

НОВІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК В ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗИ**БОРИС О.М.¹, СУСЛІКОВА Л.В.¹, СУМЕНКО В.В.^{1,2}, КОЛОМЕЙЧУК В.М.³**¹Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології
УДІР НМАПО імені П.Л. Шупика,²Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини, м. Київ³Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

За спостереженнями дослідників, з кожним роком зростає кількість жінок старших вікових груп: близько 10% всієї жіночої популяції сьогодні становлять жінки пери- та постменопаузального віку. За прогнозами ВООЗ, до 2030 року на планеті кількість жінок старше 45 років досягне 1,5 млрд. Жінки цієї групи зберігають свою професійну і соціальну активність, тому проблема збереження і зміцнення здоров'я, поліпшення якості життя цієї категорії населення набуває планетарних масштабів. Менопауза є закономірним фізіологічним станом, проте гормональні порушення, які відбуваються в цей період, особливо різке зниження рівня естрогенів, вносять істотні зміни у якість життя і патогенез багатьох «вікових» захворювань жінок [8,19,24]. До середньо-часових симптомів клімактеричного синдрому відносять **урогенітальний синдром**, на тлі якого з'являються дискомфорт і болі в сечовому міхурі, свербіж і печіння в області зовнішніх статевих органів і піхви, виникає бактеріальний вагіноз (БВ), нетримання сечі, диспареунія тощо. При кольпоскопічному дослідженні визначаються виражені ознаки атрофії епітелію піхви та шийки матки: витончення епітелію, наявність субатрофічних судин, субепітеліальні крововиливи. Під час менопаузи під впливом дефіциту естрогенів епітелій піхви стає витончений, створюються несприятливі умови життєдіяльності лактобацил [5,8,14,9,24].

Бактеріальний вагіноз (БВ) є захворюванням, яке характеризується порушенням нормального мікробіоценозу піхви з досить високим рівнем облигатно-анаеробних бактерій та різким зниженням кількості, або навіть абсолютною відсутністю лактобацил. Дослідження останніх років показали, що порушення співвідношення кількісного рівня різноманітних видів мікроорганізмів та видового складу асоціацій мікробіотопів піхви призводять до виникнення запальних змін. Це свідчить про те, що бактеріальний вагіноз слід розглядати як дисбактеріоз піхви, в основі якого лежить порушення мікробіоценозу [5,15,17].

Особливістю БВ є висока поширеність: 20-35% в популяції, 15-40% серед вагітних, 60-65% серед жінок з патологічними виділеннями,

14-37% у жінок в пери- та постменопаузі. Для БВ притаманні тривалий перебіг, часте рецидування процесу. Клініко-епідеміологічне значення БВ полягає в тому, що при його наявності в 3,4-7 разів збільшується ризик запальних захворювань матки та додатків, також встановлений епідеміологічний зв'язок БВ із неопластичними процесами шийки матки. Нітрозаміни, продукти метаболізму облигатних анаеробів, є коферментами канцерогенезу і можуть бути однією з причин розвитку раку шийки матки [14,17,23,29].

Основним чинником БВ є різке зниження рівня молочнокислої мікрофлори, яка вважається найбільш важливим фактором стабільності мікрофлори піхви, на фоні колонізації піхви бактеріями виду *Gardnerella vaginalis*, які часто перебувають в асоціації з анаеробними бактеріями: *Mobiluncus*, *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, а також з бактеріями виду *Mycoplasma hominis*. Така мікробна асоціація підтримується специфічними катаболітами, які виробляються, з одного боку, *Gardnerella vaginalis*, з іншого – облигатно-анаеробними бактеріями [5,9,4,15,17,32,35].

