

Вульвовагініт: від симптомів до діагнозу

Однією із найчастіших причин звернення жінок до гінеколога є патологічні виділення зі статевих шляхів. Дана проблема потребує комплексного підходу – це і правильно зібраний анамнез, що дає змогу визначити або виключити такі етіологічні чинники, як дерматологічні захворювання, алергійні реакції, чужорідні тіла у статевих шляхах, психічні розлади та неврологічні порушення, і лабораторна діагностика з визначенням збудника. Адже одні й ті самі умовно-патогенні мікроорганізми можуть бути виявлені як у складі нормальної мікрофлори піхви, так і в якості збудника запального процесу. Таким пацієнткам рекомендовано призначати емпіричне лікування для зменшення симптомів на період очікування результатів лабораторних досліджень.

Ключові слова: вульвовагініт, бактеріальний вагіноз, кандидозний вульвовагініт, мікробіоценоз піхви, емпіричне лікування.

Vulvovaginitis: from symptoms to diagnosis

Pathological discharges from the genital tract, in particular, vulvovaginitis is one of the most common reasons for women admission to a gynecologist. This is largely due to diagnostic difficulties, treatment resistance and widespread prevalence. This problem requires an integrated approach – this is a correctly collected anamnesis, which allows you to determine or exclude such etiological factors as dermatological diseases, allergic reactions, foreign bodies in the genital tract, mental disorders and neurological disorders, and laboratory diagnostics with the determination of the pathogen, because the same opportunistic microorganisms can be found both in the composition of the normal microflora of the vagina, and also as a causative agent of the inflammatory process. These patients are advised to prescribe empirical treatment to reduce symptoms while waiting for laboratory results.

Keywords: vulvovaginitis, bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis, vaginal microbiocenosis, empirical treatment.

Вульвовагініт: от симптомов до диагноза

Одной из наиболее частых причин обращения женщин к гинекологу являются патологические выделения из половых путей. Данная проблема требует комплексного подхода – это и правильно собранный анамнез, который позволяет определить или исключить такие этиологические факторы, как дерматологические заболевания, аллергические реакции, чужеродные тела в половых путях, психические расстройства и неврологические нарушения, и лабораторная диагностика с определением возбудителя, ведь одни и те же условно-патогенные микроорганизмы могут быть обнаружены как в составе нормальной микрофлоры влагалища, так и в качестве возбудителя воспалительного процесса. Таким пациенткам рекомендуется назначать эмпирическое лечение для уменьшения симптомов на период ожидания результатов лабораторных исследований.

Ключевые слова: вульвовагініт, бактеріальний вагіноз, кандидозний вульвовагініт, мікробіоценоз влагалища, емпіричне лікування.

Вульвовагініти – це одна з найпоширеніших проблем, з якою звертаються жінки різного віку по медичну допомогу [4]. Підвищення частоти появи патологічних виділень у жінок за останні роки пов'язане з різними факторами, зокрема:

- зростанням ролі умовно-патогенних збудників
- розвитком медикаментозної стійкості до антибактеріальних препаратів
- зміною імунологічної реактивності
- поширеністю самолікування та лікування в «інтернеті»
- некоректним дотриманням гігієни статевих органів.

У жіночому організмі існують достатньо сильні захисні механізми, які у нормальному стані перешкоджають потраплянню мікроорганізмів в тканини, обмежуючи або ліквідує запальний процес. Причинами зміни імунологічної реактивності організму частіше є авітаміноз, недостатке та неправильне харчування, часті психологічні стреси, вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища, використання активних системних препаратів.

Порушення вуглеводного обміну, наявність цукрового діабету, залізодефіцитної анемії (феродефіцит) здатні призводити до зменшення вмісту глікогену в епітелії піхви [12, 16, 19]. У таких умовах пригнічується ріст лактобактерій, що призводить до зміни рН та формування сприятливих умов для розвитку дисбіозу [9].

До ендогенних факторів, які негативно впливають на середовище піхви, належать також запальні захворювання кишечника та стани із набутим пригніченням імунної відповіді (ВІЛ, вживання глюкокортикоїдів, цитостатиків) [2]. Саме тому часто на етапі діагностики та лікування доцільним є підключення профільних спеціалістів.

