 дней или увеличение дозы флуконазола: 150 мг перорально дважды с промежутком в 72 часа [3, 6, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2).**

**Комментарии:** *Лечение хронического рецидивирующего УГК рекомендуется проводить в два этапа. Целью первого этапа является купирование рецидива заболевания, вторым этапом является поддерживающая терапия.*

• При хроническом рецидивирующем урогенитальном кандидозе, вызванном чувствительными к азолам *Candida*, **рекомендовано** применение местно действующих азольных препаратов курсом до 14 дней или флуконазола: 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 часа [3,6,7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

• При выявлении *C. non-albicans* **рекомендовано** лечение натамицином: 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 6-12 дней [16-20, 31-33].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

• **Рекомендовано** после достижения положительного клинико-микробиологического результата лечения обострения хронического рецидивирующего урогенитального кандидоза второй этап лечения – поддерживающая терапия в течение 6 месяцев одним из препаратов:

натамицин\*\* вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю [16-20, 31-33].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

клотримазол\*\* вагинальная таблетка 500 мг один раз в неделю [3, 6, 7, 9-15, 25].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2++)**

или

флуконазол\*\* 150 мг перорально 1 раз в неделю [3, 6, 7, 9, 10, 34].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2++)**

*Комментарии: при развитии рецидивов заболевания после отмены поддерживающей терапии менее 4 раз в течение года лечение проводится по схемам терапии отдельного эпизода. Если рецидивы развивались более 4 раз в год, следует возобновить курс поддерживающей терапии. Целесообразность применения влагалищных спринцеваний антисептическими растворами для снижения выраженности клинической симптоматики, а также вагинальных свечей с лактобактериями для нормализации состояния вагинального микробиоценоза не является доказанной, так как систематические обзоры, рандомизированные, контролируемые исследования, подтверждающие целесообразность их применения, отсутствуют.*

• **Рекомендовано** для лечения беременных интравагинально назначать: натамицин\*\* вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3-6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности) [3, 16, 31, 34, 35].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

клотримазол\*\* вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности) [3, 6, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

клотримазол\*\* 1% крем 5 г 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности) [3, 6, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

- **Рекомендовано** для лечения урогенитального кандидоза у мужчин перорально назначать:

флуконазол\*\* 150 мг однократно [4, 5, 15, 28, 36-38].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

или

итраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней [29, 30, 32, 37].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)**

- **Рекомендовано** для лечения урогенитального кандидоза у мужчин наружно назначать: натамицин\*\* 2% крем 1-2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней [4, 5, 40].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

или

клотримазол\*\* 1% крем 2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней [4-7, 37, 38].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

• **Рекомендовано** для лечения урогенитального кандидоза у детей применять флуконазол\*\* 2 мг на 1 кг массы тела — суточная доза внутрь однократно [3, 5, 6, 7].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии:** При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется назначение иных препаратов или методик лечения. В случае УГК, резистентного к стандартной терапии, а также рецидивирующей формы УГК рекомендована видовая идентификация *Candida*, определение чувствительности к антимикотическим препаратам, а также проведение патогенетического лечения, направленного на исключение факторов, предрасполагающих к поддержанию хронического течения заболевания.

### **3.2 Хирургическое лечение**

Не применяется.

### **3.3 Иное лечение**

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

## **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Не применяется.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- соблюдение правил личной и половой гигиены;
- избегать частой смены половых партнеров;
- избегать случайные половые связи;
- использование средств барьерной контрацепции;
- избегать бесконтрольного и частого употребления антибактериальных, гормональных препаратов,
- своевременное лечение эндокринной патологии (нарушений углеводного и жирового обмена, заболеваний щитовидной железы), фоновых гинекологических заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта,

- не использовать влагалищные души, частые спринцевания;
- отказаться от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок,
- предотвратить длительное использование внутриматочных средств и влагалищных диафрагм.

Установление излеченности урогенитального кандидоза на основании динамики клинических симптомов и микроскопического/микробиологического исследования проводится через 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

При диспансерном наблюдении при отсутствии эффекта от лечения рекомендуется назначение иных препаратов или методик лечения. В случае урогенитального кандидоза, резистентного к стандартной терапии, а также рецидивирующей формы урогенитального кандидоза рекомендована видовая идентификация *Candida*, определение чувствительности к антимикотическим препаратам, а также проведение патогенетического лечения, направленного на исключение факторов, предрасполагающих к поддержанию хронического течения заболевания.