Важливу роль у розумінні функціонування мікроекосистеми піхви заслуговують питання імунологічної резистентності, що забезпечується гуморальною та клітинною ланками імунної системи. Неспецифічний імунітет піхви формується імуноглобулінами А та G, що надходять у піхву з крові, або частково синтезуються вагінальною слизовою оболонкою. Імуноглобуліни А секретуються плазматичними клітинами, що розташовуються в субепітеліальному шарі маткових труб, ендо- та ектоцервіксу, матки і піхви [12]. Антитіла виконують кілька функцій: перешкоджають адгезії патогенних мікроорганізмів до стінок піхви, активують каскад системи комплементу, стимулюють процеси фагоцитозу. Важливу роль у системі імунної відповіді відіграють клітини Лангерганса, розташовані у парабазальному шарі піхвового епітелію, які є антигенпрезентуючими для Т-лімфоцитів. Клітинний імунітет забезпечується лімфоцитами та клітинами лімфоцитарно-фагоцитарного ряду. Важливою складовою імунологічної рівноваги піхви є лактоферин і трансферин, що відносяться до

сидерофілінів. Завдяки їх діяльності відбувається обмеження доступності заліза бактеріям. В свою чергу залізо, пов'язане з лактоферином, відіграє значну роль у генерації активних форм кисню лактобактеріями. В умовах сидеропенії мікроорганізми продукують сидерохроми, порушується метаболізм епітеліальних клітин, що призводить до дистрофічних процесів у слизовій піхви. При цьому відзначено, що вірулентність мікроорганізмів у значній мірі залежить від здатності сидерохромів конкурувати із сидерофілінами організму господаря за присутнє в тканинах і біологічних рідинах залізо. Саме із цим явищем пов'язаний той факт, що при БВ відбувається тридцятикратне підвищення вмісту трансферину у піхвовій рідині [14,17,21,33,35].

Біоценоз піхви безпосередньо залежить від естрогенового фону жінки. Нормальний рівень естрогенів в організмі забезпечує:

- необхідну концентрацію глікогену в епітелії слизової піхви;
- наявність достатньої кількості лактобацил, імуноглобулінів;
- кислу реакцію рН піхвового вмісту (3,8-4,5);
- підтримку високих концентрацій факторів самоочищення піхви [8,19,24].

В нормі в піхвовому вмісті переважають лактобактерії, кількість яких має бути не менше 10^7 - 10^9 КОЕ/мл і складає близько 90-97% всіх мікроорганізмів (рис. 1).

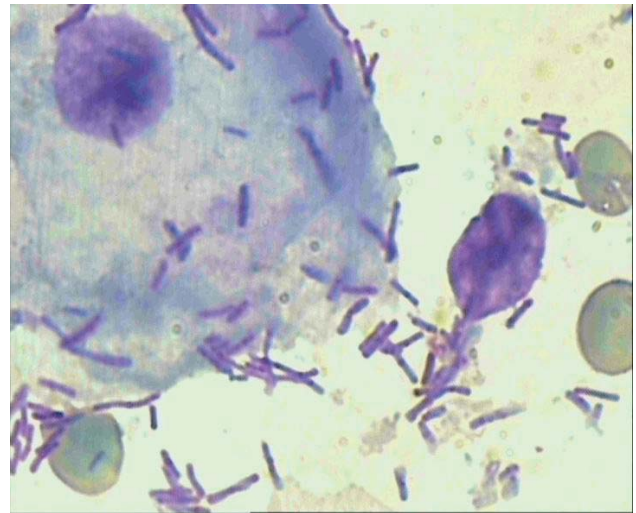


Рис 1. Цитограма з поверхні шийки матки. Наявність плоского епітелію, «голого» ядра та великої кількості лактобактерій. Фарбування за Папенгеймом. $\times 1000$.

Мікроорганізми, що входять до складу нормальної мікрофлори, знаходяться між собою в різноманітних взаємовідносинах (нейтралізма, конкуренції, мутуалізма, комменсалізма, синергізма, паразитизма, синтрофії та ін.). Зміна кількості того чи іншого мікроорганізму у відповідному біотопі або появою не властивих даному місцю існування бактерій, є сигналом до адаптивних або незворотних змін у відповідному ланцюжку мікроекологічної системи [14,15,17].