Також окремо потрібно виділити групу жінок із неспроможністю м'язів тазового дна [5]. У таких пацієнток під час огляду виявляють зняття статевої щілини, що свідчить про

м'язово-фасціальний дефект і є причиною порушення мікробіоценозу піхви. Найчастіше такі жінки мають рецидивний перебіг вульвовагінітів. Без корекції стану м'язів промежини відновлення мікробіоценозу буде неефективним у таких пацієнток.

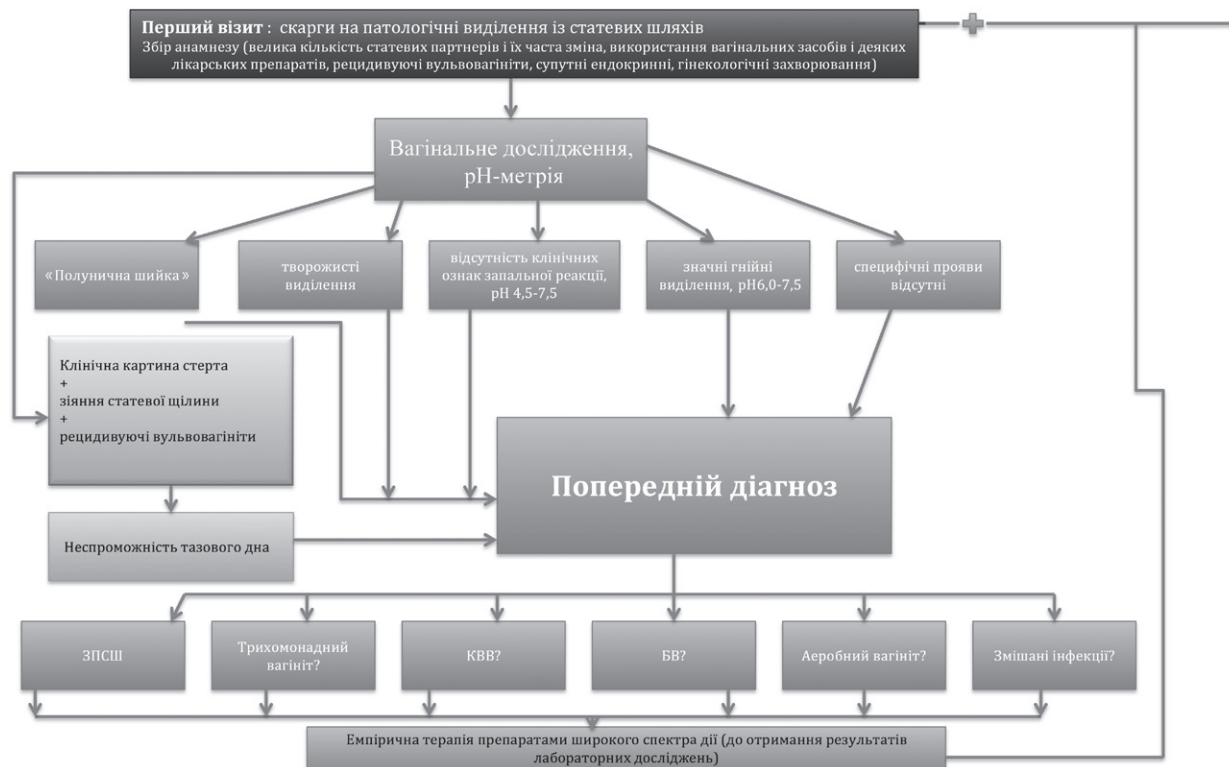
Однією з проблем у вирішенні питання вульвовагінітів є недооцінювання лікарем-клініцистом неklasичних варіантів перебігу вульвовагінітів. Окремо зібраний анамнез не дозволяє повністю діагностувати причини вагінітів та відповідно призначити лікування [4]. Повинен використовуватись комплексний підхід: фізикальне та гінекологічне обстеження, збір анамнезу та лабораторна діагностика, позаяк у більшості випадків симптоми є тотожними, а причина вагініту різниться [18].

Бактеріальний вагіноз (БВ), кандидозний вульвовагініт (КВВ) та аеробний вагініт є лідерами серед захворювань, які супроводжуються патологічними виділеннями. Однак їхній перебіг характеризується відсутністю патогномонічних ознак [18].