- **Рекомендовано** в целях профилактики рецидивов урогенитального кандидоза, после проведения терапии применение вагинальных пробиотических препаратов, содержащих лактобактерии (например, *Lactobacillus Casei Rhamnosus*).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

## 6. Организация оказания медицинской помощи

Показаний для госпитализации в медицинскую организацию нет.

## 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности доказательств
---	-------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

1	Выполнено подтверждение диагноза микроскопическим или микробиологическим или молекулярно-биологическими методами исследования	1	A
2	Проведена терапия флуконазолом или натамицином или клотримазолом или миконазолом или бутоконазолом или итраконазолом	4	C
3	Проведена микроскопия отделяемого уrogenитального тракта и констатировано отсутствие псевдомицелия и почкующихся клеток <i>Candida spp.</i> при контрольном обследовании	4	C
4	Проведен анализ динамики клинических симптомов и констатировано клиническое выздоровление	4	C

## Список литературы

1. Савичева А.М., Кисина В.И., Соколовский Е.В. и др. Кандидозный вульвовагинит: Методические рекомендации для врачей. СПб.: Изд-во Н-Л, 2009;88.
2. Odds F.C. Candida and Candidosis; a review and bibliography Second ed.London: Bailliere Tindall; 1988.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин /РОАГ/ под ред.Прилепской В.Н., Кира Е.Ф. – 2019 г. – 57 с.
4. Урология. Национальное руководство Под ред. Н.А.Лопаткина. – Издательство ГЭОТАР, Медиа, 2009. – 1024с.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб.и.доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768с.
6. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Recommendations and Reports June 5, 2015/64(RR3); CDC. 1-137.
7. Sherrard J, Wilson J, Donders G, Mendling W, Jensen JS. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. International journal of STD & AIDS. 2018;29(13):1258-72.
8. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004 – 128с.:ил.
9. Watson M.C. Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. 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.
10. Watson M.C., Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). Update of Cochrane Database Syst Rev, 2001; (1); CD 002845; 11279767. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; (4): CD 002845.

11. Perera J., Seneviratne H. R. Econazole and clotrimazole in the treatment of vaginal candidiasis: a double blind comparative study// *Ceylon Med J.* - 1994. - 39 (3). – P. 132-134.
12. Fong I. W., Bannatyne R. M., Wong P. Lack of in vitro resistance of *Candida albicans* to ketoconazole, itraconazole and clotrimazole in women treated for recurrent vaginal candidiasis// *GenitourinMed.* – 1993. - 69 (1). – P. 44-46.
13. Eliot B. W., Howat R. C., Mack A. E. A comparison between the effects of nystatin, clotrimazole and miconazole on vaginal candidiasis// *Br J Obstet Gynaecol.* - 1979. - 86 (7). – P. 572-577.
14. Emokpare N. A. Clinical experiences with clotrimazole in treating vaginal candidiasis// *Z Hautkr.* – 1979. - 54 (16). – P. 738-742.
15. Odds F.C. *Candida and Candidosis; a review and bibliography* Second ed.London: Bailliere Tindall; 1988.
16. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных // *Вопр. гин., акуш. и перинатол.* – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 11–17.
17. Vartiainen E, Widholm O. A single-blind, group-comparative study to compare the efficacy of Pimafucin 100 mg ovules and Gyno-Daktarin 400 mg vaginal capsules in the treatment of vulvovaginal candidiasis// *Gist-Brocades Documentation.* – 1987. - №451. – P. 1-16.
18. Wiedey KD, Kompa HE, Franz H. Dosiswirkungen mit dem polyenantimykotikum Natamycin in einem galenisch neu entwickelten Ovulum bei vaginalen Hefeinfektionen// *Mycosen.* – 1984. - 27(8). – P. 415-420.
19. Малова И.О., Петрунин Д.Д. Натамицин – противогрибковое средство класса полиеновых макролидов с необычными свойствами// *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2015. - №.3 – С. 161-184.
20. Малова И.О., Кузнецова Ю.А. Современные особенности клинического течения урогенитального кандидоза и анализ антимикотической чувствительности грибов рода *Candida* // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2015. - №2. – С. 68-75.
21. Bradbeer CS, Mayhew SR, Barlow D. Butoconazole and myconazole in treating vaginal candidiasis// *Genitourin Med.* – 1985. 61:270. - P.2
22. Myra A. Lappin, Doris C. Brooker, Carol A. Francisco, and Joan Dorfman Effect of Butoconazole Nitrate 2% vaginal cream and Miconazole Nitrate 2% vaginal cream treatments in

patients with vulvovaginal candidiasis// Infectious Diseases in Obstetr and Gynecol. – 1996. - N4. – P. 323-328.

