

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ БІОЦЕНОЗУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМУ МАТКИ

М. Б. Запорожченко, Д. Ю. Парубіна, А. В. Сидоренко
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Вступ. Тип біоценозу піхви впливає на загальних стан організму жінки, перебіг основного гінекологічного захворювання та супутньої патології.

Мета: вдосконалення способу лікування порушень біоценозу статевих шляхів у жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 216 жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки. Ефективність традиційної та запропонованої терапії визначали за оцінкою стану (типу) біоценозу піхви, клінічних ознак, порівняння результатів з вихідними даними.

Результати і висновки. Після застосування алгоритму запропонованої терапії частота дисбіозу піхви зменшилась у 2,7 разів, вагініту — у 4,4 разів, ектопії шийки матки — у 1,4 разів, вторинної постгеморагічної анемії, гіперполіменореї — у 1,7 разів, тазового болю — у 1,6 разів, клінічно значущої кількості ($> 3 \lg$ на 10^5 клітин) ВПЛ — у 2,4 разів ($p < 0,05$). Аналіз результатів дослідження підтверджує ефективність запропонованого алгоритму терапії у 2,2 разів по відношенню до традиційного лікування.

Ключові слова: лейоміома матки, мікробіоценоз статевих шляхів, репродуктивний вік, спосіб лікування.

Вступ. Лейоміома матки є найбільш розповсюдженою доброякісною пухлиною в жінок репродуктивного віку, причому в останні роки з'явилася тенденція до «омолодження» даного захворювання. Інфекції генітального тракту визнано одними із тригерних чинників лейоміоми матки[1].

Важливе значення мають вид збудника, його вірулентність, шлях інфікування. Так, бактеріальна інфекція може сприяти надмірній активації вільнорадикального окислення, впливати на поразки клітинних мембран, порушувати процеси ділення, диференціювання клітин, трансформації, інактивації ферментів, що призводить до метаболічних розладів, порушень енергетики клітин, імунологічної реактивності організму, гормонального гомеостазу [3].

Умовно-патогенна мікрофлора, що входить до складу «нормального» біоценозу на тлі зниженого імунітету та резистентності організму, ендокринних порушень, кількісних співвідношень між окремими видами інфекційних чинників може сприяти виникненню інфекцій, що передаються статевим шляхом, сприяти хибному росту міоматозних вузлів, а отже, матки [2]. Висока частота інфекційних процесів піхви у хворих на лейоміому матки спонукає вчених шукати нові підходи до лікування цієї патології.

Мета дослідження: вдосконалення способу лікування порушень біоценозу статевих шляхів у жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до завдань роботи проспективно обстежено 216 (100%) хворих на лейоміому матки у віці від 25 до 40 років. Обстежувані були поділені на дві групи (група II А та група II Б) за клінічним перебігом лейоміоми матки. У групу II А увійшли 108 (50%) жінок із клінічно безсимптомним перебігом лейоміоми матки (D 25.1 інтрамуральна лейоміома; D 25.2 субсерозна лейоміома матки). Група II Б об'єднала 108 (50%) хворих на лейоміому матки з клінічно симптомним перебігом (D 25.0 підслизова лейоміома матки; D 25.1 інтрамуральна лейоміома; D 25.2 субсерозна лейоміома матки).

У групі II А видалення вузлів виконували під час консервативної міомектомії (15 випадків), у групі II Б — радикальне хірургічне лікування (15 випадків).

Жінки були розподілені на підгрупи в залежності від характеристики біоценозу піхви та терапії, яку одержували. Стандартну терапію призначали жінкам підгруп II А1 і II Б1 з лейоміомою матки по 54 в кожній. Запропоновану терапію призначали в підгрупах II А2 і II Б2 по 54 в кожній.

Обстеження проводили за загальноновизнаними алгоритмами, дотримуючись відповідних наказів МОЗ України. Проводили цитологічне (з ендocerвікса та екзоцервікса), бактеріологічне, бактеріоскопічне, ПЛР дослідження матеріалу із піхви, цервікального каналу. Обстеження виконували до початку курсу терапії та після закінчення лікування впродовж 3-х менструальних циклів/місяців.

У досліджуваному матеріалі оцінка та ідентифікація виділених мікроорганізмів базувалися на порівнянні морфологічних, культуральних, біохімічних властивостей. Для оцінки біоценозу піхви використовували класифікацію Е. Ф. Кіра, згідно з якою мікроскопічна характеристика біоценозу піхви оцінювалася за типом біоценозу: «нормоценоз», «проміжний» тип мазка, «дисбіоз» піхви, «запаль-

ний» тип мазка. Аналіз лабораторної діагностики брав до уваги всі морфологічні форми мікроорганізмів: мікроби, клітини піхвового епітелію, «ключові клітини», лейкоцити, фагоцити тощо.

Стан мікробіоценозу «нормоценоз» характеризувався домінуванням лактобактерій, відсутністю грамнегативної мікрофлори, спор, міцелію, псевдогіф, лейкоцитозу, наявністю поодиноких «чистих» епітеліальних клітин.

Стан мікробіоценозу «проміжний» тип визначався низькою або помірною кількістю лактобактерій, наявністю грампозитивних коків, грамнегативних паличок. У помірній кількості визначалися лейкоцити, моноцити, макрофаги, епітеліальні клітини.

Стан мікробіоценозу «дисбіоз» піхви проявлявся при бактеріальному вагінозі, де були повністю відсутні лактобактерії або їх незначна кількість. Визначалася масивна кількість поліморфних грамнегативних і грампозитивних паличок, кокова мікрофлора, ключові клітини, полімікробна картина мазка.

Стан мікробіоценозу «запальний» тип мазка чи «вагініт» підтверджували великою кількістю лейкоцитів, макрофагів, епітеліальних клітин, виразним фагоцитозом, наявністю трихомонад, міцелію, псевдогіфів, спор тощо.

Ультразвукову діагностику органів малого таза виконували в I, II фазу менструального циклу за загальноновизнаними методиками трансабдомінальної, транс вагінальної ехографії. У CDI-режимі (кольорова доплерографія) вивчали показники кровотоку матки, міоматозних вузлів. Визначали кількість міоматозних вузлів, розташування вузла (субмукозні, субсерозні, інтрамуральні), локалізація вузлів (тіло, дно матки, шийка матки), їх розміри за максимальним діаметром у трьох взаємно перпендикулярних площинах у різні фази менструального циклу (фолікулярна, лютеїнова). Доплерометричним дослідженням кровотоку у маткових, аркуатних, яєчникових артеріях, у міометрії визначали наявність, інтенсивність внутрішньопухлинного та навколопухлинного кровотоку, васкуляризацію вузла (васкуляризовані, не васкуляризовані). Оцінювали максимальну швидкість судинного кровотоку, опір периферичного судинного русла, швидкість кровотоку (см/с), індекс резистентності (IP) за формулою $(C - D) / C$, де C — максимальна систолічна швидкість, D — кінцева діастолічна швидкість.

Проведено дослідження на наявність асоційованої інфекційної флори в тканинах міоматозних вузлів матки, видалених хірургічним шляхом. Інтраопераційно набирали матеріал із міоматозних вузлів для бактеріологічного дослідження. У видалених тканинах міоматоз-

них вузлів, у яких запалення було морфологічно підтверджено у вигляді альтерації, ексудації та наявності процесів проліферації тощо, проводили дослідження методом ПЛР та визначали ДНК *Mycoplasma genitalium*, ДНК *Chlamydia trachomatis*, ДНК *Cytomegalovirus*, ДНК *Virus Herpes Simplex I, II* тощо. Дослідження виконували в тканинах кожного вузла окремо та співставляли з результатами урогенітального матеріалу.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене дослідження показало, що стан біоценозу «нормоценоз» виявлено у 8 (3,7%) жінок: (група II А — 8(7,4%), у групі II Б хворих із «нормоценозом» не було). «Проміжний тип» біоценозу піхви діагностовано в 101 (46,8%) пацієнтки: 47 (43,5%) групи II А та 54 (50,0%) групи II Б. Дисбіоз піхви був характерним у 85 (39,4%) хворих: 46 (42,6%) групи II А та 39 (36,1%) групи II Б. Вагініт (запальний тип мазка) виявлено у 22 (10,2%) хворих на лейоміому матки: 7 (6,5%) у групі II А та 15 (13,9%) у групі II Б.

При бактеріологічному дослідженні в досліджуваному матеріалі із піхви жінок групи II А домінували *St. epidermidis* (40,7%), *Escherichia coli* (23,1%), *Enterobacter cl.* (23,1%), *Bacteroides spp.* (17,6%), *Mobiluncus* (14,8%) тощо. У піхвовому матеріалі жінок групи II Б домінували *St. epidermidis* (52,8%), *Candida albicans* (33,3%), *Escherichia coli* (26,9%), *Enterobacter cl.* (26,9%), *Enterococcus fec.* (25,0%), *Bacteroides spp.* (24, 1%).

Щодо міоматозних вузлів, виявлена мікрофлора переважно мала місце й у піхвовому вмісті, проте, у різних кількісних визначеннях — КУО/мл. За даними бактеріологічного дослідження, у тканинах міоматозних вузлів визначалася умовно-патогенна та патогенна флора в діагностичних титрах із частотою до 80,0% та лише в 20% був відсутній ріст мікроорганізмів.

При проведенні ПЛР в тканинах міоматозних вузлів при багатовузловій міомі матки діагностовано *Chlamydia trachomatis* у 65,0%, *Virus Herpes Simplex I, II* у 45,0%, *Mycoplasma genitalium* у 36,0%, *Cytomegalovirus* у 15,0% випадках тощо.

За результатами досліджень визначали інфекції в тканинах не у всіх вузлах (наприклад, із п'яти видалених лише у тканинах одного вузла були позитивними визначення). Наявність інфекцій у вузлах була за різних гістологічних типів пухлини (проліферативна, клітинна, проста тощо), тоді як подана флора була в низьких титрах або відсутня в матеріалі із піхви чи цервікального каналу. Отримані результати можуть вказувати на те, що інфекції в тканини міоматозних вузлів могли надходити інтраканалікулярним, гематогенним, лімфогенним

шляхом. Не виключено, що ці інфекції були в організмі жінки в активній формі в минулому.

Терапія порушення мікробіоценозу статевих органів у жінок, хворих на лейоміому матки, була комплексною, етапною. Враховували ступінь, тяжкість процесу, наявну патогенну флору в матеріалі з цервікального каналу, піхви, уретри, тканин міоматозних вузлів. Чітко дотримувалися нині діючих Наказів МОЗ України.

Запропонований алгоритм терапії порушень біоценозу піхви у жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки, полягав у: 1) диференційованому підході в залежності від ступеня чистоти піхви, стану біоценозу, етіологічного чинника, чутливості до етіотропних препаратів; 2) дотримуванні етапності лікування: I — нормалізації мікробного гомеостазу організму в цілому та резистентності слизової оболонки піхви шляхом застосування пробіотиків на основі живих лактобацил і біфідобактерій впродовж усього терміну комплексної терапії; II — етіотропній терапії жінці, статевому партнеру з п'ятої доби прийому пробіотиків; III — повторного курсу нормалізації мікробного гомеостазу організму в цілому та резистентності слизової оболонки піхви шляхом застосування пробіотиків через 3 місяці по закінченню курсу комплексної терапії та за показаннями.

Терапію починали після комплексного клініко-лабораторного обстеження. Ефективність проведеної терапії по відношенню до вихідного стану біоценозу піхви оцінювалась за мікроскопічною характеристикою біоценозу піхви (Кіра Є. Ф.), обстежуваних жінок репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки після проведеної терапії через 1, 3 місяців та один рік.

Ефективність запропонованої терапії через 1 місяць.

«Нормоценоз». Так як після проведеного традиційного лікування стан біоценозу піхви, який визначався як «нормоценоз» у даній групі хворих не був визначений, то ефективність запропонованої терапії оцінювалась за результатом відносно вихідного стану — 8 (3,7%). Частота «нормоценозу» збільшилася у 4,2 разів або на 12,0% ($p < 0,001$).

«Проміжний тип». Після лікування з застосуванням запропонованої терапії частота «проміжного» типу склала 78 (72,2%), що 1,1 разів або на 8,3% більше, ніж при традиційному лікуванні ($p > 0,05$).

Після лікування з застосуванням запропонованої терапії частота «дисбіозу» склала 11 (10,2%), що у 2,7 разів або на 17,6% менше, ніж при традиційному лікуванні ($p < 0,001$).

Частота вагітиту після запропонованої терапії склала 2 (1,9%), що у 4,4 разів або на 6,4% менше, ніж при традиційному лікуванні ($p < 0,05$) — різниця в показниках достовірна.

Отже, запропонована терапія через 1 місяць при «нормоценозі» була ефективнішою, ніж при традиційному лікуванні у 4,2 разів або на 12,0 % ($p < 0,001$), при «проміжному» типу — 1,1 разів або на 8,3 % ($p > 0,05$), при «дисбіозі» — у 2,7 разів або на 17,6 % ($p < 0,001$), при «вагініті» — у 4,4 разів або на 6,4 % ($p < 0,05$).

Ефективність запропонованої терапії через 3 місяці.

Через 3 місяці після проведеного лікування стан біоценозу піхви як «дисбіоз» та «вагініт» у жінок, хворих на лейоміому матки, був відсутній, що свідчить про 100 % ефективність як традиційної, так і запропонованої терапії.

Через 3 місяці після проведеного запропонованого лікування стан біоценозу піхви, який визначався як «нормоценоз», склав 79 (73,1 %) випадків, що у 2,1 разів або на 37,9 % більше, ніж при традиційній терапії.

У той же час «проміжний» тип біоценозу піхви був характерним для жінок, які отримували традиційну терапію: 70 (64,8 %), що було у 2,4 разів або на 37,9 % більше, ніж при запропонованій терапії.

Отже, запропонована терапія при «нормоценозі» була ефективнішою, ніж при традиційному лікуванні через 3 місяці у 2,1 разів або на 37,9 % ($p < 0,001$), а традиційна терапія при «проміжному» типі — у 2,4 разів або на 37,9 % ($p < 0,001$). При «дисбіозі» та «вагініті» ефективність як традиційної, так і запропонованої терапії була 100 %.

Ефективність запропонованої терапії за даними стану біоценозу піхви через 1 рік.

Дослідження стану біоценозу піхви у жінок, хворих на лейоміому матки, через 1 рік проведено з різних причин у 144 пацієток: 72 у групі II А та 72 — у групі II Б.

Групі хворих, які одержували традиційну терапію, через 1 рік відмічено зменшення «нормоценозу» у 6,3 разів або на 29,6 % по відношенню до результатів обстеження у терміні 3 місяці ($p < 0,05$). Частота «проміжного» типу суттєво не змінилася і склала 65,7 %. Ознаки «дисбіозу» та «вагініту» через 1 рік визначались у 16 (14,8 %) групи II А та у 5 (4,6 %) групи II Б — збільшилися у 4,5 разів та 14,5 разів відповідно.

У групі хворих, які одержували запропоновану терапію, через 1 рік відмічено зменшення «нормоценозу» у 1,8 разів або на 32,8 % та збільшення частоти «проміжного» типу у 2,2 разів або на 32,8 % по відношенню до терміну 3 місяці. Ознак «дисбіозу» та «вагініту» через 1 рік не визначалося.

Таким чином, через 1 рік запропонована терапія за даними біоценозу піхви була ефективнішою, ніж традиційна: при «нормоцено-

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

зі» — у 7,2 разів або на 34,7% ($p < 0,001$); при «проміжному» типі — 1,1 разів або на 5,6%; при «дисбіозі» — у 4,5 разів або на 77,8% ($p < 0,001$), при «вагініті» — у 14,5 разів або на 95,1% ($p < 0,001$). У середньому ефективність запропонованої терапії була у 6,8 разів або на 53,3% кращою, ніж при традиційному лікуванні ($p < 0,001$).

Для визначення ефективності виду терапії вивчена частота клінічних проявів лейоміоми матки в залежності від / після проведеного традиційного та запропонованого лікування.

Після проведеної традиційної терапії частота клінічних проявів лейоміоми матки характеризувалася певними змінами і залежала від типу мікробіоценозу піхви. Частота екзоцервіциту з ерозією шийки матки склала в середньому 21 (19,4%) випадків: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 11 (15,9%), при дисбіозі — 6 (20,0%), при вагініті — 4 (44,4%). Вторинна постгеморагічна анемія після традиційного лікування визначалась у 15 (13,9%) спостереженнях: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 7 (10,1%), при дисбіозі — 4 (13,3%), при вагініті — 4 (44,4%). Частота гіперполіменореї була в 20 (18,5%) хворих: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 11 (15,9%), при дисбіозі — 5 (16,7%), при вагініті — 4 (44,4%). Дискомфорт низу живота відмічали 46 (42,6%) пацієнок: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 25 (36,2%), при дисбіозі — 17 (56,7%), при вагініті — 4 (44,4%). Тазовий біль, тяжкість унизу живота діагностовано в 31 (28,7%) жінок: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 18 (26,1%), при дисбіозі — 10 (33,3%), при вагініті — 3 (33,3%). Радикалуалгічним синдромом страждали 33 (30,6%) пацієнок: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 21 (30,4%), при дисбіозі — 9 (30,0%), при вагініті — 3 (33,3%). Часте сечовипускання супроводжувало перебіг хвороби в 31 (28,7%) випадках: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 20 (29,0%), при дисбіозі — 8 (26,7%), при вагініті — 3 (33,3%) відповідно.

Після проведеної запропонованої терапії частота екзоцервіциту з ерозією шийки матки склала в середньому 15 (13,9%) випадків: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 9 (13,0%), при дисбіозі — 3 (10,0%), при вагініті — 3 (33,3%). Вторинна постгеморагічна анемія визначалась у 9 (8,3%) спостереженнях: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — у 5 (7,2%), при дисбіозі — 2 (6,7%), при вагініті — 2 (22,2%). Частота гіперполіменореї була у 12 (11,1%) хворих: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 7 (10,1%), при дисбіозі — 3 (10,0%), при вагініті — 2 (22,2%). Дискомфорт унизу живота відмічали 28 (25,9%) пацієнок: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 15 (21,7%), при дисбіозі — 11 (36,7%), при ва-

гініті — 2 (22,2%). Тазовий біль, тяжкість унизу живота діагностовано у 19 (17,6%) жінок: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 11 (15,9%), при дисбіозі — 7 (23,3%), при вагініті — 1 (11,1%). Радикалалгічним синдромом страждали 17 (15,7%) пацієнток: при проміжному типі мікробіоценозу піхви — 13 (18,8%), при дисбіозі — 3 (10,0%), при вагініті — 1 (11,1%). Часте сечовипускання супроводжувало перебіг хвороби у 19 (17,6%) випадках: при «проміжному» типі мікробіоценозу піхви — 14 (20,3%), при дисбіозі — 4 (13,3%), при вагініті — 1 (11,1%) відповідно. Отримані дані характеризують клінічний перебіг лейоміоми матки в залежності від стану біоценозу піхви та виду лікування.

Проведене стандартне лікування дозволило знизити частоту клінічно значущої кількості ($> 3 \lg$ на 10^5 клітин) вірусу папіломи людини (ВПЛ) у групі II А 1 у 1,2 разів або на 9,3%, у групі II Б 1 — у 1,2 разів або на 12,9%. У той же час комплексне запропоноване лікування знизило клінічно значущу кількість ($> 3 \lg$ на 10^5 клітин) ВПЛ у групі IIA 2 у 2,8 разів або на 33,4%, у групі II Б2 — у 3,1 разів або на 46,3% ($p < 0,05$).

Частота клінічно значущої кількості ($> 3 \lg$ на 10^5 клітин) ВПЛ після стандартної терапії в жінок, хворих на лейоміому матки у середньому склала 53 (49,1%), після запропонованої — 22 (20,4%), що було у 2,4 разів або на 28,7% менше, що свідчить про її ефективність ($p < 0,05$).

Після застосування алгоритму запропонованої терапії частота дисбіозу піхви зменшилась у 2,7 разів, вагініту — у 4,4 разів, екзоцервіциту, ектопії шийки матки — у 1,4 разів, вторинна постгеморагічна анемія, гіперполіменорея — у 1,7 разів. Частота дискомфорту знизилась у 2,2 разів, тазового болю, тяжкості внизу живота, частого сечовипускання — у 1,6 разів, радикалалгічного синдрому — у 1,9 разів, клінічно значущої кількості ($> 3 \lg$ на 10^5 клітин) ВПЛ — у 2,4 разів ($p < 0,05$).

Таким чином, запропонована терапія підтверджує її ефективність у 2,2 рази по відношенню до традиційного лікування.

Висновки. Отже, стабілізація піхвового біоценозу представляє певну проблему в клінічній практиці, що полягає в наявності безпосередньо піхвових інфекцій хронічного, рецидивного перебігу, відсутності стійкого специфічного імунітету, вірулентності мікроорганізмів, резистентності макроорганізму, соматичного стану пацієнтки, дисгормональних порушень тощо.

Запропонований алгоритм ведення пацієнток репродуктивного віку, хворих на лейоміому матки з різним типом біоценозу піхви полягає у: 1) диференційованому підході в залежності від ступеня

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

чистоти піхви, стану біоценозу, етіологічного чинника, чутливості до етіотропних препаратів; 2) дотримуванні етапності лікування: I — нормалізації мікробного гомеостазу організму в цілому та резистентності слизової оболонки піхви шляхом застосування пробіотиків на основі живих лактобацил і біфідобактерій впродовж усього терміну комплексної терапії; II — етіотропній терапії жінці, статевому партнеру з п'ятої доби прийому пробіотиків; III — повторного курсу нормалізації мікробного гомеостазу організму в цілому та резистентності слизової оболонки піхви шляхом застосування пробіотиків через 3 місяці по закінченню курсу комплексної терапії та за показаннями.

Корекція порушень біоценозу уrogenітальних органів та підтримання мікробного гомеостазу організму сприяє запобіганню дії тригерних чинників як виникнення лейоміоми матки, так і переходу росту пухлини з простого типу у проліферативний та значно знижує частоту ускладнень лейоміоми матки. Запропонована терапія підтверджує її ефективність у 2,2 разів по відношенню до традиційного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тарабрина Е. П. Иммунологические аспекты патофизиологических процессов у женщин с миомой матки на фоне уреapлазменной инфекции: автореф. дис. канд. мед. н.: 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Е. П. Тарабрина. — М., 2009. — 23 с.
2. Тихомиров А. Л. Современное органосохраняющее лечение миомы матки / А. Л. Тихомиров // Consilium medicum. — 2008. -№ 10(6). — С. 19–23.
3. Шендеров Б. А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том I: Микрофлора человека и животных и ее функции. — М.: Издательство ГР-ФНТЪ, 1998. — 288 с.

Способ лечения нарушений биоценоза половых путей у женщин репродуктивного возраста, больных лейомиомой матки

М. Б. Запорожченко, Д. Ю. Парубина, А. В. Сидоренко

**Одесский национальный медицинский университет,
г. Одесса**

Введение. Тип биоценоза влагалища влияет на общее состояние организма женщины, течение основного гинекологического заболевания и сопутствующей патологии.

Цель: совершенствование способа лечения нарушений биоценоза половых путей у женщин репродуктивного возраста, больных лейомиомой матки.

Материалы и методы исследования. Обследовано 216 женщин репродуктивного возраста, больных лейомиомой матки. Эф-

фективність традиційної і пропонуваної терапії оцінювали по стану (типам) біоценозу вагінали, клінічними ознаками, порівняння результатів з початковими даними.

Результати і висновки. Після застосування алгоритму запропонованої терапії частота дисбіозу вагінали зменшилася в 2,7 раз, вагініти — в 4,4 раз, ектопії шийки матки — в 1,4 раз, вторинної постгеморрагічної анемії, гіперполіменореї — в 1,7 раз, тазової болю — в 1,6 раз, клінічно значимого кількості (> 3 Іg на 10⁵ кліток) ВПЧ — в 2,4 раз (p<0,05). Аналіз результатів дослідження підтверджує ефективність запропонованого алгоритму терапії в 2,2 раз по відношенню до традиційного лікування.

Ключові слова: лейомиома матки, мікробіоценоз статевих шляхів, репродуктивний вік, спосіб лікування.

A method of treatment of impaired vaginal biocenosis in reproductive-aged women with uterine leiomyoma

M. B. Zaporozhchenko, D. Yu. Parubina, A. V. Sidorenko

Odesa National Medical University, Odesa

Introduction. Vaginal biocenosis type can affect the general condition of the woman`s body, the course of the underlying gynecological disease and concomitant pathology.

Aim. To improve the method of treatment of disorders of vaginal biocenosis in reproductive-aged women with uterine leiomyoma.

Materials and methods. Two hundred and sixteen reproductive-aged women with uterine leiomyoma were examined. The effectiveness of traditional and proposed therapy was evaluated by the state (types) of vaginal biocenosis, clinical signs, comparison of outcomes with baseline data.

Results and conclusions. After applying the proposed treatment, the frequency of vaginal dysbiosis decreased by 2.7 times, vaginitis — 4.4 times, cervical ectopia — 1.4 times, secondary post-hemorrhagic anaemia, hyperpolymenorrhoea — 1.7 times, pelvic pain — 1.6 times, and clinically significant quantity (>3 Іg 10⁵cells) of HPV — by 2.4 times (p<0.05). Analysis of the outcomes confirms the effectiveness of the proposed algorithm of therapy by 2.2 times as compared with the traditional treatment.

Key words: uterine leiomyoma, microbiocenosis of the genital tract, reproductive age, method of treatment.

Відомості про авторів:

Запорожченко Марина Борисівна — доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського націо-

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

нального медичного університету, завідувача відділенням гінекології Одеського обласного клінічного медичного центру. Адреса: м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1.

Парубіна Діана Юріївна — аспірант кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, лікар акушер-гінеколог Одеського обласного клінічного медичного центру. Адреса: м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1.

Сидоренко Алла Володимирівна — аспірант кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, лікар акушер-гінеколог Одеського обласного клінічного медичного центру. Адреса: м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1.