Таблиця 1

Токсономічний склад вагінального біоценозу здорових жінок

Варіант біоценозу	Кількість клітин в 1 мл секрету
Анаеробна мікрофлора	
Lactobacillus	10^8 - 10^9
Bifidobacterium	10^5 - 10^7
Propionibacterium	10^1 - 10^6
Eubacterium	Не більше 10^3
Clostridium	Не більше 10^3
Bacteroides	Не більше 10^3
Peptococcus	Не більше 10^3
Peptostreptococcus	10^3 - 10^4
Veillonella	Не більше 10^3
Mobiluncus	Не більше 10^3
Аеробна і факультативно-анаеробна мікрофлора	
Corynebacterium	Не більше 10^3
Staphylococcus	10^3 - 10^4
Streptococcus	10^4 - 10^5
Esherichia	10^3 - 10^4
Klebsiella	Не більше 10^3
Gardnerella	Не більше 10^6
Mycoplasma	Не більше 10^3

Склад і властивості вагінального біоценозу знаходяться в динамічній рівновазі зі станом організму жінки. Це в значній мірі пов'язано

з анатомічною будовою піхви; гістологічною структурою її оболонки; особливостями локального кровообігу, лімфообігу та інервації; біоло-

гічними та хімічними характеристиками секрету піхви, станом імунної та ендокринної системи, а також, з екзогенним впливом на жіночий організм. Нормальний склад вагінального біоценозу жінки репродуктивного віку наведений в таблиці 1. В основному він складається з молочнокислих бактерій (до 97% від загальної кількості мікроорганізмів). Частина всіх інших мікроорганізмів в нормі не повинна перевищувати 3-4% [14,15,31].

При БВ відбувається елімінація лактобацил, що супроводжується колонізацією піхви строгими анаеробами та *Gardnerella vaginalis*. Наслідком зменшення чи відсутності фізіологічних лактобацил є недостатня кількість молочної кислоти та підвищення рН середовища піхви. Нормальна мікрофлора піхви забезпечує колонізаційну резистентність (КР) генітального тракту, попереджуючи заселення піхви патогенними мікроорганізмами та унеможлиблює розмноження умовно-патогенних мікроорганізмів. Основним механізмом, який забезпечує колонізаційну резистентність вагінального біотопу, є здатність лактобактерій до кислотоутворення. Слід зазначити, що молочна кислота утворюється в процесі деструкції глікогену вагінального епітелію та визначає реакцію рН вагінального вмісту, яка в нормі складає 3,8-4,5, як було вже зазначено вище [14,15,17].

При цитологічному та бактеріоскопічному дослідженні у хворих на БВ визначаються характерні для активізації *Gardnerella vaginalis* морфологічні зміни: наявність в препаратах «ключових» клітин (кокобактерій, які адгезивно покривають епітелій, утворюючи «ключові» клітини, хоча в міжклітинному просторі їх немає або їх наявність обмежена), при цьому лейкоцити практично відсутні, або визначається їх невелика кількість (рис. 2).

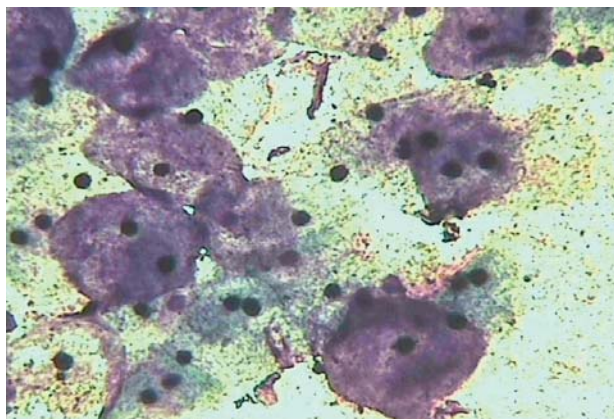


Рис. 2. Цитограма. Зміни, характерні для бактеріального вагінозу, спричиненого *Gardnerella vaginalis*. Наявність темних «ключових» клітин. Фарбування за Папенгеймом. × 400.

