

Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

# **УРОГЕНІТАЛЬНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ. АНОМАЛЬНІ ВАГІНАЛЬНІ ВИДІЛЕННЯ**

Методичні рекомендації  
до практичних занять з дисципліни «Акушерство та гінекологія»  
для здобувачів вищої освіти 5 курсу медичного факультету

**Рецензенти:**

**О. В. Грищенко** – доктор медичних наук, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини медичного факультету ХНУ ім. В. Н. Каразіна;

**І. В. Лахно** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 3 ХНМУ.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол № 5 від 30 січня 2025 року)*

**Урогенітальні запальні захворювання. Аномальні вагінальні виділення :** методичні рекомендації до практичних занять з дисципліни «Акушерство та гінекологія» для здобувачів вищої освіти 5 курсу медичного факультету / укладачі В. С. Страховецький, О. В. Головіна, Т. О. Козуб, В. В. Бобрицька. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – 20 с.

Методичні рекомендації містять перелік теоретичних питань з даної теми для самостійної підготовки студентів до практичного заняття, список рекомендованої та додаткової літератури, а також приклади тестових завдань.

**УДК 618.1-002+618.15](072)**

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025

© Страховецький В. С., Головіна О. В., Козуб Т. О., Бобрицька В. В., уклад., 2025

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2025

---

Навчальне видання

**Страховецький Віталій Сергійович**  
**Головіна Ольга Володимирівна**

**Козуб Тетяна Олександрівна**  
**Бобрицька Вікторія Володимирівна**

**УРОГЕНІТАЛЬНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ.  
АНОМАЛЬНІ ВАГІНАЛЬНІ ВИДІЛЕННЯ**

Методичні рекомендації  
до практичних занять з дисципліни «Акушерство та гінекологія»  
для здобувачів вищої освіти 5 курсу медичного факультету

Коректор *О. В. Пунько*  
Комп'ютерне верстання *В. В. Савінкова*  
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 1,68. Наклад 100 пр. Зам. № 10/25..

Видавець і виготовлювач  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009  
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна

## ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень .....	4
Вступ .....	5
Розділ I. Етіологія, патогенез, фактори ризику розвитку АВВ .....	6
Розділ II. Клініка, діагностика, лікування.....	8
1. Клінічні особливості .....	8
2. Діагностика .....	10
3. Лікування.....	14
4. Подальше спостереження жінок з АВВ.....	17
Тестові питання .....	18
Перелік рекомендованої літератури .....	19

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

AB – аеробний вагініт

ABV – аномальні вагінальні виділення

БABB – бактерії, асоційовані з бактеріальним вагінозом

BB – бактеріальний вагіноз

BVK – вульвовагінальний кандидоз

ВІЛ (HIV) – вірус імунодефіциту людини

BMC – внутрішньоматкова спіраль

BR – відносний ризик

ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого тазу

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

КОК – комбіновані оральні контрацептиви

КУО – колонієутворювальні одиниці

ЛНГ – BMC – левоноргестрелвмісна внутрішньоматкова система

МАНК – метод ампліфікації нуклеїнових кислот

МГТ – менопаузальна гормональна терапія

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

РВVK – рецидивуючий вульвовагінальний кандидоз

РКД – рандомізоване контрольоване дослідження

IL – інтерлейкін

IUSTI – International Union against sexually transmitted infections, з англ.  
Міжнародне об'єднання проти інфекцій, що передаються статевим шляхом

## ВСТУП

Аномальні вагінальні виділення (АВВ) – це симптомокомплекс, що об'єднує різні за генезом й анатомічною локалізацією стани, які призводять до відхилень характеристик вагінальних виділень від нормальних (консистенція, кількість, колір, запах) і – здебільшого, але не завжди, – симптомів ураження слизової піхви, вульви та уретри. Найрозповсюдженішими причинами АВВ є бактеріальний вагіноз, вульвовагінальний кандидоз, аеробний вагініт та трихомоніаз. Водночас до АВВ можуть призводити хламідійна і гонорейна інфекції та неінфекційні патології.

Аномальні вагінальні виділення (АВВ) є однією з провідних причин звернення до акушера-гінеколога. Розповсюдженість основних причин АВВ у різних популяціях є високою: близько 70 % жінок мають протягом життя епізод вульвовагінального кандидозу (ВВК), що потребує лікування; глобальна розповсюдженість бактеріального вагінозу (БВ) складає від 23 до 29 % (зокрема в Європі і Центральній Азії – 23 %), глобальна розповсюдженість трихомоніазу – 5,3 %. Багатоцентрове дослідження, проведене у 23 областях України за участю 45 295 пацієнток зі скаргами на АВВ, показало наступний розподіл основних причин: БВ – 41,1 %, вульвовагініти змішаної етіології – 26,59 %, ВВК – 19,22 %, трихомоніаз – 4,65 %, атрофічний кольпіт – 8,44 %.

