

ми швами волокна м'язів, що піднімають задній прохід.

Але оскільки єдиний вузол при швах за Шуте знаходиться на шкірі, при зіставленні країв шкіри рани можливе нещільне прилягання глибоких шарів в товщі промежини і, внаслідок цього, — утворення гематом.

Саме з цим доводиться зустрічатись практичному лікарю. У зв'язку з цим нами була запропонована модифікація шва за Шуте, суть якої полягає в тому, що при виконанні восьмиподібного шва вузол зав'язується на середині вісімки після прошивання глибоких шарів промежини. Шов закінчується тією ж ниткою з адаптацією країв шкіри рани (рис. 6 а, б, в).

Нами з 1992 по 2002 р. запропонованим методом було проведено зашивання епізіотомної рани у 163 жінок. У 98,2% із них рана загоїлась первинним натягом. Після ушивання первородящі вставали через 6 год, повторнородящі — через 3 години. Необхідності знімати шви не було. Із 163 проведених ушивань в жодному випадку не виникло гематом промежини чи піхви.

Висновок. Застосування модифікації восьмиподібного шва за Шуте при зашиванні перинеотомних та епізіотомних ран сприяє профілактиці гематом промежини та піхви, що дає підставу рекомендувати її для застосування у практичній охороні здоров'я.

Список літератури

1. Бодяжина В.И. Акушерство. — М.: Медицина, 1986. — 496 с.
2. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. — М.: Медгиз, 1974. — 454 с.
3. Соединение тканей в хирургии / Б.О. Мильков, Г.П. Шамрей, И.Ю. Полянский и др. — Черновцы: Ред.-изд. отдел полиграфиздата, 1992. — 112 с.
4. Петченко А.И. Акушерство. — К.: Здоровья, 1965. — 780 с.
5. Чернуха Е.А. Родовой блок. — М.: Триада-Х, 1999. — 532 с.

© О.М. Юзько, Л.В. Бегаль, М.І. Косевич, В.Є. Ринжук, Т.Г. Фармазей, 2002

Отримано 17.06.2002

УДК 618.15-009.611-085.28

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКА СИМБІТЕР В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ

О.В. КРАВЧЕНКО, Р.В. ГУЦУЛЯК, Д.С. ЯНКОВСЬКИЙ

Буковинська державна медична академія (ректор — проф. В.П. Пішак)

Резюме. С целью оценки эффективности применения отечественного мультипробиотика Симбистер в комплексном лечении бактериального вагиноза обследовано 38 женщин с установленным диагнозом. 21 из них получала по нашей методике наряду с традиционной терапией препарат Симбистер перорально и далее интравагинально. Контрольную группу составили 17 женщин, получавших только этиотропное лечение. Анализ данных показал, что применение Симбистера повышает эффективность лечения, улучшает функции желудочно-кишечного тракта, уменьшает число рецидивов, способствует более раннему выздоровлению. Это позволяет рекомендовать применение Симбистера в комплексном лечении бактериального вагиноза.

Summary. For the purpose of evaluating the efficacy of using the homeproduced multiprobiotic Symbiter in a course of multimodality treatment of bacterial vaginosis the authors examined 38 women with verified diagnosis. 21 of them received, in accordance with our treatment regimen, the Symbiter medication per os and further intravaginally parallel with traditional therapy. The control group was made up of 17 women who underwent only etiotropic treatment. An analysis of the findings has shown that the use of Symbiter elevates the treatment efficacy, improves the number of relapses, contributes to earlier recovery. It enables to recommend Symbiter in multimodality treatment of bacterial vaginosis.

ВСТУП. За останні роки в структурі запальних захворювань жіночих статевих органів дедалі вагомніше місце посідає патологія, в основі якої лежать зміни в складі мікрофлори окремих біотопів. До неї, в першу чергу, слід віднести бактеріальний вагіноз.

За даними окремих авторів частота бактеріального вагінозу (БВ) складає 10-35%. В структурі запальних захворювань піхви БВ досягає 50-60% [1, 2]. Значно поширена ця патологія

як серед вагітних жінок [1], так і серед дівчат-підлітків [3]. Важливість даної проблеми зумовлена також появою частих рецидивів після проведеної терапії [3].