Зростає також частота мікст-інфекцій та супутніх захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ), що також не завжди сприяє однозначній діагностиці. Наприклад, при трихомонадній інфекції, згідно з даними літератури, основною ознакою є «полунична шийка», але, на жаль, частота її діагностики при вагінальному огляді становить лише 5–10%, дещо більша діагностична цінність у кольпоскопії – 45%, але у 75% жінок перебіг безсимптомний [6].

Кандидозний вульвовагініт є найбільш поширеним мікотичним захворюванням у світі. За даними LIFE (Leading international fungal infection), більше половини жінок переносять дане захворювання хоча б однократно у віці до 24 років, а 36% відзначають щорічні рецидиви, а у 135 млн жінок рецидиви відбуваються з частотою 4 та більше разів на рік [17].

При цьому сироподібні виділення, печіння та свербіж рідко асоційовані із КВВ. При хронічному перебігу основни-



Алгоритм діагностики та лікування захворювань, що супроводжуються патологічними виділеннями з піхви [4]

ми скаргами є дискомфорт та біль при статевих актах, а при вагінальному огляді може бути виявлена лише набряклість тканин піхви [17].

У свою чергу, аеробний вагініт характеризується тими самими ознаками – патологічні виділення, свербіж, печіння, гіперемія слизової оболонки шийки матки при огляді, симптом «манної крупи», ознаки ендцервіциту та відсутність певних патогномонічних ознак [9].

Саме тому важливу роль у діагностиці етіологічних факторів вульвовагінітів крім анамнезу відіграє рН-метрія виділень зі статевих шляхів і паралельне мікроскопічне дослідження біологічного матеріалу (секрет піхви, зскрібок епітелію вагінального і/або цервікального). Ці діагностичні заходи дають можливість встановити попередній діагноз та призначити емпіричну терапію ще до отримання результатів аналізів.

Про БВ свідчить наявність трьох із чотирьох клінічних критеріїв AMSEL [13, 15]:

- значні виділення зі статевих шляхів з неприємним запахом (запах аміаку або «рибний»)
- наявність «ключових» клітин при мікроскопії мазків з піхви
- рН виділень з піхви більше 4,5
- позитивний амінний тест.

У випадку КВВ рН піхви, як правило, у межах норми.

У разі неоднозначних результатів мікроскопії або відсутності можливості встановлення діагнозу за результатами необхідно провести додаткові обстеження, зокрема за допомогою культурального методу та методу ПЛР. Мікробіоценоз піхви достатньо різноманітний, а запальна реакція – це результат взаємодії різних мікроорганізмів. Така взаємодія зумовлює формування біоплівки у піхві. Згідно з даними зарубіжної літератури, частота виявлення поєднання БВ та КВВ становить 20–30%, а БВ та трихомонадної інфекції – 60–80% [20].