Саме через значну поширеність цього захворювання серед українських жінок репродуктивного віку, широкий спектр психологічних та фізичних симптомів питання діагностики та лікування передменструального синдрому є дуже актуальними.

## РОЗДІЛ І.

### Етіологія, патогенез, фактори ризику розвитку АВВ

**Бактеріальний вагіноз (БВ)** – це дисбактеріоз вагінальної мікробіоти. Він характеризується надмірним ростом переважно анаеробних організмів піхви (наприклад, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp.), що призводить до витіснення лактобацил і збільшення рН піхви. Бактеріальний вагіноз є найчастішою причиною виділень з піхви в жінок дітородного віку, але він може зустрічатися і в жінок у перименопаузі. Серед білошкірих жінок поширеність БВ складає 5–15 %, серед темношкірих вона вища на 45–55 %. У жінок, які мають статеві контакти з жінками, лактобацилярні типи подібні, склад вагінальної мікробіоти частіше схожий, і такі жінки схильні до підвищеного ризику розвитку БВ. БВ може виникати і передаватися спонтанно, і хоча це захворювання не вважається ППСШ, воно пов'язане із сексуальною активністю. Точна етіологія БВ досі невідома, але сучасні дані свідчать про те, що формування біоплівки з *Gardnerella vaginalis* важливе для переходу від нормальної мікрофлори піхви до БВ.

### Аеробний вагініт / десквамативний запальний вагініт (АВ)

АВ супроводжується гнійними виділеннями, деяким ступенем атрофії і запального процесу. При цьому захворюванні зменшується кількість лактобацил, підвищується рН піхви, де переважають аеробні мікроорганізми, такі як *Escherichia coli*, стрептококи групи В і золотистий стафілокок. Часто зустрічаються змішані інфекції. Невідомо, чи має АВ інфекційне походження, чи це запальний процес з подальшим дисбактеріозом. Він може викликати довготривалі симптоми з періодичними загостреннями і частими рецидивами після лікування. Важчі форми АВ і десквамативний запальний вагініт, ймовірно, є одним і тим самим станом.

### Вульвовагінальний кандидоз (ВВК)

Понад 60 % здорових жінок у менопаузі колонізовані грибами роду *Candida* з вищими показниками під час вагітності та нижчими – у дітей і жінок у постменопаузі, які не отримують менопаузальну гормональну терапію. За оцінками фахівців, 75 % жінок будуть мати принаймні один епізод вульвовагінального кандидозу протягом свого життя, а від 6 до 9 % – хронічний рецидивуючий ВВК (не менше 4 епізодів на рік). ВВК є результатом надмірного росту *Candida albicans* у 90 % жінок (в інших визначаються інші види, наприклад, *C. glabrata*). Провокуючими факторами є антибіотикотерапія, вагітність, ендогенна або екзогенна імуносупресія (включаючи цукровий діабет та імунодепресанти). У деяких жінок

симптоми можуть виникати при низькій концентрації *Candida*, і вважається, що це може бути пов'язано з алергічною або запальною реакцією на дріжджі.

### **Трихомоніаз**

*Trichomonas vaginalis* – це джгутиковий найпростіший, що є паразитом статевих шляхів. У дорослих він майже виключно передається статевим шляхом. У жінок інфекція уретри присутня в 90 % випадків, хоча сечовий тракт є єдиним місцем інфекції менше ніж у 5 % випадків. Найочевиднішою відповіддю макроорганізму на інфекцію є локальне збільшення кількості поліморфноядерних лейкоцитів.

**Фактори ризику та патогенез.** Вважається, що рецидиви ВВК пов'язані із чинниками господаря, а не з більш вірулентними штамми або повторним потраплянням збудника до статевих шляхів. Більшість, як правило, пов'язана із *C. albicans*. Для багатьох жінок ідентифікувати фактори ризику з боку господаря неможливо, але вони можуть бути наступними:

- персистенція *Candida sp.*;
- погано контрольований цукровий діабет;
- імуносупресія;
- ендогенні та екзогенні естрогени (у т. ч. вагітність, менопаузальна гормонотерапія (МГТ) і, можливо, застосування комбінованих пероральних протизаплідних таблеток);
- недавнє (до трьох місяців до епізоду) застосування антибіотиків, що викликає порушення вагінальної флори.

На інших слизових оболонках, окрім слизової оболонки піхви, імунна відповідь, опосередкована інтерлейкіном ІІ-17, може мати вирішальне значення. Симптоми ВВК корелюють з мікробним навантаженням, а інфільтрація нейтрофілів пов'язана з появою симптомів.

