

УДК 618.1-07-039-06:618.15/.16-002:616.998.282

Н.Я. Ратушняк

Особливості розширеного гінекологічного обстеження в жінок із рецидивним вульвовагінальним кандидозом

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 2(171): 70-76; doi: 10.15574/HW.2024.171.70

For citation: Ratushniak NYa. (2024). Peculiarities of extended gynecological examination data in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(171): 70-76; doi: 10.15574/HW.2024.171.70.

Мета — визначити особливості розширеного гінекологічного обстеження в пацієнок із рецидивним вульвовагінальним кандидозом (РВВК): даних гінекологічного анамнезу, огляду, кольпоскопії, цитологічного та гістологічного дослідження для підвищення ефективності профілактики рецидивів у цих пацієнок.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження і клініко-статистичний аналіз гінекологічного анамнезу, огляду, кольпоскопії, цитологічного та гістологічного дослідження в пацієнок із РВВК. Основну групу (ОГ) становили 70 жінок репродуктивного віку із РВВК та 40 здорових жінок репродуктивного віку, які увійшли до контрольної групи (КГ).

Результати. Найчастішою скаргою були свербіж у піхві (у 32 (45,7%) жінок) і свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів (29 (41,4%) пацієнок); скарги на дизуричні розлади у 19 (27,1%) хворих стали приводом для звернення раніше, як правило, до лікаря-уролога; диспареунія відзначалася у 24 (34,3%) пацієнок. Ектопія шийки матки з ознаками екзоцервіциту та ендоцервіциту виявлялася у 20 (28,6%) жінок із РВВК; атипозна зона трансформації спостерігалася в 15 (21,4%) жінок та була представлена ацетобілим епітелієм із чіткими контурами в ділянці трансформації в 37 (52,8%) пацієнок. При цьому ацетобілий епітелій з пунктацією виявлявся у 19 (27,1%) пацієнок, ацетобілий епітелій з мозаїкою — у 12 (17,1%), одночасно з пунктацією і мозаїкою — у 6 (8,6%) пацієнок. У КГ ектопія без ознак екзо- та ендоцервіциту спостерігалася в 7 (17,5%) пацієнок. Привертає увагу досить високий відсоток дисплазії шийки матки (CIN) — у 37 (52,8%) із 70 жінок ОГ: із них CIN I — у 26 (37,1%) жінок, CIN II — у 9 (12,8%) пацієнок, CIN III — у 2 (2,9%) хворих.

Висновки. Суб'єктивно РВВК характеризувався стертою клінічною симптоматикою, водночас відзначалися виражені запальні зміни у нижніх відділах статевих шляхів із залученням до патологічного процесу шийки матки. У кожній третій пацієнтки виявлялися дизуричні розлади на тлі хронічних запальних захворювань органів малого таза, що є в анамнезі. У більшості пацієнок тривалий рецидивний перебіг захворювання супроводжувався порушенням психосоматичного стану, емоційною лабільністю.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: рецидивний вульвовагінальний кандидоз, гінекологічний огляд, гінекологічний анамнез, кольпоскопія, біопсія шийки матки, цитологічне та гістологічне дослідження.

Peculiarities of extended gynecological examination data in women with recurrent vulvovaginal candidiasis

N. Ya. Ratushniak

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

The aim of the study — to determine the features of extended gynecological examination in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis (RVVC): data from gynecological history, examination, colposcopy, cytological and histological examination to increase the effectiveness of prevention of recurrences in these patients.

Materials and methods. A prospective study and clinical-statistical analysis of gynecological history, examination, colposcopy, cytological and histological examination in patients with RVVC was carried out. The main group (MG) consisted of 70 women of reproductive age with RVVC and 40 healthy women of reproductive age, who made up the control group (CG).

Results. The most frequent complaint was itching in the vagina — in 32 (45.7%) and itching in the area of the external genitalia, which bothered 29 (41.4%) patients; complaints of dysuric disorders in 19 (27.1%) patients became the reason for an earlier visit, usually to a urologist; dyspareunia occurred in 24 (34.3%) patients. Cervical ectopy with signs of exocervicitis and endocervicitis was found in 20 (28.6%) patients with RVVC; an atypical transformation zone was noted in 15 (21.4%) and was represented by an acetowhite epithelium with clear contours in the transformation zone in 37 (52.8%) $p < 0.05$. At the same time, acetobillious epithelium with punctation was found in 19 (27.1%) patients, acetobillious epithelium with mosaic in 12 (17.1%), simultaneously with punctation and mosaic in 6 (8.6%) patients. In CG, ectopy without signs of exo- and endocervicitis was observed in 7 (17.5%) patients. A rather high percentage of CIN attracts attention — in 37 (52.8%) of 70 women of MG: of them, CIN I — in 26 (37.1%) women, CIN II — in 9 (12.8%) patients, CIN III — in 2 (2.9%) patients.