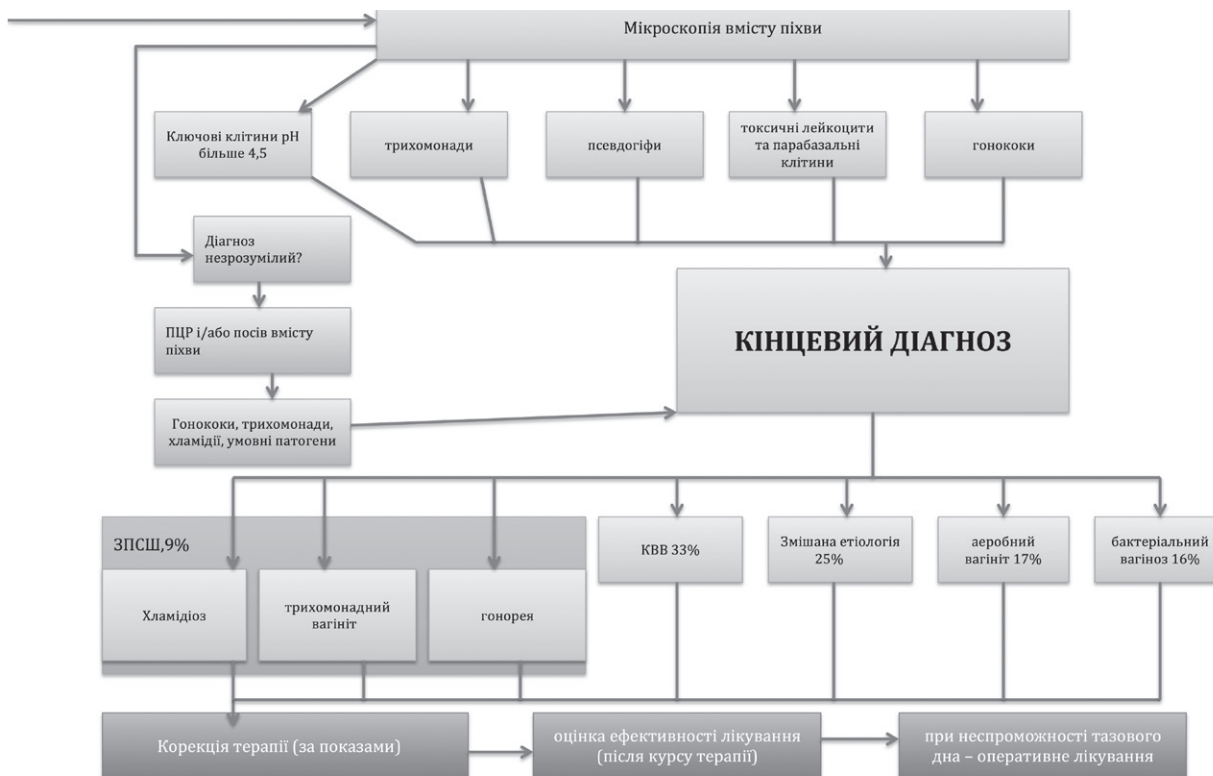
Велике значення у лікуванні хронічних рецидивних вульвовагінітів має запобігання утворенню та руйнування

вагінальної біоплівки, що сприяє підвищенню ефективності лікування. Даній проблемі приділяють велику увагу у зв'язку з тим, що інфекційний процес з піхви поширюється висхідним шляхом та уражує внутрішні статеві органи, призводить до розвитку різних ускладнень: фонових та передракових захворювань шийки матки, безплідності, позаматкової вагітності, ускладненого перебігу вагітності та пологів [7, 8, 10, 11].

Емпіричний вибір терапії базується на знаннях про потенційних збудників конкретних захворювань. Саме тому, враховуючи нозологічні форми, наявність яких з більшою ймовірністю підтвердиться мікроскопічно (БВ, КВВ, аеробний вагініт та трихомоніаз), перевага у лікуванні надається комбінованим препаратам, спектр дії яких спрямований на різні ймовірні агенти або їхнє поєднання [4].

Потрібно також пам'ятати про резистентність до препаратів, яка поступово розвивається. Так, у Китаї проводили дослідження, у якому протягом 8 років вивчали показники жінок з КВВ та визначали чутливість патогенів до різних антимікотичних препаратів [21]. На початкових етапах лідерами були *C. albicans* (80,5%), потім – *C. glabrata* (18,1%), *C. krusei* (1,2%) та *C. tropicalis* (0,1%). До кінця моніторингу ситуація змінилась: виявлено зменшення частки *C. albicans* та зростання – *C. glabrata*. Що стосується ефективності антимікотиків, то вона знизилася: відзначено стійкість до міконазолу (54–73,3%), флуконазолу (16,6–57,7%) та ітраконазолу (51,5–83,3%) – показники варіюють залежно від виду кандид.

Комбінація неоміцину, поліміксину В та ністатину у складі препарату Поліжинакс пригнічує ріст грамнопозитивних та грамнегативних мікроорганізмів, а також чинить фунгіцидну дію [3]. Ефективність такого лікування підтверджена результатами подвійного рандомізованого сліпого порівняльного дослідження PRISM (Polygnax as empiric treatment of Infectious vaginitis: assessment of the efficacy study) у 2019 р. [14]. Дані компоненти зумовлюють руйнування біоплівки та спричинюють загибель основних патогенів.