## РОЗДІЛ II.

### Клініка, діагностика, лікування

#### 1. Клінічні особливості

Діагноз БВ і кандидозу є синдромним, тобто базованим на клінічних симптомах і ознаках, підтверджених результатами лабораторних досліджень, які самі по собі відрізняються за специфічністю та чутливістю. Класичні особливості *T.vaginalis* часто відсутні або неспецифічні.

Найчастіші симптоми й ознаки вагінальних виділень перераховані в таблиці 1.

Таблиця 1

Симптоми й ознаки при різних причинах вагінальних виділень

<b>Бактеріальний вагіноз</b>	<b>Аеробний вагініт</b>	<b>Вульвовагінальний кандидоз</b>	<b>Трихомоніаз</b>
Близько 50 % пацієнок не мають симптомів	10–20 % пацієнок не мають симптомів	Близько 60 % жінок колонізовані. Симптоми відзначаються в небагатьох із них	10–50 % жінок асимптомні, 5–15 % не мають патологічних ознак.
Виділення у вигляді тонкого білого нальоту на стінках піхви і присінку піхви	Гнійні виділення	Виділення можуть бути нерясними та без запаху	Виділення з неприємним запахом у 70 %, пінисті виділення жовтого кольору в 10–30 %
Неприємний рибний запах	Печіння і поколювання	Біль/свербіж у піхві й еритема	Свербіж/ подразнення в піхві й еритема
Вагініт відсутній	Легка диспареунія	Тріщини на слизовій оболонці піхви	Дизурія
	Еритема і набряк слизової оболонки піхви	Легка диспареунія	Зрідка дискомфорт унизу живота
	Вагінальні виразки	Ураження шкіри пахової ділянки	Вагініт
		Набряк слизової оболонки піхви	У 2 % випадків – «полунична шийка матки», видима неозброєним оком

Гострий ВВК:

- перший або поодинокий епізод ВВК;
- пацієнти зазвичай мають ознаки та симптоми гострого вульвовагініту, та *Candida sp.* виявляється за допомогою мікроскопії та/або культивування.

Рецидивуючий ВВК:

- не менше чотирьох епізодів за 12 місяців, причому два епізоди підтверджені мікроскопією або культуральним дослідженням при наявності симптомів (принаймні один епізод має бути підтверджений шляхом культурального мікологічного дослідження);

- пацієнткою з РВВК зазвичай можна віднести до однієї з двох груп залежно від реакції на терапію та наслідків для діагностики та лікування:

а) хороша або повна відповідь на терапію і безсимптомний період між епізодами;

або

б) погана чи часткова відповідь на терапію зі збереженням симптомів між курсами лікування.

**Класифікація вульвовагінального кандидозу (Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021)**

Неускладнений вульвовагінальний кандидоз (ВВК):

- спорадичний або нечастий;
- та • слабкий-помірний ВВК;
- та • вірогідно викликаний *Candida albicans*;
- та • в імунокомпетентної жінки.

Ускладнений ВВК:

- РВВК (три або більше епізодів симптоматичного ВВК < 1 рік);
- або • тяжкий;
- або • викликаний неальбікантиними формами;
- або • у жінок з цукровим діабетом, імуноскомпрометованих (ВІЛ), з імунодефіцитними станами;
- або • на імуносупресивній терапії (кортикостероїди).

**Диференціальна діагностика.** Багато жінок, які мають симптоми ВВК, можуть мати інші захворювання, такі як:

- дерматит/екзема;
- склерозуючий лишай;
- інші інфекції (наприклад, простий герпес, трихомоніаз);
- вульводінія (хронічний біль в області вульви і вагінального переддвер'я);
- аеробний вагініт;
- цитолітичний вагіноз.

Переважаючі певних симптомів та ознак, хоча і не є патогномонічним, може свідчити про наявність інших захворювань.

Деякі жінки можуть мати поєднану патологію ВВК з одним із цих захворювань:

- існує ймовірність, що спровокована вестибулодинія взаємопов'язана з ВВК, а в деяких жінок ВВК може бути тригером;
- аеробний вагініт слід розглядати, якщо основна скарга – гнійні виділення без запаху;
- цитолітичний вагіноз може проявлятися дуже схожими клінічними симптомами, включаючи сироподібні виділення та свербіж, але мікроскопія та культуральні мікологічні дослідження на грибкову культуру негативні;
- також можливо, що жінки з вульварними симптомами, які викликані іншими захворюваннями (такими як екзема, склерозуючий лишай, вульводинія), можуть мати колонізацію *Candida*, що не обов'язково пов'язано з розвитком симптомів.

## 2. Діагностика

Жінкам із патологічними вагінальними симптомами для призна чення відповідного лікування необхідно провести лабораторне дослідження. Якщо це неможливо, то обстеження й аналізи обов'язково мають проводитися в наступних ситуаціях:

- тяжкі або рецидивуючі симптоми;
- виділення з піхви, що не реагують на емпіричне лікування;
- наявність симптомів при вагітності;
- виявлення трихомонад під час цитологічного дослідження матеріалу з шийки матки;
- виявлення трихомонад у сексуального партнера.