При змішаному БВ, крім «ключових» клітин, виявляють також бактеріодо- та мобілюнкус-

формні мікроорганізми, дрібні коки, бактерії, дифтероїдоподібні палички; а також спостерігається підвищення кількості лейкоцитів на фоні дистрофічно та дегенеративно зміненого епітелію (рис. 3).

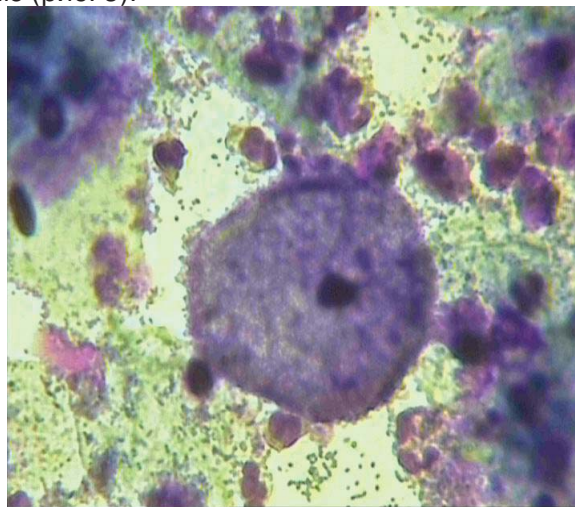


Рис.3. Цитограма. Зміни, характерні для змішаного бактеріального вагінозу. Наявність лейкоцитів, «ключової» клітини та змішаної мікрофлори. Фарбування за Папенгеймом. × 400.

До факторів розвитку БВ відносяться:

- порушення гормонального фону (дефіцит естрогенів, в тому числі на тлі природної та хірургічної менопаузи);
- стан після хіміотерапії, радіотерапії;
- використання гормональних контрацептивів, антибіотиків, довготривала гормональна терапія (гестагени, антагоністи гонадотропіну (GnRH), глюкокортикостероїди та ін.);
- порушення в системі місцевого імунітету;
- захворювання шлунково-кишкового тракту, що супроводжуються дисбактеріозом кишечника;
- часті нераціональні спринцювання;
- недотримання правил особистої гігієни і гігієни статевого життя;
- стрес;
- часта зміна статевих партнерів [14,17].

Найпоширенішими симптомами БВ, включаючи вагінальну атрофію, є: сухість (27-55%), печіння, свербіж (18-25%), дискомфорт та диспареунія (40-80%). Пацієнтки з БВ, як правило, пред'являють скарги на значні виділення із статевих шляхів (білі) білого чи сірого кольору, часто з неприємним запахом, особливо після статевого акту чи під час менструації. Ці симптоми можуть тривати роками. При прогресуючому процесі виділення набувають жовтувато-зеленуватого кольору, стають більш густими, трохи тягучими і липкими, рівномірно розподіляються по стінкам піхви, часто піняться. Кількість білей коливається від помірних до значних. Вста-

новлено, що при наявності тривало існуючих та значних виділеннях з піхви у пацієнок можливий розвиток психосоматичних порушень, у 1/3 з них знижується працездатність, порушуються статева та дитородна функції. Особливістю БВ є його здатність до рецидивування після проведеного лікування, що спостерігають в 50% випадків. Такі скарги, як свербіж, дизуричні розлади, диспареунія, зустрічаються рідше і можуть зовсім бути відсутніми чи з'являтися періодично [14,17,28,30,35].