У деяких випадках (наприклад при алергійних реакціях на антибактеріальні препарати) доречним є використання місцевих антисептиків.

Під час терапії вульвовагінітів необхідно пам'ятати про індивідуальний підхід до кожної пацієнтки, позаяк лікуван-

ня даного захворювання є досить складним у зв'язку з недостатньою ефективністю багатьох терапевтичних методів та високою частотою рецидивів, особливо за наявності супутніх екстрагенітальних захворювань.

Огляд підготувала О.М. Гопчук

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грищенко О.В., Лахно І.В. Повышение комплаентности лечения пациенток с бактериальным вагинозом. Репродуктивна ендокринологія. 2017; 1 (33): 2–4.
2. Жуковская И.Г., Сандакова Е.А. Состояние соматического здоровья пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий // Пермский медицинский журнал. – 2011. – №5. – С. 18–25.
3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Полижинакс». ГРЛС, 2011. – URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=444aaea5-498d-480e-b60a-09379fa8b5fa&t=
4. Яцышина Д.В. Интервью с засл. деятелем науки РФ, членом-корр. РАН, проф. Виктором Евсеевичем Радзинским // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2020. – N 2/3 (65/67). – С. 33–40.
5. Каримова Г.А., Токтар Л.Р., Хамошина М.Б. и др. Коррекция нарушения биоценоза влагалища у женщин с несостоятельностью тазового дна // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – №21. – С. 74–76.
6. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей. – М., 2019. – 56 с.
7. Маркин Л.Б., Шахова О.В. Эффективность застосування комбінації різних форм випуску антисептика з антимікробною активністю Гексикону в лікуванні запальних захворювань піхви. Здоровье женщины. 2012; 2(68): 188–190.
8. Радзинский В.Е. Инфектология XXI века: непростые ответы. Инфекции и инфекционный контроль. Status Praesens. 2012; 2 (8): 5–7.
9. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Альтернативные подходы к анемии беременных // Акушерство и гинекология. – 2007. – №3. – С. 65–67.
10. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О.С., Зыков Е.В. Опыт применения препарата «Полижинакс» в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – № 1. – С. 45–48.
11. Янковский Д.С., Ширококов В.П., Антипкин Ю.Г., Татарчук Т.Ф., Дымент Г.С. Микробиом и здоровье женщины. Репродуктивна ендокринологія. Альманах репродуктивного здоров'я. 2015; 26–48.
12. Aitken-Saavedra J., Lund R.G., González J. et al. Diversity, frequency and antifungal resistance of Candida species in patients with type 2 diabetes mellitus // Acta Odontol Scand. – 2018. Vol. 76, №8. – P. 580–586. [PMID: 30045641]
13. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med. 1983;74(1):14–22.
14. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. PRISM study: Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis // Med. Mal. Infect. – 2019. – Vol. 49, №3. – P. 194–201. [PMID: 30792037]
15. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis. Am Fam Physician. 2011;83(7):807–815.
16. Kalra B., Kalra S. Vulvovaginitis and diabetes // J. Pak. Med. Assoc. – 2017. – Vol. 67, №1. – P. 143–145. [PMID: 28065975]
17. LIFE. Fungal infectious. – URL: <http://www.life-worldwide.org/fungal-diseases/vaginal-thrush/>.
18. Nwankwo T.O., Aniebue U.U., Umeh U.A. Syndromic Diagnosis in Evaluation of Women with Symptoms of Vaginitis // Curr. Infect. Dis. Rep. – 2017. – Vol. 19, №1. – P. 3. [PMID: 28210940]
19. Sherrard J., Wilson J., Donders G. et al. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge // Int. J. STD. AIDS. – 2018. – Vol. 29, №13. – P. 1258–1272. [PMID: 30049258]
20. Sobel J.D., Subramanian C., Foxman B. et al. Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications // Curr. Infect. Dis. Rep. – 2013. – Vol. 15, №2. – P. 104–108. [PMID: 23354954]
21. Wang F.J., Zhang D., Liu Z.H. et al. Species Distribution and In Vitro Antifungal Susceptibility of Vulvovaginal Candida Isolates in China // Chin. Med. J. (Engl). – 2016. – Vol. 129, №10. – P. 1161–1165. [PMID: 27174323]