

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН, ПРИНИМАЮЩИХ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Рахимова Сабина Алишеровна
Темурова Лола Азимжоновна
Мустафаева Кумуш Гайратовна

Самаркандский государственный медицинский университет

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ

ИСТОРИЯ СТАТЬИ:

Received: 22.01.2026

Revised: 23.01.2026

Accepted: 24.01.2026

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

вульвовагинальный
кандидоз; *Candida*
albicans; рецидивирующий
ВВК; комбинированные
оральные
контрацептивы;
вагинальный микробиом;
диагностика; лечение;
профилактика.

АННОТАЦИЯ:

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) остаётся одной из наиболее частых причин зуда, жжения и патологических выделений у женщин репродуктивного возраста. У части пациенток формируется рецидивирующее течение, существенно снижающее качество жизни и приводящее к повторным обращениям. Гормональные влияния рассматриваются как потенциальный модифицирующий фактор: эстрогены могут поддерживать условия для колонизации *Candida* на вагинальном эпителии, что теоретически может отражаться на частоте эпизодов ВВК у женщин, принимающих комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Современные данные неоднородны: часть наблюдательных работ описывает ассоциации гормональной контрацепции с ВВК, тогда как обзоры по микробиому не подтверждают устойчивого повышения риска именно при применении оральных контрацептивов. В статье суммированы ключевые положения актуальных клинических руководств и обзоров, предложен практический алгоритм диагностики и ведения ВВК у пациенток на

фоне КОК.

Введение

Вульвовагинальный кандидоз — воспалительное заболевание вульвы и влагалища, обусловленное избыточным ростом дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Клиническая картина включает зуд, жжение, раздражение, болезненность, дискомфорт при мочеиспускании и/или половом акте, а также выделения. Важно учитывать, что симптомы неспецифичны и могут имитировать бактериальный вагиноз, трихомониаз или контактный/аллергический вульвит, поэтому клиническая верификация диагноза имеет принципиальное значение (CDC, 2021; ACOG, 2020).

Комбинированные оральные контрацептивы широко применяются в популяции женщин репродуктивного возраста; вопрос их влияния на риск и характер течения ВВК важен при выборе метода контрацепции и планировании профилактических мер у пациенток с повторными эпизодами заболевания. Вместе с тем влияние КОК может быть опосредовано индивидуальными факторами (антибиотикотерапия, нарушения углеводного обмена, особенности микробиома, сопутствующие воспалительные процессы) и не является одинаковым для всех женщин (Balle et al., 2023).

Цель. Охарактеризовать особенности клинического течения ВВК у женщин, принимающих КОК, и представить практический алгоритм диагностики и ведения на основе современных клинических рекомендаций и обзорных данных.

Материалы и методы. Выполнен обзор ключевых клинических руководств по ведению вагинитов и ВВК, а также современных обзорных публикаций по рецидивирующему ВВК, новым противогрибковым препаратам и влиянию контрацепции на цервикальный микробиом. При интерпретации данных учитывались уровень доказательности и применимость к популяции женщин репродуктивного возраста.

Результаты и обсуждение

1. Этиология и клинические формы

Наиболее частым возбудителем ВВК является *Candida albicans*; при осложнённых формах и рецидивирующем течении возрастает доля не-*albicans* видов (например, *Candida glabrata*), что важно с позиции возможной меньшей чувствительности к

стандартным схемам терапии (Nyirjesy et al., 2022). В практической работе целесообразно разделять неосложнённый и осложнённый ВВК (тяжёлые симптомы, частые рецидивы, подозрение на не-albicans или резистентность), поскольку это определяет объём обследования и длительность лечения (CDC, 2021).

2. Потенциальные механизмы влияния КОК

Эстрогены способны увеличивать содержание гликогена в вагинальном эпителии и поддерживать условия для лактофлоры, однако одновременно могут способствовать адгезии и персистенции *Candida* у восприимчивых пациенток. КОК формируют стабильный гормональный фон, что теоретически может менять местные условия колонизации и иммунный ответ слизистой. Вместе с тем обзоры по микробиому указывают, что сильных доказательств устойчивого неблагоприятного влияния оральных контрацептивов на вагинальную микробиоту или достоверного повышения риска бактериальных ИППП не получено (Balle et al., 2023).

3. Клинические наблюдения и практическая интерпретация

Наблюдательные исследования нередко описывают ассоциации между применением гормональной контрацепции и эпизодами ВВК, однако результаты неоднородны, а причинно-следственная связь не всегда доказуема. С клинической точки зрения КОК не следует автоматически считать причиной ВВК у каждой пациентки. Рациональный подход включает оценку временной связи (начало КОК и дебют/учащение симптомов), исключение основных триггеров и подтверждение диагноза лабораторными методами при рецидивах (CDC, 2021; ACOG, 2020).

4. Диагностика ВВК у пациенток, принимающих КОК

Клиническая симптоматика ВВК типична, но неспецифична. В рекомендациях подчёркивается важность объективизации: измерение pH влагалища, микроскопия (нативный мазок и/или препарат с КОН), а при рецидивах/неэффективности терапии — культуральное исследование или молекулярные тесты с видовой идентификацией (CDC, 2021; Nyirjesy et al., 2022).

Классически для ВВК характерен нормальный вагинальный pH (часто < 4,5), тогда как повышение pH больше соответствует бактериальному вагинозу или трихомониазу; однако смешанные вагиниты возможны, поэтому интерпретация должна быть комплексной (CDC, 2021).