Вагінальні дисбактеріози в більшості випадків (за винятком місцевої дії дисбіотичними чинниками) розглядаються як наслідок дисбіотичних розладів травної системи. Багатьма дослідниками встановлена висока частота міграцій при дисбактеріозах кишечника фекальної фло-

ри в інші органи, в тому числі й в сечостатеву систему [4]. Підтвердженням цього є виявлення при вагінальних дисбіозах у високих концентраціях кишкових мікроорганізмів, особливо їх анаеробних різновидностей (*Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Clostridium*, *Eubacterium*, *Veillonella* та ін.), кількість клітин яких перевищує норму в 100-1000 разів.

Відомо, що при бактеріальних вагінозах різко зростає концентрація бактеріальних клітин в піхві (до 10^{10} - 10^{11} проти 10^7 - 10^9 КУО/мл серед здорових жінок). При цьому на тлі значного зниження кількості лактобацил чи їх повної елімінації різко змінюється співвідношення між анаеробними та аеробними видами в бік зростання анаеробів. Якщо у здорових жінок це співвідношення складає 5:1-10:1, то при бактеріальному вагінозі — 100:1-1000:1 [4].

Незважаючи на те, що деякий час єдиним етіологічним фактором бактеріальних вагінозів вважали *Gardnerella vaginalis* та вібрионоподібні бактерії роду *Mobilincus*, які рідко зустрічаються у великих концентраціях серед здорових жінок, за останні роки встановлено участь в патогенезі даного захворювання широкого спектру інших бактерій, що мають кишкове походження. Вони мають здатність стимулювати ріст гарднерел [1, 2].

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 38 жінок репродуктивного віку з діагнозом бактеріального вагінозу.

При огляді 19 жінок скаржилися на значні виділення із статевих шляхів з неприємним запахом або без запаху, сірувато-зеленого кольору, гомогенні, тягучі, 5 жінок, крім виділень, вказували на свербіж та попикання вульви, у 4 жінок аналогічні виділення поєднувалися з дизуричними розладами (частим але не болючим сечовипусканням). Ще 10 осіб звернулися із скаргами на незначні прозорі гомогенні тягучі виділення, які з'явилися після лікування антибіотиками та протикаандидозними препаратами.

У 26 жінок перебіг хвороби мав гострий характер з вираженими скаргами, у 12 — торпідний. При мікроскопічному дослідженні виділень, взятих із уретри, цервікального каналу та слизової оболонки піхви, лейкоцитоз в мазках не перевищував 8-10 у 26 жінок, і лише у 9 він був вищим 20. У 17 жінок в мазках спостерігалася паличкова та кокова флора, з них у 3 виявлено трихомонади; у 12 — флора відсутня або спостерігалися поодинокі палички.

Діагностику бактеріального вагінозу проводили за клінічними даними на підставі скарг та характеру вагінального секрету, мікроскопії мазків, за наявністю "ключових" клітин (клітин піхвового епітелію при мікроскопії), позитивного амінового тесту та на підставі рН-метрії вагінальних виділень (5,0-6,5).

Результати досліджень та їх обговорення. Результати лікування оцінювали, порівнюючи ефективність терапії в групі жінок, які отримували традиційний курс (17 жінок першої, конт-

рольної групи) і комплексне лікування за нашою методикою (21 жінка другої, основної групи). Традиційна етіотропна терапія вагінальних дисбіозів передбачає основним своїм завданням ліквідацію надлишкових популяцій патогенних та умовнопатогенних мікроорганізмів. При цьому, залежно від виділеного етіологічного чинника захворювання використовується системне чи місцеве застосування антибактеріальних, антимікозних або антивірусних препаратів. Тому жінки першої групи отримували специфічну етіотропну антианаеробну терапію одним із препаратів: метронідазолом, кліоном або атріканом. До специфічної терапії додавали метрогіл для внутрішньовенних інфузій або послідовну комбінацію зазначених препаратів.

Як було встановлено, недоліком такого методу лікування є пригнічення облигатної лактофлори піхви, в першу чергу лактобацил та біфидобактерій, самостійне відновлення яких є проблематичним. Більше того, широке застосування етіотропної терапії з тиском на анаеробну бактеріальну флору часто супроводжується суперінфекціями, що зумовлені надлишковим ростом ентеробактерій, грибів та інших мікроорганізмів.