23. Corson S.L., Kapikian RR, Nehring R. Terconazole and miconazole cream for treating vulvovaginal candidiasis// The Journal of Reproduct Med. – 1991. – v.36, N8. – P.561 – 567.

24. Raymond H. et al. Comparison of 3-Day Butoconazole treatment with 7-Day Miconazole treatment for vulvovaginal candidiasis// The Journal of reproductive Medicine - 1989. – v.34, N7. – p.479-483.

25. Floyd R., Jr., Hodgson C. One-day treatment of vulvovaginal candidiasis with a 500-mg clotrimazole vaginal tablet compared with a three-day regimen of two 100-mg vaginal tablets daily// Clin Ther. – 1986. - 8 (2). – P. 181-186.

26. Просовецкая А.Л. Новые аспекты в лечении кандидозного вульвовагинита// Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. - № 6. – С.5-9.

27. Рахматулина М.Р., Просовецкая А.Л. Кандидозный вульвовагинит: новые возможности фармакотерапии// Венеролог. – 2006. - №10. – С.50-54.

28. Веселов А.В. и др. In vitro активность флуконазола и вориконазола в отношении более 10 000 штаммов дрожжей: Результаты 5-летнего проспективного исследования ARTEMISK Disk в России // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2008. – Т. 10, № 4. – С. 345–354.

29. Pitsouni E, Iavazzo C, Falagas ME. Itraconazole vs fluconazole for the treatment of uncomplicated acute vaginal and vulvovaginal candidiasis in nonpregnant women: a metaanalysis of randomized controlled trials// Am J Obstet Gynecol. – 2008. - 198(2). – P.153-160.

30. Gary E.Stein et al. Placebo-controlled trial of itraconazole for treatment of acute vaginal candidiasis// Antimicrobial agents and Chemother. – 1993. – v.37, N1. – P.89-92.

31. Прилепская В.Н., Пикуза В.В. Применение Пимафуцина в лечении вагинального кандидоза // Клиническая фармакология и терапия. - 1994. - № 3. – С.85.

32. Малова И.О., Кузнецова Ю.А. Рациональный подход к лечению хронического рецидивирующего урогенитального кандидоза, ассоциированного с кандидозом кишечника // Сибирский медицинский журнал. - 2014. - №1. - с.113-117.

33. Кузнецова Ю.А., Малова И.О. Сравнительная оценка различных методов противорецидивной терапии хронического урогенитального кандидоза // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. - 2014. - №15. - с.95 -98.

34. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, Sperling M, Livengood C 3rd, Horowitz B, Von Thron J, Edwards L, Panzer H, Chu TC Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis// The New England Journal of Med. – 2004. – v.351. – P.876 – 883.

35. Новиков Б.Н. Клиническая эффективность препарата «Пимафуцин» при вульвовагинальном кандидозе у беременных// Гинекология. – 2007. - том 9, №3. - С. 16-18.

36. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Султанова Е.А., Алленов С.Н., Шпоть Е.В. Применение флуконазола для лечения грибковых инфекций в урологии //Русский медицинский журнал. Урология. – 2006. - №28. – С.2032.

37. Bisschop M.P. Merkus J M, Scheygrond H. Co-treatment of the male partner in vaginal candidosis: a double-blind randomized control study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1986, 93 (1): 79-81.

38. Fong I.W. The value of treating the sexual partners of women with recurrent vaginal candidiasis with ketoconazole// Genitourin-Med.1992; 68 (3):174-176.

39. Петрова Т.Л. Опыт применения итраконазола в лечении урогенитального кандидоза // Русский медицинский журнал. Фармакотерапия. – 2014 - №8. – С.606 – 609.

40. Masterton G. Natamycin in genital candidosis in men// Brit.J.Vener. Dis. – 1975. - N51. – P.210 – 212.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

2. Серов Владимир Николаевич, академика РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества акушеров-гинекологов.

3. Малова Ирина Олеговна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

4. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

5. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

6. Аполихина Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества акушеров-гинекологов.

7. Чеботарев Вячеслав Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

8. Припутневич Татьяна Валерьевна, доктор медицинских наук, заведующий отделом микробиологии и клинической фармакологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.