Безсимптомні жінки не вимагають лабораторного дослідження на БВ, АВ або гриби роду *Candida*. Лабораторне дослідження на трихомонади в жінок без симптомів має ґрунтуватися на даних про їх регіональну поширеність. Остаточний діагноз ґрунтується на клінічних симптомах, огляді, рівні рН і мікроскопічних даних вагінальних виділень, а в разі трихомонадної інфекції можуть бути використані додаткові лабораторні тести. Піхвову пробу відбирає лікар або пацієнтка самостійно за допомогою спеціального тампона. Тип тампона неважливий. Підвищений рівень рН (> 4,5) свідчить про БВ або трихомоніаз, а нормальний рівень рН – про кандидозну інфекцію. За можливості необхідно негайно провести мікроскопію нативного препарату.

### Бактеріальний вагіноз

Мікроскопія пофарбованого за Грамом препарату є еталонним методом діагностики БВ.

А. Оцінка за шкалою *Nugent*. Вона використовується як золотий стандарт для досліджень і заснована на оцінці вмісту бактеріальних

морфотипів у пофарбованому за Грамом піхвовому мазку. Оцінка варіює від 0 до 10: показник < 4 є нормальним, 4–6 – проміжним, > 6 свідчить про БВ. Беруть до уваги бактеріальні морфотипи, які пов'язані з БВ.

Б. Критерії *Nay-Ison*. Вони також засновані на результатах мазка, пофарбованого за Грамом, їх легше і швидше використовувати в клінічній практиці, і вони включають бактерії, не пов'язані з БВ.

Ступінь 0: не належить до БВ, при мікроскопії виявляють одні лише епітеліальні клітини, без лактобацил, що вказує на недавню антибіотикотерапію.

Ступінь 1 (нормальний): переважають морфотипи *Lactobacillus*.

Ступінь 2 (проміжний): змішана флора з деякою кількістю лактобацил, але також наявні морфотипи *Gardnerella* або *Mobiluncus*.

Ступінь 3 (БВ): переважно морфотипи *Gardnerella* та/або *Mobiluncus*, ключові клітини. Лактобацил мало або вони відсутні.

Ступінь 4: не відноситься до БВ, виявляють тільки грампозитивні коки, без лактобацил (флора відповідає АВ).

Клінічні критерії *Amsel* для діагностики БВ. Наявність трьох із чотирьох критеріїв обов'язкова; оскільки три критерії є клінічними, можливо діагностувати БВ без мікроскопії або використання мікробіологічного дослідження. У порівнянні з пофарбованим за Грамом мазком наявність трьох із чотирьох клінічних критеріїв має чутливість 60–72 % у діагностиці БВ.

Клінічні критерії:

- 1) гомогенні сіро-білі виділення;
- 2) рН вагінальної рідини > 4,5 (виміряний за допомогою рН-паперової смужки);
- 3) рибний запах (якщо не визначається, потрібно додати кілька крапель 10 % КОН до вагінальної проби);
- 4) при нативній мікроскопії наявні ключові клітини (> 20 % усіх епітеліальних клітин).

Додатково до критеріїв *Amsel* існують різні швидкі тести для діагностики БВ:

- визначають активність сіалідази у вагінальних виділеннях;
- лігонуклеотидний зонд, що визначає високі концентрації нуклеїнових кислот *G. vaginalis* (> 5 x 10<sup>5</sup> КУО *G. Vaginalis* / мл вагінальної рідини) для діагностики БВ, гриби роду *Candida* та *T. Vaginalis*;
- тести на основі методу ампліфікації нуклеїнових кислот (МАНК).

Незважаючи на доступність тест-систем для діагностики БВ, в основі яких лежить МАНК, традиційні методи діагностики БВ, включаючи критерії *Amsel*, мікроскопію з критеріями Nugent та швидкий тест *Affirm VP III*, залишаються корисними для діагностики БВ у жінок із симптомами через нижчу вартість і більшу доступність для забезпечення швидкої діагностики. Посів *G. vaginalis* не є рекомендованим як діагностичний

метод, тому що не є достатньо специфічним. Пап-тест цервікального епітелію не має клінічної користі для діагностики БВ через низьку чутливість і специфічність.

Усі жінки з БВ повинні пройти обстеження на ВІЛ та інші ІПСШ.

### **Аеробний вагініт**

*Мікроскопія.* Мікроскопія нативного вагінального виділення – золотий стандарт діагностики АВ. Оцінка АВ враховує інформацію про бактеріальну флору, порушення епітелію і вміст лейкоцитів, варіюючи від 0 до 10 балів: 0–2 – АВ відсутній; 3–4 – легкий АВ; 5–6 – помірний АВ; 7–10 – важкий АВ. Загальний бал вираховується, виходячи із суми балів за п'ятьма показниками.

*Бактеріологічне дослідження.* Незважаючи на те, що в більшості жінок з АВ виділяються аеробні бактерії, такі як *S. agalactiae*, *S. aureus*, *E. coli*, позитивна вагінальна культура не вказує на наявність у жінки цього захворювання, тому що діагностичний показник не рекомендується. Проте бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості до антимікробних препаратів може допомогти в лікуванні.

### **Вульвовагінальний кандидоз**

*Мікроскопія.* Необхідно взяти вагінальні виділення із заднього склепіння піхви для фарбування мазка за Грамом та/або для фазово-контрастної мікроскопії нативного мазка.

- Наявність бластоспор, псевдогіф та нейтрофілів свідчить про інфекцію, спричинену видами *Candida*.

- Наявність тільки бластоспор та нейтрофілів може відображати інфекцію, викликану *C. glabrata*.

- Нейтрофіли у вагінальних виділеннях свідчать про запальну реакцію, а отже про наявність інфекції, яка може бути, а може не бути обумовлена кандидозом, що спостерігається при мікроскопії. Відсутність нейтрофілів при наявності *Candida*, ймовірно, свідчить про колонізацію.

*Мікологічне культуральне дослідження*

Гострий ВВК:

- ріст дріжджових грибків при культуральному дослідженні більше не вважається економічно ефективним доповненням до мікроскопії ані самостійним надійним тестом для діагностики гострого ВВК через його нездатність диференціювати колонізацію від інфекції.

Рецидивуючий ВВК:

- зразок вагінальних виділень із заднього склепіння піхви для мікологічного дослідження слід наносити безпосередньо на тверде середовище для росту грибів (Сабуро);

- перевагою прямого мікологічного дослідження є те, що певною мірою він дає кількісну оцінку *Candida* в зразку;

- якщо пряме нанесення недоступне, відправлений матеріал у транспортному середовищі, що відповідає грибковій культурі, є альтернативою. Однак кількісне визначення не є надійним для зразків, які зберігаються в транспортному середовищі більше 12 годин через постійний ріст;

- в ідеалі будь-який ріст грибів слід ідентифікувати за видовим рівнем або принаймні як *C. Albicans* / *non-albicans Candida* та визначати чутливість до флуконазолу; у випадках РВВК з поганою або частковою відповіддю на терапію рекомендується визначення чутливості до різних препаратів;

- змішана інфекція *C. albicans* та *non-albicans Candida* не є рідкістю, і її слід шукати при лабораторному дослідженні.

### Трихомоніаз

*Мікроскопія.* Пряме виявлення мікроорганізмів проводиться в нативному (з додаванням фізіологічного розчину) або пофарбованому акридином помаранчевим вагінальному мазку із заднього склепіння піхви. Нативний препарат потрібно досліджувати протягом 10 хвилин після збору, оскільки трихомонади швидко втрачають рухливість, і їх буде важче ідентифікувати. Чутливість мікроскопії нативного матеріалу найвища в жінок із виділеннями з піхви. Однак відомо, що чутливість становить усього 45–60 %, тому негативний результат слід інтерпретувати з обережністю. Специфічність дослідження висока за умови наявності навченого персоналу.

*Швидкі діагностичні тести.* Існує низка швидких діагностичних тестів, які мають переваги перед мікроскопією. Хоча ці тести чутливіші за мікроскопію нативного вагінального матеріалу, можливі хибнопозитивні результати, особливо в популяціях з низькою поширеністю трихомоніазу. Тому в цій ситуації слід розглянути можливість підтвердження позитивних результатів.

*Культивування.* Має вищу чутливість у порівнянні з мікроскопією, але обмежену доступність.

*Молекулярна діагностика.* Методи ампліфікації нуклеїнових кислот (МАНК) забезпечують найвищу чутливість при виявленні *T. vaginalis* у порівнянні з мікроскопією і методом культивування. Якщо дозволяють ресурси, цим методам слід віддати перевагу. МАНК можуть виявляти *T. vaginalis* у вагінальних або цервікальних мазках і в зразках сечі жінок із чутливістю 88–97 % та специфічністю 98–99 %, у залежності від зразка і талонного стандарту. МАНК є високочутливим, виявляючи серед жінок більше інфекцій *T. vaginalis*, ніж мікроскопія нативного мазка.

Зважаючи на клінічну значимість трихомоніазу для діагностики цієї ПСШ як потенційної причини АВВ, можуть бути використані всі доступні

методи та їх поєднання. При цьому слід враховувати, що найбільшою чутливістю відзначаються методи, в основі яких лежить ампліфікація нуклеїнових кислот (ПЛР); поєднанням високої чутливості і найвищої специфічності володіє метод культивування. Доцільність використання швидких тестів має визначатись на основі характеристик про чутливість і специфічність кожної окремої тест-системи. Дані про присутність трихомонад у результатах мікроскопії вагінальних виділень (нативного мазка / фарбованого за Грамом) або в результатах рідинної цитології мають враховуватись у діагностиці, але мікроскопія не є методом діагностики трихомоніазу через низьку чутливість.

### **3. Лікування**

#### **Бактеріальний вагіноз**

Показання до лікування БВ:

- наявність симптомів;
- позитивна пряма мікроскопія із симптомами або без них у деяких вагітних (в яких в анамнезі були ідіопатичні передчасні пологи або викидень у другому триместрі вагітності);
- БВ у жінок, в яких заплановані гінекологічні хірургічні або інвазивні діагностичні процедури;
- факультативно (не обов'язково): позитивна пряма мікроскопія в жінок без симптомів; такі жінки можуть повідомити про припинення виділень після лікування.

Рекомендовані схеми лікування БВ: «Метронідазол» 400–500 мг перорально двічі на добу протягом 5–7 днів; або «Метронідазол гель» (0,75 %) інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів; або «Кліндаміцин крем» (2 %) інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів.

Альтернативні схеми лікування БВ: «Метронідазол» 2 г перорально в одноразовій дозі; або «Тинідазол» 2 г перорально в одноразовій дозі; або «Тинідазол» 1 г перорально один раз на добу протягом 5 днів; або «Кліндаміцин» 300 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів; або «Деквалінію хлорид» 10 мг вагінальна таблетка один раз на добу впродовж 6 днів.

Встановлені переваги терапії серед невагітних жінок полягають у полегшенні вагінальних симптомів та ознак інфекції. Інші потенційні переваги лікування включають зменшення ризику зараження *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*, ВІЛ, вірусом папіломи людини та вірусом простого герпесу 2 типу.

#### **Аеробний вагініт**

Сукупність літературних даних та експертного досвіду свідчить про те, що лікування АВ повинно мати індивідуальний підхід у залежності від даних мікробіологічних досліджень і потреб пацієнтки. Лікування АВ може включати: локальну терапію естрогенами, кортикостероїдами, протимікроб-

ними препаратами та пробіотиками. Допустиме застосування зазначених препаратів у вигляді комплексних місцевих форм (супозиторії вагінальні, гелі). Зважаючи на зростаюче явище антибіотикорезистентності, виправданим є використання протимікробних та антисептичних препаратів широкого спектра.

### **Вульвовагінальний кандидоз**

Показання до лікування кандидозу

Жінки із симптомами кандидозу, в яких виявлені кандиди при мікроскопії або культуральному мікологічному дослідженні. Безсимптомні жінки і чоловіки-партнери не потребують лікування.

Рекомендовані схеми лікування вагінального кандидозу

Пероральні препарати включають:

- «Флуконазол» 150 мг у вигляді разової дози;
- «Ітраконазол» 200 мг двічі протягом однієї доби.

Інтравагінальні препарати включають:

- «Клотримазол вагінальні таблетки» 500 мг у вигляді разової дози або 200 мг раз на добу протягом 3 днів;
- «Еконазол вагінальний песарій» 150 мг одноразово.

Терапія пероральними або інтравагінальними азолами призводить до зникнення симптомів і негативних результатів культуральних досліджень у 80–90 % пацієток після завершення лікування. У вагітних слід використовувати тільки препарати для місцевого застосування. Загалом стандартні одноразові дози так само ефективні, як і тривалі курси. Доведено, що при вираженому кандидозі результати лікування поліпшуються, якщо повторити прийом «Флуконазолу» 150 мг через 3 дні.

Рецидивуючий кандидоз. Визначається як чотири або більше симптоматичних епізодів на рік. Слід задокументувати частоту рецидивів, встановити діагноз і підтвердити його культуральним дослідженням; у всіх таких жінок необхідно провести хоча б одне культуральне дослідження на кандидоз. Необхідно виключити фактори ризику (наприклад, цукровий діабет, імунодефіцит, застосування кортикостероїдів, часте використання антибіотиків). З метою диференціального діагнозу слід розглянути інші захворювання, що часто зустрічаються, – дерматит вульви / екзему / вестибулодинію. Підтримуючу терапію слід проводити досить часто, щоб запобігти новим рецидивам.

Поточні рекомендації полягають у первинному щоденному прийомі «Флуконазолу» у дозі 150–200 мг протягом 3 днів для досягнення мікологічної ремісії до початку підтримуючої терапії. Схеми підтримуючої терапії включають пероральний прийом «Флуконазолу» (دوزи 100, 150 або 200 мг) щотижня впродовж 6 місяців або 200 мг «Флуконазолу» щотижня протягом 2 місяців, потім 200 мг раз на два тижні упродовж 4 місяців і 200 мг щомісяця протягом 6 місяців, відповідно до індивідуальної реакції на терапію.

Загальні поради для всіх жінок із симптомами ВВК. Пацієнткам слід надати інформацію про важливість догляду за шкірою:

- уникати використання місцевих подразників, таких як парфумовані мило або серветки;

- використовувати пом'якшувальний засіб для особистої гігієни, такий як заміник мила, зволожуючий крем і бар'єр (пацієнтку потрібно попередити, що це не для «інтравагінального використання»).

Не слід уникати статевого контакту, оскільки ВВК не є ІПСШ. Проте жінки можуть прийняти рішення щодо уникнення статевих контактів до моменту покращення симптомів, особливо якщо є розтріскування шкіри.

Загальні поради щодо РВВК. Серед пацієток із РВВК необхідно проводити ретельне опитування з метою виявлення потенційних місцевих подразників, які використовуються під час щоденної гігієни, наприклад, миття волосся у воді для ванни або надмірне миття. Даних щодо зв'язку з іншими особливостями гігієни статевих органів із ВВК немає; проте деякі фактори продемонстрували слабкі асоціації, які можуть бути враховані: носіння неправильно підібраного одягу з тканин, що погано пропускають повітря, використання міжменструальних або щоденних прокладок, вагінальне спринцювання.

### **Трихомоніаз**

Оскільки *T. vaginalis* належить до ІПСШ, необхідно провести скринінг на наявність супутніх інфекцій. До завершення лікування всіх статевих партнерів слід рекомендувати утримання від статевого життя.

Показання до терапії трихомоніазу:

- позитивний тест на *T. vaginalis* незалежно від наявності симптомів;
- епідеміологічне лікування статевих партнерів.

Рекомендовані схеми лікування

Перша лінія:

- «Метронідазол» 400–500 мг перорально двічі на день протягом 5–7 днів;

- або – «Метронідазол» 2 г перорально одноразово.

Нітроїмідазоли є єдиним класом ліків, які використовуються для пероральної або парентеральної терапії трихомоніазу, і більшість штамів до них високочутливі. У жінок висока частота інфікування сечовипускного каналу і парауретральних залоз, у зв'язку з чим для лікування слід застосовувати системну терапію. Пацієнткам слід рекомендувати не вживати алкоголь під час лікування та не менше 48 годин після закінчення прийому препарату (протягом 72 годин прийому «Тинідазолу») через можливу дисульфірамоподібну реакцію.

Персистуюча інфекція *T. vaginalis*. Персистуюча або рецидивуюча трихомонадна інфекція обумовлена неадекватною терапією, повторним зараженням або резистентністю *T. vaginalis*. Необхідно виключити порушення

режиму прийому препарату, блювання, можливість повторного зараження від нових або нелікованих партнерів.

Протокол лікування при неефективності стандартної терапії *T. vaginalis* (за винятком повторної інфекції і недотримання режиму прийому препарату):

- повторний 7-денний курс стандартними дозами: «Метронідазол» 400–500 мг двічі на добу протягом 7 днів;

- серед тих, хто не відповів на перший курс лікування, 40 % пацієток відповідають на повторний курс стандартного лікування;

- курс лікування високими дозами нітроїмідазолів: «Метронідазол» або «Тинідазол» по 2 г щодня протягом 5–7 днів; «Метронідазол» 800 мг тричі на добу протягом 7 днів.

Одночасне лікування всіх статевих партнерів є критично важливим для запобігання реінфекції. Потрібно направити поточних партнерів для передбачуваної терапії. Партнерам також слід порадити утримуватися від статевих актів до тих пір, поки вони та їхні статеві партнери завершать лікування і будь-які симптоми зникнуть.

#### **4. Подальше спостереження жінок з АВВ**

##### Бактеріальний вагіноз

Спостереженню підлягають тільки жінки з персистуючими симптомами. Якщо лікування призначається під час вагітності для зниження ризику передчасних пологів, повторну діагностику необхідно провести через один місяць і запропонувати подальше лікування при рецидиві БВ.

##### Аеробний вагініт

Спостереженню підлягають жінки з персистуючими або рецидивуючими симптомами.

##### Кандидоз

Повторне обстеження після лікування ГВВК, як правило, не потрібне. Спостереженню підлягають тільки жінки з персистуючими або рецидивуючими симптомами. Необхідно виключити інші діагнози, наприклад дерматит вульви.

##### Трихомоніаз

Через високий рівень повторного зараження серед жінок, яким проведено лікування, при трихомоніазі рекомендується повторне дослідження на *T. vaginalis* для всіх сексуально активних жінок не більше ніж через 3 місяці після початкового лікування незалежно від того, чи лікувався сексуальний партнер. Якщо повторне обстеження через 3 місяці неможливе, клініцисти мають проводити повторне обстеження кожного разу, коли пацієнтка наступного разу звертатиметься до лікаря; спостереження триває до 12 місяців після початкового лікування.

## ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Хвора 28-ми років скаржиться на водянисті виділення з піхви з неприємним «рибним» запахом. Мікроскопія виділень зі статевих шляхів виявила ключові клітини. Амінний тест позитивний. Ваш діагноз?

- A. Кандидоз
- B. Хламідіоз
- C. Гонорея
- D. Трихомоніаз
- E. Бактеріальний вагіноз\*

2. До лікаря-гінеколога звернулась мати з дівчинкою 6-ти років зі скаргами на наявність у донечки білей гнійного характеру, що подразнюють шкіру статевих органів та стегон. При огляді: зовнішні статеві органи гіперемійовані, набряклі. Виражена гіперемія присінка піхви та дівочої пливи. Виділення зі статевої щілини значні, слизисто-гнійні. Про яке захворювання можна думати?

- A. Цистит
- B. Цукровий діабет
- C. Дифтерія піхви
- D. Трихомонадний кольпіт
- E. Вульвовагініт\*

3. Хвора 25-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на значні пінисті виділення з вагіни з неприємним запахом, печіння та свербіння в області геніталій. Хворіє протягом тижня. Статеве життя поза шлюбом. При огляді слизова оболонка вагіни гіперемійована, при дотику кровоточить. У ділянці зовнішнього отвору уретри та в піхві визначаються білі пінистого характеру. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хламідіоз
- B. Гонорея
- C. Трихомонадний кольпіт\*
- D. Кандидомікоз вагіни
- E. Бактеріальний вагіноз

4. Діагностика бактеріального вагінозу базується на основі всіх перерахованих нижче ознаках, окрім:

- A. Наявності ключових клітин
- B. Підвищення рН піхвового вмісту
- C. Позитивного амінотесту виділень
- D. Наявності патогенних збудників\*
- E. Скарг на значні виділення з піхви з неприємним запахом

5. До лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка 25-ти років, у якої після випадкового статевого контакту з'явилися скарги на рясні білі, свербіж і печіння в ділянці зовнішніх статевих органів. При обстеженні в піхві виявлені рясні пінисті білі, гіперемія слизової оболонки піхви та піхвової частини шийки матки. Лікар запідозрив трихомоніаз. Який метод в умовах жіночої консультації є найпростішим для підтвердження діагнозу?

**A.** Дослідження під мікроскопом нативного мазка, пофарбованого за методом Романовського – Гімза\*

**B.** Культуральна діагностика

**C.** Полімеразна ланцюгова реакція

**D.** Реакція імунофлюоресценції

**E.** Імуноферментний аналіз

## ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

### 1. Обов'язкова:

1. Акушерство і гінекологія : у 2 книгах. Книга 2. Гінекологія : підручник / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський та ін. 3-тє видання. Київ : Медицина, 2020. 376 с.

2. Акушерство і гінекологія : у 2 книгах. Книга 1. Акушерство : підручник / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський та ін. 4-те видання. Київ : Медицина, 2020. 424 с.

3. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : національний підручник / Кол. авторів; за ред. акад. НАМН України В. М. Запорожана. Т. 3. Неоперативна гінекологія. Київ : Медицина, 2014. 928 с.

4. Акушерство : підручник / В. І. Пирогова, О. В. Булавенко, Ю. П. Вдовиченко, С. М. Геряк. Вінниця : «Нова Книга», 2021. 466 с.

5. Фізіологічне акушерство (змістовний модуль) : навч. посіб. для студентів медичних факультетів / [Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко та ін.]. Київ : «Чайка-Всесвіт», 2008. 95 с.

### 2. Додаткова література:

1. European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge (2018).

2. Клінічне акушерство та гінекологія : 4-те видання / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. Київ : Медицина, 2021. 464 с.

3. Гінекологія. 2-ге видання / Ліхачов В. К. Київ : Нова книга, 2021. 688с.

4. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах “Аномальні вагінальні виділення”», 2023.

5. Гінекологія : підручник для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства / О. В. Степанківська, М. О. Щербина. 4-те вид., випр. Київ : Медицина, 2018. 432 с.

6. Наказ МОЗ України від 18.05.2022 № 823 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги “Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою”».

### **3. Інформаційні ресурси**

1. [www.uzhnu.edu.ua](http://www.uzhnu.edu.ua) – Інформаційний пакет (ESTC).
2. <http://www.moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України.
3. <http://medstandart.net/byspec/9> – Стандарти надання медичної допомоги в Україні.