Враховуючи низку побічних ефектів при системному застосуванні антибактеріальних препаратів, а також неможливість застосування препаратів метронідазолу в ранні терміни вагітності, специфічну етіотропну антианаеробну терапію одним із препаратів (метронідазолом, кліоном або атріканом) отримували лише невагітні жінки другої (основної) групи, у котрих діагностовано трихомонадне запалення. До специфічної терапії додавали метрогіл для довенних інфузій або послідовну комбінацію вказаних препаратів, як і жінкам контрольної групи. З першого дня лікування бактеріального вагінозу хворим другої групи призначали вітчизняний мультипробіотик Симбітер (бакконцентрат) ентерально по одній дозі з останнім прийомом їжі протягом десяти днів. Одночасно проводили інтравагінальну терапію, що складалася з підготовки піхви та відновлення нормального мікробіоценозу. З цією метою проводили попередню санацію піхви протягом 7 днів 3% розчином молочної кислоти з експозицією 10-20 хвилин (50-100 мл розчину), після чого в піхву на ніч вводили вагінальний крем далацин або клотримазолові свічки. З метою профілактики надлишкового росту грибів роду *Candida* після семиденної місцевої антибактеріальної терапії застосовували протягом трьох днів один раз на добу місцево ністатин. Після проведення санації піхви для відновлення нормального мікробіоценозу піхвового біотопу ми застосовували бактеріальний препарат Симбітер (концентрація клітин 10^9 КУО в одній дозі) по одній дозі на тампоні в піхву на ніч (експозиція 6-8 годин). Курс лікування 10 днів.

Аналіз динаміки клінічної симптоматики в основній та контрольній групах показав, що в разі застосування Симбітеру в комплексному лікуванні бактеріальних вагінозів ефективність ліку-

вання переважала в 3,5 раза таку в контрольній групі (за клінічними та бактеріоскопічними даними). Разом з тим, в результаті проведеного лікування всі жінки основної групи вказали на поліпшення функції шлунково-кишкового тракту. У них були відсутні диспептичні розлади, запаморочення, головний біль, металевий присмак в роті, алергічні прояви, що непокоїло при пероральному застосуванні препаратів метронідазолу осіб контрольної групи. 92% жінок другої групи вказували на зникнення клінічних симптомів бактеріального вагінозу вже на другу-третю добу лікування пробіотиком, а при триразовому повторному бактеріоскопічному та бактеріологічному обстеженні у цій групі патогенної мікрофлори не виділено, в той час як клінічне одужання жінок першої групи мало місце не раніше постої-сьо-

мої доби (в 90% випадків). Кількість лейкоцитів при бактеріоскопії вагінального вмісту у 99% осіб основної групи не перевищувала 8, у всіх пролікованих із застосуванням пробіотика спостерігалася паличкова флора. Протягом 6 місяців при динамічному спостереженні рецидивів захворювання не відмічалось. У осіб же контрольної групи рецидивування захворювання мало місце в 56% випадків.

Таким чином, традиційні принципи терапії вагінальних інфекцій не усувають головної причини розвитку даного патологічного процесу — дисбіотичного порушення в біотопі, тому лікування бактеріального вагінозу повинно базуватися на комплексному підході, що передбачає поряд з етіотропним лікуванням відновлення нормального мікробіоценозу піхви та кишечника.

Список літератури

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 6. — С. 13-16.
2. Застосування препарату "Флемоксин Солютаб" для лікування юних вагітних з приводу бактеріального вагінозу / Т.М. Дьоміна, Е.Б. Яковлева, Н.Г. Філіпова, О.М. Пулипенко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. — 2000. — № 3. — С. 62-64.
3. Матиціна Л.О., Онипко А.М. Використання вакцини "Солкотриховак" у лікуванні рецидивуючих бактеріальних вагінозів у дівчат-підлітків // ПАГ. — 1999. — № 3. — С. 130-131.
4. Трушкіна С.С. Бактеріальний вагіноз і вагітність: мікробіологічні та клінічні аспекти // Там же. — № 6. — С. 101-104.
5. Priestly C.J., Kinghorn G.R. Bacterial vaginosis // Br. J. Clin. Pract. — 1996. — V. 50, № 6. — P. 331-334.