### **Конфликт интересов:**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, акушеры-гинекологи.
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

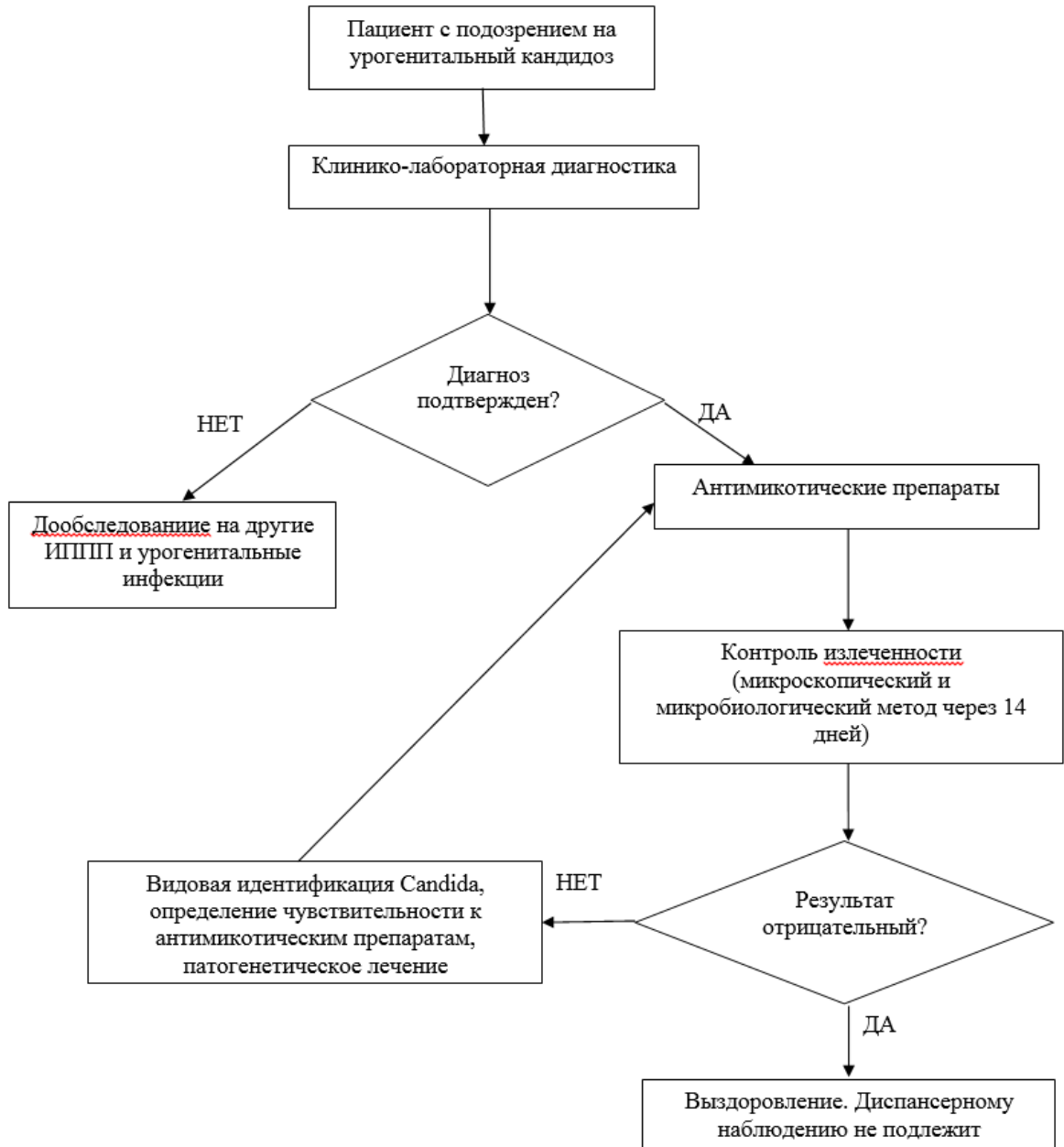
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 1 ноября 2012 г.

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

### Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента



## Приложение В. Информация для пациента

1. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.
2. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу для обследования через 14 дней после окончания лечения.
3. Необходимо соблюдать правила личной и половой гигиены, избегать частой смены половых партнеров и случайных половых связей.
4. С целью предотвращения повторных эпизодов УГК необходимо избегать бесконтрольного употребления антибактериальных и гормональных препаратов, своевременно лечить эндокринную патологию, фоновые гинекологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, не злоупотреблять частыми спринцеваниями; отказаться от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок.