



pH у бік лужної реакції. Розвиток дисбіозу супроводжується пригніченням імунобіологічної реактивності організму, що особливо вагоме при вагітності, яка сама по собі є імунodefіцитним станом. Пильна увага до стану біоценозу вагітної обумовлена і тим, що формування бактеріальних спільнот відбувається у плода задовго до його народження. Першими мікроорганізмами, які заселяють ембріон, є бактерії-колоністи матері.

Метою дослідження було оцінити ефективність пробіотичної системи Флоріка у вагітних після лікування бактеріального вагінозу.

Нами обстежено 58 вагітних, які в II та III триместрі гестації отримували антибактеріальні засоби з приводу бактеріального вагінозу. Всім вагітним проводилось загальноклінічне обстеження, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження піхвового секрету одразу після закінчення антибактеріальної терапії, на 7 та 14 день спостереження. Рівень pH вагінального середовища визначався за допомогою системи «CareplanVpH». Всі пацієнтки отримували пробіотик Флоріка, який застосовували вагінально по 1-2 супозиторії на добу протягом 10 днів після використання антибактеріальних засобів. Оцінка ефективності препарату проводилася на 7-й та 14-й день відновлюючого лікування. Результати бактеріоскопії біотопу піхви після антибактеріальної терапії показали, що в мазку кількість лейкоцитів перевищувала 25-30 в п/з, лактобацили зустрічались поодинокі, переважаючою була кокова флора.

При бактеріологічному дослідженні було встановлено: лактобактерії в нормальних концентраціях у вагінальному секреті (10^7 - 10^9 КУО/мл) були відсутні. В кількості 10^2 - 10^3 КУО/мл зустрічались у 89,6% жінок, у 10,4% пацієнток колонії молочнокислих бактерій взагалі не були ідентифіковані. Після проведення відновлюючого лікування пробіотичною системою Флоріка молочнокислі бактерії виявлялись у наростаючому титрі (*Lactococcus* spp. на 7 добу пробіотикотерапії - 10^5 - 10^6 КУО/мл, на 14 добу спостереження - 10^7 - 10^9 КУО/мл). У цілому ефективність проведеного лікування становила 96,5%.

Таким чином, застосування пробіотичної системи Флоріка дозволяє вивести на якісно новий ефективний рівень профілактику та лікування дисбіотичних порушень у вагітних, що безумовно буде покращувати перинатальні наслідки та забезпечувати формування фізіологічного мікробіоценозу в біотопах новонародженого.

Никифор Л.В.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ЕНДОМЕТРІОМ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Згідно літературних даних частота рецидивів ендометріом яєчників впродовж 3-х років після оперативного лікування складає 21,5%, впродовж 5-ти років – 40-50% (*Guo, et al. Hum Reprod Update. 2009 Jul-Aug;15(4):441-61*). Це призводить до повторних оперативних втручань, наслідком яких є зниження оваріального резерву яєчників та подальше зниження репродуктивного потенціалу даного контингенту хворих.

Метою проведеного дослідження було вивчення ефективності післяопераційної медикаментозної терапії ендометріом щодо зменшення кількості рецидивів. Для цього був проведений ретроспективний аналіз випадків хірургічного лікування ендометріом.

Досліджувався подальший перебіг ендометріозу у пацієнток, яким оперативні втручання проводились від п'яти до трьох років до початку дослідження. Усі пацієнтки були прооперовані лапароскопічно зі збереженням яєчників. Середній вік жінок, включених до дослідження, складав $32 \pm 4,2$ роки. У третини хворих на момент оперативного лікування був встановлений діагноз непліддя. У 22 хворих (73,3%) окрім ендометріом були діагностовані ендометріодні гетеротопії інших локалізацій. Загалом, у 14 (46,7%) жінок був діагностований ендометріоз легкого ступеню за Acosta, у 12 (40%) – середнього, у 4 (13,3%) важкого ступеню. До основної групи (15 жінок) були включені пацієнтки, які з першого



циклу після операції отримували протирецидивну терапію препаратами прогестерону (діеногест або лінестренол) у безперервному режимі. Критерієм включення до основної групи була тривалість терапії не менше 4-х місяців. Загалом терапія тривала від 4-х до 16 місяців. У групі контролю (15 пацієток) протирецидивна терапія не призначалася у 8 випадках (53,3%), 7 пацієток (47,7%) отримували комбіновані оральні контрацептиви від трьох до шести циклів у контрацептивному режимі.

За результатами ретроспективного аналізу в інтервалі від 3-х до 5-ти років рецидиви ендометріом спостерігалися в основній групі у 2-х пацієток (13,3%). В обидвох випадках ендометріоми були до 3 сантиметрів та не потребували повторного оперативного лікування. У групі контролю кількість рецидивів була утричі більшою та склала 6 випадків (40%). На момент завершення дослідження трьом пацієткам були проведені повторні втручання, три інші отримували лікування препаратами прогестерону (2 випадки), КОК з діеногестом (1 випадок). Також була досліджена динаміка зниження рівня антимюллерова гормона (АМГ) впродовж 3-х років у жінок основної та контрольної груп. У жінок основної групи відбулося зниження на $8 \pm 1,3\%$, у жінок групи контролю зниження АМГ було більш суттєвим та складало $18 \pm 2,1\%$.

Отже проведене дослідження дозволяє стверджувати, що протирецидивна терапія препаратами прогестерону, яка призначається після видалення ендометріом яєчників дозволяє значно знизити кількість рецидивів, уникнути повторних оперативних втручань, зменшити динаміку втрачання оваріального резерву яєчників та покращити репродуктивні можливості пацієток, хворих на ендометріоз.

Рак Л.М.

РОЛЬ МІКРОБНОГО ФАКТОРА В ГЕНЕЗІ ВИНИКНЕННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) займають вагомe місце в структурі гінекологічної захворюваності серед жінок репродуктивного віку. Виникає питання доцільності більш детальної діагностики стану ендометрія в жінок із ГПЕ на етапі інфекційного пошуку. На нашу думку, з огляду на можливість різноманітності мікрофлори в різних відділах сечостатевого тракту, більш доцільним є забір зразків для інфекційного дослідження саме з порожнини матки.

Метою нашого дослідження було оцінити доцільність мікробіологічного дослідження біоптатів слизової оболонки матки в діагностиці гіперпластичних процесів ендометрія.

Для вирішення поставлених нами задач ми провели всебічне обстеження 94 жінок репродуктивного віку. Обстежені жінки були розділені на 2 групи: основна, до якої увійшли 50 пацієток із гіперпластичними процесами ендометрія, і контрольна група – 44 практично здорові жінки репродуктивного віку з незміненим ендометрієм.

Для оцінки мікробіоценозу ендометрія ми провели мікробіологічне дослідження гістеробіоптатів ендометрія. В умовах операційної на початку гістероскопії отримані біоптати ендометрія виводили через тубус операційного каналу гістероскопа і піддавали подальшому мікробіологічному дослідженню – визначали наявність патогенної та умовно-патогенної бактеріальної мікрофлори, у тому числі збудників сексуально-трансмисивних інфекцій (хламідії, трихомонади, гаднерели, мікоплазми, уреоплазми, вірусні агенти (вірус простого герпесу, тип II)). У 15 жінок контрольної групи мікробіологічному дослідженню піддавали аспірат ендометрія, отриманий під час аспіраційної біопсії.

Встановлено, що у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, порівняно із жінками зі здоровим ендометрієм, серед супутньої патології має місце достовірно вища частота зустрічання синехій ($18,0 \pm 0,69\%$ проти $3,4 \pm 3,39\%$), що вказує на роль запального