Дифференциальная диагностика (кратко)

Состояние	Типичные жалобы	pH	Ориентиры при микроскопии
ВВК	зуд, жжение, раздражение, густые выделения	обычно <4,5	дрожжи/псевдогрибы (КОН-микроскопия)
Бактериальный вагиноз	запах, серо-белые выделения, дискомфорт	>4,5	ключевые клетки, снижение <i>Lactobacillus</i>
Трихомониаз	зуд, пенистые выделения, дизурия	>4,5	<i>Trichomonas</i> , ↑лейкоциты

Примечание: таблица предназначена для ориентировочной оценки; окончательный диагноз подтверждается клинико-лабораторными данными (ACOG, 2020; CDC, 2021).

5. Лечение: подходы и схемы в логике рекомендаций

Тактика зависит от формы заболевания. При неосложнённом ВВК эффективны местные азолы или однократный приём флуконазола (при отсутствии противопоказаний). При осложнённых случаях, подозрении на не-*albicans* *Candida*, выраженной симптоматике или рецидивах требуется расширенная диагностика и более длительные схемы терапии (CDC, 2021; ACOG, 2020).

При рецидивирующем ВВК (частые симптомные эпизоды в течение года) CDC рекомендует поддерживающую терапию: флуконазол 100–200 мг 1 раз в неделю в течение 6 месяцев. Если пероральный режим неосуществим, допустима интермиттирующая местная терапия. Подчёркивается, что супрессивное лечение эффективно контролирует симптомы, но редко обеспечивает долгосрочное излечение (CDC, 2021).

6. Новые терапевтические опции при сложном течении

В последние годы появились новые препараты, расширяющие возможности лечения отдельных категорий пациенток. Ибрексафунгерп (*ibrexafungerp*) — пероральный не-азольный противогрибковый препарат — одобрен FDA для лечения ВВК (июнь 2021) и для снижения частоты рецидивов при RVVC (декабрь 2022); в обзорах подчёркивается его потенциальная роль при непереносимости азолов и при подозрении на резистентные/не-*albicans* варианты (Phillips et al., 2023).

Отесеконазол (oteseconazole, VIVJOA) одобрен FDA в 2022 году для снижения частоты RVVC у пациенток, не имеющих репродуктивного потенциала; в инструкции отдельно указаны ограничения и меры предосторожности в связи с эмбрио-фетальной токсичностью (FDA, 2022).

7. Практический алгоритм ведения пациентки на КОК с подозрением на ВБК

Собрать анамнез: длительность и характер симптомов, связь с началом КОК, недавние антибиотики, факторы риска гипергликемии/диабета, эпизоды в прошлом.

Провести осмотр и базовые тесты: рН, микроскопия (нативный мазок и/или КОН).

При рецидивах/неэффективности лечения: культура/видовая идентификация и оценка чувствительности (по возможности).

Исключить смешанные вагиниты (BV/Trichomonas) и неинфекционные причины (контактный дерматит, вульводиния).

Назначить терапию согласно форме

(неосложнённый/осложнённый/рецидивирующий ВБК) и контролировать эффект.

Обсудить контрацепцию индивидуально: при доказанном RVVC и устойчивой временной связи с началом КОК возможно рассмотрение альтернативного метода при сохранении эффективности контрацепции.

Алгоритм основан на ключевых положениях руководств CDC и ACOG и современных обзорах по ВБК и микробиому (CDC, 2021; ACOG, 2020; Nyirjesy et al., 2022; Valle et al., 2023).

Выводы

КОК не являются универсальной причиной ВБК, однако у части пациенток могут выступать модифицирующим фактором при наличии индивидуальной предрасположенности.

При повторных эпизодах важно подтверждение диагноза (рН + микроскопия) и, при необходимости, культуральная/молекулярная диагностика с видовой идентификацией.

При RVVC поддерживающая терапия флуконазолом 1 раз в неделю в течение 6 месяцев остаётся стандартной стратегией контроля симптомов (по CDC).

Новые препараты (ibrexafungerp, oteseconazole) расширяют возможности ведения отдельных групп пациенток, однако требуют соблюдения показаний и ограничений.

Список литературы

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020, January). Vaginitis in nonpregnant patients (Practice Bulletin No. 215). ACOG. Retrieved January 21, 2026, from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/01/vaginitis-in-nonpregnant-patients>
2. Balle, C., Happel, A.-U., Heffron, R., & Jaspan, H. B. (2023). Contraceptive effects on the cervicovaginal microbiome. *American Journal of Reproductive Immunology*, 90(5), e13785. <https://doi.org/10.1111/aji.13785>
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2021, July 22). Vulvovaginal candidiasis. STI Treatment Guidelines. Retrieved January 21, 2026, from <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/candidiasis.htm>
4. Food and Drug Administration. (2022). VIVJOA (oteseconazole) capsules: Full prescribing information (Label). Retrieved January 21, 2026, from https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/215888s000lbl.pdf
5. Nyirjesy, P., Brookhart, C., Lazenby, G., Schwebke, J., & Sobel, J. D. (2022). Vulvovaginal candidiasis: A review of the evidence for the 2021 CDC STI Treatment Guidelines. *Clinical Infectious Diseases*, 74(Suppl_2), S162–S168. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab1057>
6. Phillips, N. A., Rocktashel, M., & Merjanian, L. (2023). Ibrexafungerp for the treatment of vulvovaginal candidiasis: Design, development and place in therapy. *Drug Design, Development and Therapy*, 17, 363–367. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S339349>
7. World Health Organization. (2025, April 9). Candidiasis (yeast infection). WHO Fact Sheets. Retrieved January 21, 2026, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/candidiasis-%28yeast-infection%29>