Conclusions. Subjectively, RVVC was characterized by mild clinical symptoms, at the same time marked inflammatory changes in the lower parts of the genital tract with involvement in the pathological process of the cervix. Every third patient had dysuric disorders against the background of chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, which are present in the anamnesis. In most patients, the long recurrent course of the disease was accompanied by psychosomatic disorders, emotional lability.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: recurrent vulvovaginal candidiasis, gynecological examination, gynecological history, colposcopy, biopsy of the cervix, cytological and histological examination.

Клінічна картина вульвовагінально-го кандидозу (ВВК) різна і залежить від низки факторів, у тому числі від виду збудника [8,14,18,22]. У дослідженнях показано, що клінічно виражені епізоди ВВК у пацієток виявлені у 12,1% випадків. *Candida (C.) albicans* виділена у 80,2% пацієток, а гриби *C. Non-albicans* видів — у 19,8% жінок [8]. Найчастішими симптомами ВВК є свербіж (85,9%), вагінальні виділення (66,1%), вульвовагінальний дискомфорт (31,1%) і диспареунія (5,0%). Виявлено позитивну кореляцію між репродуктивним віком, вагітністю, цукровим діабетом, використанням контрацептивів і недавнім застосуванням антибіотиків із частотою виділення *C. albicans* та інших видів *Candida*. Показано, що такі симптоми, як дискомфорт у ділянці піхви, вульви та диспареунія значно корелюють із частотою виділення грибів видів *C. Non-albicans*. Загальна частота рецидивів становить 85%. Відзначено позитивну кореляцію рецидивів ВВК з інфекціями, що викликаються *C. Non-albicans* видами збудника [8,14,18,22].

Відомо, що *C. albicans* є збудником більшості випадків ВВК (близько 90% спостережень). Для цього збудника характерні спорадичні епізоди захворювання з різним ступенем вираженості клінічних проявів. Нерідко захворювання виникає в практично здорових жінок без будь-яких чітко визначених факторів, що схиляють до рецидивів [7,15,20].

У роботах низки авторів описано особливості перебігу вульвовагінітів, викликаних *C. glabrata*. Співвідношення між *C. albicans* та *C. glabrata* як збудників захворювання становить 10:1 у жінок дітородного віку та 3:1 — у жінок у постменопаузальному періоді [1,6,21]. Ці показники пояснюються стимулюючою дією естрогенів на ріст та адгезію *C. albicans* до клітин піхвового епітелію. У клінічній картині вульвовагінітів, викликаних *C. glabrata*, частіше відзначаються скарги на болючість під час статевих контактів, але значно рідше — на свербіж. Іншим видом, що часто виділяється *Non-albicans*, є *C. kefyr* (близько 5,0%). За даними вітчизняних авторів, у клінічній картині захворювання, викликаного цим збудником, переважають скарги на свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів, сирні виділення, слабко виражені гіперемія та набряклість слизової оболонки вульви і піхви [5].

Клінічна картина при рецидивному ВВК (РВВК) характеризується меншою поширені-

стю уражень, менш інтенсивною гіперемією та набряклістю; вагінальні виділення менш рясні або можуть бути відсутніми. На шкірі та слизових оболонках статевих органів переважають вторинні елементи у вигляді інфільтрації, ліхенізації та атрофії тканин. Крім того, процес може поширюватися і на перианальну ділянку, а також на внутрішню поверхню стегон. Як правило, симптоми захворювання стрімко розвиваються за тиждень до менструації та дещо стихають під час менструації [11,16,17,19,23].

Вивчення клінічних особливостей стану нижнього відділу статевих шляхів пацієток із РВВК є одним із наукових завдань наведеного дослідження.

Мета дослідження — визначити особливості розширеного гінекологічного обстеження в пацієток із РВВК: даних гінекологічного анамнезу, огляду, кольпоскопії, цитологічного та гістологічного дослідження для підвищення ефективності профілактики рецидивів у цих пацієток.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконано на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» протягом 2020–2023 рр.

Проведено проспективне дослідження та клініко-статистичний аналіз гінекологічного анамнезу, розширеного гінекологічного дослідження (огляд, кольпоскопія, цитологічне та гістологічне дослідження) у жінок із РВВК. Основну групу (ОГ) становили 70 жінок репродуктивного віку із РВВК. 40 здорових жінок репродуктивного віку склали контрольну групу (КГ).

Статистичний аналіз отриманих даних виконано за допомогою програмного забезпечення «SPSS Statistics». Категоріальні змінні визначено як абсолютне число випадків у групі та відповідну частоту у відсотках — абс. (%). Статистично значущими прийнято відмінності при $p < 0,05$ [12]. Результати графічно відображено за допомогою засобів програмного пакету «Microsoft Office».

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації, з дотриманням відповідних законодавчих норм і вимог щодо проведення клінічних/біомедичних досліджень. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної установи.

На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними огляду пацієнток досліджуваних груп виявлено, що у всіх 70 пацієнток ОГ відзначався жіночий тип статури з розвиненими вторинними статевими ознаками. Індекс маси тіла відповідав нормі у 47 (67,1%) осіб, надлишок маси тіла спостерігався у 15 (21,4%) хворих, дефіцит маси тіла — у 8 (11,4%) пацієнток. Ожиріння характеризувалося переважно рівномірним розподілом підшкірно-жирової клітковини по всьому тілу, у 3 (4,3%) хворих — із величезним переважанням підшкірно-жирової клітковини у сфері живота і стегон. У пацієнток КГ надлишкова маса тіла виявлялася в 5 (12,5%) жінок.

За результатами огляду шийки матки в дзеркалах у 6 (8,6%) пацієнток ОГ виявлялася гіпертрофія та незначна її деформація унаслідок пологового травматизму та за рахунок утворення на поверхні шийки матки великих ретенційних кіст. В інших 64 (91,4%) жінок шийка матки була циліндричної форми та нормальної величини. За результатами бімануального дослідження у 66 (94,3%) пацієнток тіло матки мало нормальні розміри, у 4 (5,7%) жінок воно було збільшене за рахунок лейоміоми або аденоміозу. У 43 (61,4%) пацієнток діагностувалася різноманітна патологія шийки матки. У 62 (88,6%) пацієнток будь-які особливості з боку придатків матки не виявлялися, тобто розміри, консистенція були в межах норми, при пальпації ділянка придатків була безболісна. Залишкові явища перенесеного раніше запалення придатків матки у вигляді спайкових змін відзначалися у 8 (11,4%) пацієнток.

Пацієнтки ОГ мали певні клінічні прояви вульвовагінального кандидозу (таблиці 1 та 2).

Незважаючи на те, що провідною ознакою ВВК є рясні або помірні виділення зі статевих шляхів (часто сирні або молочні), з подібними скаргами звернулися лише 29 (41,4%) па-

цієнток. Найчастішою скаргою були свербіж у піхві — у 32 (45,7%), а також свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів, які турбували 29 (41,4%) пацієнток. Скарги на дизуричні розлади у 19 (27,1%) хворих стали приводом для звернення раніше, як правило, до лікаря-уролога. Диспареунія виникала у 24 (34,3%) пацієнток (табл. 2).

За даними об'єктивного дослідження виявлялися зміни слизових, характерні для вульвовагініту: набряклість — у 27 (38,6%) випадків, гіперемія слизових піхви та вульви — у 47 (67,1%) випадків, іноді виразки та тріщини в ділянці зовнішніх статевих органів — у 17 (24,3%) випадків, мацерація статевих губ та аногенітальної зони — в 11 (15,7%) випадків.

Відзначалася досить висока частота — 51 (72,9%) різний психосоматичний розлад, що виявлялися конфліктами в сім'ї на тлі дратівливості, відсутності нормального сну, остраху інтимних відносин і венеричних захворювань, а також канцерофобії. Це, своєю чергою, призводило до того, що пацієнтки в ряді випадків зверталися до різних клінік і консультувалися в різних фахівців. Депресивні розлади в пацієнток ОГ із РВВК траплялися в 17 (24,3%) випадків.

Значна увага останніми роками приділяється ролі генітальних інфекцій у розвитку патології шийки матки [2,3,10]. Відомо, що піхва і шийка матки є єдиною анатомо-функціональною системою, тому патологія цих органів рідко буває ізольованою. У зв'язку з цим усім пацієнткам проводилося детальне дослідження шийки матки з включенням до його комплексу, зокрема, розширеної кольпоскопії для виявлення найбільш виражених ознак, пов'язаних із РВВК. Характер кольпоскопічних картин оцінювали відповідно до міжнародної класифікації (Ріо-де-Жанейро, 2011) [13].

Під час цього дослідження в пацієнток із РВВК спостерігалася така кольпоскопічна картина (табл. 3). У групі пацієнток із РВВК у 70 (100,0%) випадках спостерігалася кольпоскопічна картина екзоцервіциту того чи ін-

Таблиця 1

Скарги пацієнток основної групи (n=70)

Скарга	Абс.	%
Виділення	30	42,9
Сверблячка, печіння в піхві	32	45,7
Дизурія	19	27,1
Диспареунія	24	34,3
Сверблячка в ділянці зовнішніх статевих органів	29	41,4
Запах зі статевих шляхів	17	24,3

Таблиця 2

Клінічні прояви вульвовагінального кандидозу в пацієток основної групи (n=70)

Клінічні прояви		Абс.	%
Виділення	рясні	13	18,6
	помірні	16	22,8
	скудні	41	58,6
	рідкі	51	72,9
	густі	19	27,1
	слизові	26	37,1
	сирні	17	24,3
	молочні	24	34,3
	жовтуваті	6	8,6
	зеленуваті	–	–
	гнійні	2	2,9
	кров'яні	–	–
Патологічні прояви	екзоцервіцит	70	100,0
	вульвовагініт	70	100,0

шого ступеня вираженості, майже в половині пацієток ОГ діагностувався ендocerвіцит — 37 (52,8%) випадків. У КГ не виявлено ознак екзо- та ендocerвіциту.

Кольпоскопічна картина екзоцервіциту характеризувалася підвищеною кількістю виділень, гіперемією, набряклістю слизової оболонки. Відзначалася дифузна запальна реакція з боку екзоцервіксу. Крім того, у частині пацієток виявлялися ділянки, що височіють над поверхнею шийки матки, представлені лімфатичними фолікулами. Після оброблення розчином Люголя поверхня слизової оболонки екзоцервіксу та піхви фарбувалася нерівномірно, з йоднегативними та йодпозитивними ділянками, які виникали внаслідок десквамації та злущування ділянок епітелію внаслідок розвитку запальної реакції. За поєднання екзоцервіциту з ендocerвіцитом відзначалася гіперемія, набряклість у ділянці зовнішнього отвору цервікального каналу, шийки матки, звідки виділявся каламутний слиз. Після видалення виділень ватним тампоном спостерігалися розпливчасті нечіткі точки, червоні плями внаслідок розширення капілярів та вогнищевої десквамації багатошарового плоского епітелію, які після оброблення розчином оцтової кислоти білили (рис. 1). Привертала увагу набряклість, легка травматичність при контакті, іноді — кровоточивість слизової оболонки піхви і шийки матки.

Таблиця 3

Дані розширеної кольпоскопії в обстежених пацієток

Дані кольпоскопії	ОГ (n=70)		КГ (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
Атипова зона трансформації	15	21,4	–	–
Нормальна зона трансформації	9	12,9*	37	92,5
Ацетобілий епітелій	37	52,9*	3	7,5
Ацетобілий епітелій та пунктуація	19	27,1	4	5,7
Ацетобілий епітелій та мозаїка	12	17,1	2	2,8
Ацетобілий епітелій, мозаїка, пунктуація	6	8,6	–	–
Екзоцервіцит	70	100,0	–	–
Ендocerвіцит	37	52,8	–	–
Кондиломи	9	12,8*	2	5,0
Ектопія циліндричного епітелію	20	28,6*	7	17,5
Ov. nabothi	17	24,3*	5	12,5
Поліпи цервікального каналу	7	10,0*	2	5,0
Ендометріоз шийки матки	2	2,9	–	–
Лейкоплакія шийки матки	11	15,7	1	2,5

Примітка: * — значущість відмінностей між ОГ та КГ $p < 0,05$.

Ектопія шийки матки з ознаками екзоцервіциту та ендocerвіциту виявлялася у 20 (28,6%) пацієток ОГ з РВВК; атипова зона трансформації відзначалася у 15 (21,4%) жінок та була представлена ацетобілим епітелієм із чіткими контурами в зоні трансформації в 37 (52,8%) пацієток, $p < 0,05$. При цьому ацетобілий епітелій з пунктуацією визначався у 19 (27,1%) пацієток, ацетобілий епітелій з мозаїкою — у 12 (17,1%) жінок, одночасно з пунктуацією і мозаїкою — у 6 (8,6%) хворих. Крім того, у значній кількості жінок із РВВК на тлі запального процесу шийки матки поєднувалися різні патологічні кольпоскопічні картини: найчастішими кольпоскопічними ознаками при РВВК були атипова зона трансформації з ацетобілим епітелієм, який виявлявся частіше в межах зони трансформації та в йоднегативних ділянках.

У КГ ектопія без ознак екзо- та ендocerвіциту спостерігалася в 7 (17,5%) пацієток.

Цитологічне дослідження проведено всім обстеженим пацієткам ОГ. У групі пацієток із РВВК, де ВВК перебігав у вигляді моноінфекції і кольпоскопічно виявлялися ознаки екзо- і/або ендocerвіциту, цитологічна картина хронічного цервіциту у 25 (35,7%) пацієток була представлена клітинами багатошарового плоского епітелію. Частина клітин була з вираженими дистрофічними змінами, відзначалося порушення ядерно-цитоплазматичного співвідношення в бік ядра (ядра великі, з розмитими

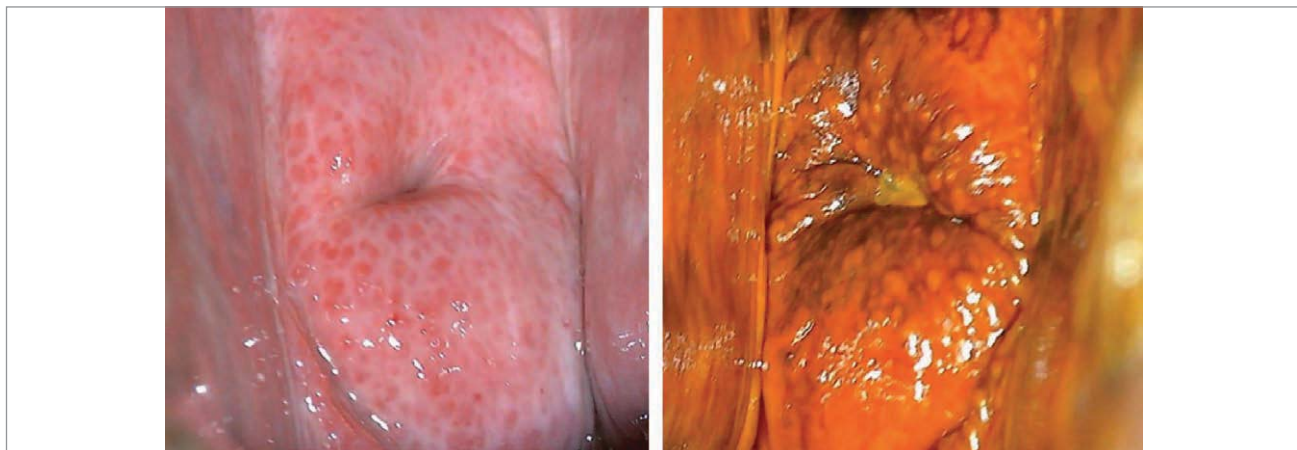


Рис. 1. Поєднання екзоцервіциту та ендочервіциту (розширена кольпоскопія з використанням оцтової проби та проби Шиллера) у жінок основної групи з рецидивним вульвовагінальним кандидозом

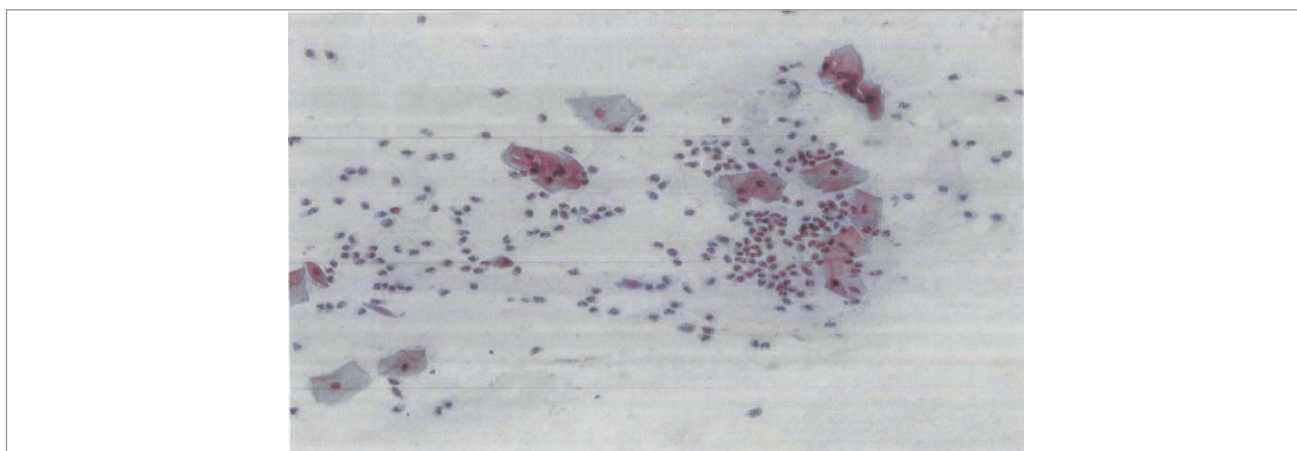


Рис. 2. Хронічний цервіцит (забарвлення гематоксилін-еозином, $\times 20$)

контурами, гіпохромні, цитоплазма слабо забарвлена, псевдодискаріоз), а також спостерігалися двоядерні клітини. У мазках у значній кількості зустрічалися нейтрофільні лейкоцити, лімфоцити, плазматичні клітини у вигляді осередкових скупчень, в окремих мазках клітини запалення покривали всі поля зору. Серед описаних вище клітин виявлялися макрофаги та гістіоцити. В окремих мазках візуалізувалися спори та міцелії гриба, які були наявні в агрегаціях клітин поверхневого та проміжного типів. Мазок був більш еозинофільним і клітини набували світлозalomлювальних властивостей. Слід зазначити, що дріжджі, які брунькуються, добре зберігаються і візуалізуються при цьому методі, а спори гриба мають тенденцію злипатися разом або лежати на поверхні клітини. Така цитологічна картина відповідала II класу Папаніколау (або ASCUS за класифікацією Бетесда).

За поєднання хронічного цервіциту з плоскоклітинною метаплазією в 11 (15,7%) пацієнток у мазках, крім описаних вище клітин, відзначалися комплекси клітин із незрілою та зрілою плоскоклітинною метаплазією. Для цих клітин ха-

рактерні такі цитологічні особливості: розміри клітин відповідають нижнім проміжним шарам, з досить великими нормохромними ядрами, розташованими часто ексцентрично, часто виділися цитоплазматичні відростки (рис. 2).

У разі поєднання хронічного цервіциту з гіпер-, паракератозом, акантозом і клінічною, а також кольпоскопічною картиною лейкоплакії шийки матки у 8 (11,4%) пацієнток у мазках, крім клітин багатошарового плоского епітелію поверхневого та проміжного типів, виявлялися клітини з дискератозом, представлені клітинами з великими або дрібними гіперхромними, часто пікнотичними ядрами та невеликим об'ємом еозинофільної цитоплазми. Візуалізувалися без'ядерні клітини та комплекси рогових лусочок.

За умови поєднання хронічного цервіциту з гіперплазією базальних і парабазальних шарів, у цитологічних мазках у 6 (8,6%) пацієнток репродуктивного віку візуалізувалося невелике число клітин базального та парабазального типу у вигляді комплексу дрібних клітин із відносно великими нормохромними ядрами з го-

могенним розподілом хроматину і невеликим об'ємом цитоплазми у вигляді вузького обідка (засвоємирозмірами базальні клітини дещо менші за парабазальні, але з більшими ядрами). Цитологічні критерії дисплазії, як відомо, ґрунтуються переважно на ступені виразності дискаріозу, тобто змін із боку ядра.

У випадках поєднання хронічного цервіциту з дисплазією шийки матки (CIN) I–II ст. в 11 (15,7%) пацієток у частині клітин багатошарового плоского епітелію поверхневого та проміжного типу відзначалися ознаки дискаріозу. Дискаріоз I ступеня характеризувався такими цитологічними ознаками: площа ядра становила понад 1/3, але менше половини площі цитоплазми, ядра ставали гіперхромними, відзначалася деяка глибинність хроматину та хвилястість контурів ядер. У цих мазках візуалізувалися койлоцити, зокрема двоядерні. При CIN II ст. (HSIL) на тлі ознак запалення в мазках виявлялися клітини з дискаріозом II ст., які характеризувалися такими цитологічними ознаками: площа ядра становила більше 1/2, але менше 2/3 цитоплазми, ядра ставали неправильної форми, гіперхромними, грубим хроматином, у ядрах виднілися дрібні ядерця, контури ядра були нерівними, візуалізувалися двоядерні або багатоядерні клітини. У контрольній групі цитограма відповідала класу Папаніколау (або нормі за класифікацією Бетесда) [4,9].

У цитологічних мазках за поєднання РВБК із бактеріальним вагінозом у 17 (24,3%) пацієток виявлялися всі ознаки запалення з наступними ядерними та цитоплазматичними особливостями: дегенеративними змінами у вигляді збільшення розміру та форми ядра, нерівності ядерної мембрани, концентрації хроматину по периферії ядерної мембрани та його фрагментації, каріопікнозу та каріолізису. До дегенеративних змін цитоплазми належали поліхромазія, псевдоеозинофілія, вакуолізація, перинуклеарні просвітлення (порожнечі), цитоліз і наявність у цитоплазмі зерен кератину. Поряд із дегенеративними змінами виявлялися регенеративні ознаки, до яких належали багатоядерність, гіпер- і поліхромазія, наявність ядерця, збільшення розміру клітини за рахунок збільшення співвідношення ядро/цитоплазма у бік ядра. Рідко візуалізувалися клітини у стані мітотичного розподілу. Крім ознак запалення, пов'язаних більше з регенерацією, у мазках виявлялися клітини зрілої та незрілої плоско-

клітинної метаплазії у вигляді невеликих комплексів. У цих клітинах іноді були дегенеративні зміни у вигляді вакуолізації цитоплазми та нормохромні або гіпохромні ядра.

Слід зазначити, що за поєднання РВБК із бактеріальним вагінозом дещо частіше виявлялася CIN різного ступеня тяжкості, у тому числі тяжка — у 2 (2,9%) пацієток ($p < 0,05$). У разі поєднання РВБК із бактеріальним вагінозом і CIN різного ступеня тяжкості в частині спостережень — у 6 (8,6%) пацієток, крім клітин із тяжким дискаріозом, візуалізувалися койлоцити та дискератоцити, що свідчить про папіломавірусну інфекцію, підтверджену методом полімеразної ланцюгової реакції. З них високо онкогенні типи виявлялися у 2 (2,9%) пацієток, низько онкогенні — у 4 (5,7%) жінок. За наявності дискаріозу тяжкого ступеня в мазках траплялася виражена лейкоцитарна та макрофагальна реакція. В одному випадку спостереження виявлявся мікроінвазивний рак шийки матки (РШМ), підтверджений гістологічно. При цьому відзначалися ділянки порушення цілісності базальної мембрани та проникнення атипичних клітин у товщу сполучної тканини на глибину не більше ніж 5 мм. РШМ поєднувався з плоскою кондиломою, яка визначалася на периферії ділянки РШМ. У мазках визначалися койлоцити та скупчення дискаріоцитів. Такий мазок був віднесений до IV класу Папаніколау (або HSIL за класифікацією Бетесда) [4,9].

Прицільна біопсія шийки матки зроблена відповідно до даних кольпоскопії у 43 (61,4%) пацієток із РВБК поза періодом загострення. У жінок КГ біопсія шийки матки не проводилася через відсутність показань. Після прицільної біопсії шийки матки та гістологічного дослідження матеріалу в 34 (48,6%) пацієток із РВБК візуалізувалися клітини багатошарового плоского та метапластичного епітелію, частково з дистрофічними змінами, у підепітеліальній стромі — вогнищева лімфоїдна інфільтрація, що відповідало морфологічному діагнозу хронічного цервіциту. В 11 (15,7%) пацієток виявлялася лейкоплакія шийки матки, яка характеризувалася гіпер- і паракератозом, з відшнурівкою акантотичних ділянок; у 7 (10,0%) пацієток діагностувалися залізисто-фіброзні поліпи; у 9 (12,8%) пацієток — плоскі кондиломи шийки матки.

Привертав увагу досить високий відсоток CIN — у 37 (52,8%) з 70 жінок ОГ: CIN I ст. —

у 26 (37,1%) жінок, CIN II ст. — у 9 (12,8%) пацієнток, CIN III ст. — у 2 (2,9%) пацієнток.

Висновки

Серед обстежених 70 пацієнток із РВВК переважну більшість становили жінки репродуктивного віку. Суб'єктивно РВВК характеризувався стертою клінічною симптоматикою, водночас відзначалися виражені запальні зміни у нижніх відділах статевих шляхів із залученням до патологічного процесу шийки матки. У кожній третій пацієнтки виявлялися дизуричні розлади на тлі хронічних запальних за-

хворювань органів малого таза, що є в анамнезі. У більшості пацієнток тривалий рецидивний перебіг захворювання супроводжувався порушенням психосоматичного стану та емоційною лабільністю.

Отримані дані гінекологічного анамнезу та огляду, кольпоскопії, цитологічного та гістологічного дослідження в пацієнток із РВВК можуть бути використані для розроблення, прогнозування та вдосконалення алгоритму профілактики рецидивів у цих пацієнток.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

- Bitew A, Abebaw Y. (2018). Vulvovaginal candidiasis: species distribution of Candida and their antifungal susceptibility pattern. BMC women's health. 18(1): 1–10.
- Brunham RC, Paavonen J. (2020). Reproductive system infections in women: lower genital tract syndromes. Pathogens and disease. 78(5): ftaa022.
- Castanheira CP, Sallas ML, Nunes RAL, Lorenzi NPC, Termini L. (2021). Microbiome and cervical cancer. Pathobiology. 88(2): 187–197.
- Davey DD. (2003). Cervical cytology classification and the Bethesda System. The Cancer Journal. 9(5): 327–334.
- Farhan MA, Moharram AM, Salah T, Shaaban OM. (2019). Types of yeasts that cause vulvovaginal candidiasis in chronic users of corticosteroids. Medical mycology. 57(6): 681–687.
- Faria-Gonçalves P, Rolo J, Gaspar C, Oliveira AS, Pestana PG, Palmeira-de-Oliveira R et al. (2020). Recurrent vulvovaginal Candida spp isolates phenotypically express less virulence traits. Microbial Pathogenesis. 148: 104471.
- Hammad NM, El Badawy NE, Nasr AM, Ghramh HA, Al Kady LM. (2018). Mannose-binding lectin gene polymorphism and its association with susceptibility to recurrent vulvovaginal candidiasis. BioMed research international. 2018: 7648152. doi: 10.1155/2018/7648152. PMID: 29850562; PMCID: PMC5904809.
- Kravchenko OV. (2021). Problemi pytannia diahnozyky ta likuvannya vulvovaginitiv zmishanoi bakterialno-kandydoznoi etiologii. Reproductive Endocrinology. (57): 43–46. [Кравченко ОВ. (2021). Проблемні питання діагностики та лікування вульвовагінітів змішаної бактеріально-кандидозної етіології. Репродуктивна ендокринологія. (57): 43–46].
- Kurman RJ, Malkasian JrGD, Sedlis A, Solomon D. (1991). From Papanicolaou to Bethesda: the rationale for a new cervical cytologic classification. Obstetrics & Gynecology. 77(5): 779–782.
- Li W, Liu Li, Luo Zz, Han Cy, Wu Qh et al. (2020) Associations of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis with abnormal cervical cytology: A cross-sectional survey with 9090 community women in China. PLOS ONE. 15(3): e0230712. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230712.
- Maraki S, Mavromanolaki VE, Stafylaki D, Nioti E, Hamilos G, Kasimati A. (2019). Epidemiology and antifungal susceptibility patterns of Candida isolates from Greek women with vulvovaginal candidiasis. Mycoses. 62(8): 692–697.
- Mintser AP. (2018). Statisticheskie metody issledovaniya v klinicheskoy meditsine. Prakticheskaya meditsina. 3: 41–45. [Минцер АП. (2018). Статистические методы исследования в клинической медицине. Практическая медицина. 3: 41–45].
- Quaas J, Reich O, Tirri BF, Küppers V. (2013). Explanation and use of the colposcopy terminology of the IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 73(09): 904–907.
- Romanenko TH, Staselovych Llu, Sulimenko OM. (2020). Ratsionalna terapiia kandydoznoho vulvovaginitu pid chas vahitnosti. Reproductive Endocrinology. 3(53): 105–108. [Романенко ТГ, Стаселович ЛЮ, Суліменко ОМ. (2020). Рациональна терапія кандидозного вульвовагініту під час вагітності. Репродуктивна ендокринологія. 3(53): 105–108].
- Rosati D, Bruno M, Jaeger M, Ten Oever J, Netea MG. (2020). Recurrent vulvovaginal candidiasis: an immunological perspective. Microorganisms. 8(2): 144.
- Russo R, Superti F, Karadja E, De Seta F. (2019). Randomised clinical trial in women with Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: Efficacy of probiotics and lactoferrin as maintenance treatment. Mycoses. 62(4): 328–335.
- Saxon GDGC, Edwards A, Rautemaa-Richardson R, Owen C, Nathan B, Palmer B et al. (2020). British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of vulvovaginal candidiasis (2019). International journal of STD & AIDS. 31(12): 1124–1144.
- Shcherba O, Lastovetska L, Shako V. (2019). Osoblyvosti klinichnoho perebihu khronichnoho kandydozno-herpetychnoho vulvovaginitu. Zbirnyk naukovykh prats Asotsiatsii akusheriv-hinekologiv Ukrainy. 2(44): 126–131. [Щербань О, Ластовецька Л, Шако В. (2019). Особливості клінічного перебігу хронічного кандидозно-герпетичного вульвовагініту. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 2(44): 126–131].
- Sherrard J, Wilson J, Donders G, Mendling W, Jensen JS. (2020). 2020 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. 29(13): 1258–1272.
- Sobel JD, Sobel R. (2018). Current treatment options for vulvovaginal candidiasis caused by azole-resistant Candida species. Expert opinion on pharmacotherapy. 19(9): 971–977.
- Swidsinski A, Guschin A, Tang Q, Dörffel Y, Strauel H, Tertychnyy A et al. (2019). Vulvovaginal candidiasis: histologic lesions are primarily polymicrobial and do not contain biofilms. American journal of obstetrics and gynecology. 220(1): 91–e1.
- Van Riel SJ, Lardenoije CM, Oudhuis GJ, Cremers NA. (2021). Treating (Recurrent) Vulvovaginal Candidiasis with Medical-Grade Honey — Concepts and Practical Considerations. Journal of Fungi. 7(8): 664.
- Wu X, Zhang S, Xu X, Shen L, Xu B, Qu W et al. (2019). RAFT-derived polymethacrylates as a superior treatment for recurrent vulvovaginal candidiasis by targeting biotic biofilms and persister cells. Frontiers in microbiology. 10: 2592.

Відомості про авторів:

Ратушняк Наталія Ярославівна — аспірант каф. акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0002-2692-0548>.

Стаття надійшла до редакції 06.01.2024 р.; прийнята до друку 25.03.2024 р.