Клінічний діагноз БВ встановлюють за критеріями Амселя*:

- білі гомогенні виділення, що покривають всю слизову піхви;
- рН > 4.5;
- «рибний» запах виділень;
- виявлення «ключових» клітин в мазках з піхви, забарвлених по Граму, або в нативному препараті.

* Діагноз може бути поставлений на підставі наявності не менше, ніж 3-х з 4-х зазначених критеріїв [28].

У пацієнтів з хронічними станами атрофічного вагініту спостерігається витончення епітеліального шару і зміна його кольору від рожевого до блідо-рожевого, спостерігаються множинні петехії, порушена гідратація і еластичність стінок піхви. У цих жінок відбувається зменшення вмісту глікогену в клітинах епітелію піхви, зниження секреції молочної кислоти лактобацилами провокує збільшення значень рН середовища [14,28].

Виділяють **два варіанти клінічного перебігу БВ**: безсимптомний та з клінічними проявами. При безсимптомному перебігу відсутні клінічні ознаки захворювання, поряд з позитивними лабораторними тестами. Другий варіант перебігу БВ (субкомпенсований та декомпенсований) характеризується тривалими (2-3 роки), значними, рідкими, молочного чи сірого кольору виділеннями, з запахом гнилої риби, що обумовлено утворенням летючих амінів (путресцина, кадаверина, триетиламіна); частим поєднанням з патологічними процесами шийки матки, рецидивуючим перебігом.

При **I ступені БВ** відмічається деяке підвищення вмісту анаеробної флори, наявність *Gardnerella vaginalis*, зниження кількості лактобактерій при відсутності клінічної симптоматики.

БВ II ступеню (субкомпенсованому) властива наявність помірно виражених клінічних проявів, значне кількісне зниження лактобактерій, зріст супутньої грамваріабельної поліморфної бактеріальної флори та виникнення в полі зору від 1 до 5 «ключових» клітин при відносно помірному лейкоцитозі (15-20 в полі зору).

БВ III ступеню (декомпенсований) супроводжується вираженим симптомокомплексом і

мікроскопічно характеризується повною відсутністю лактобактерій, значною кількістю «ключових» клітин, патогенними мікроорганізмами як в монокультурі, так і в різних морфо- та видових асоціаціях, які викликають розвиток вульвовагініту (табл. 2).

Таблиця 2

Розповсюдженість (%) найбільш частих форм вульвовагініту у жінок

Діагноз	Загальна популяція, %	Вагітні, %
Бактеріальний вагіноз	15-23	14-37
Кандидозний вульвовагініт	16-30	30-40
Трихомонадний вагініт	5-25	3-5

Профілактика, спрямована на зниження частоти рецидивів БВ, полягає в комплексному підході, який включає як загальні (підвищення імунітету, нормалізація гормонального балансу), так і місцеві заходи. Відомо, що переважна більшість засобів щоденної інтимної гігієни має лужну реакцію, що знижує здатність лактобацил до розмноження та підтримання рівня рН в межах 3,8-4,5. Тому для категорії пацієнок з рецидивами бактеріального вагінозу необхідний підбір щоденного гігієнічного засобу, який надасть можливість підтримувати рН в межах фізіологічної норми [1,10,11].

Лікування БВ направлено на відновлення нормальної екосистеми піхви, для чого необхідно: ліквідувати патогени (облігатно-анаеробний компонент мікрофлори піхви); відновити лактофлору; провести профілактику суперінфекції (росту інших потенційних збудників з групи умовно-патогенних мікроорганізмів) [9-11,20]. При БВ на тлі пери- та постменопаузи препаратами вибору є вагінальні свічки, до складу яких входить естроген [1,2,12,16,18,27]. Проте, для жінок, яким протипоказана замісна гормональна терапія, рекомендується призначення місцевих препаратів негормональної терапії, до складу яких входить гіалуронова кислота у вигляді гіалуронату натрію [16,27]. Саме таким є негормональний засіб для полегшення симптомів вагінальної атрофії HydroVag® (Молвагін™ в Україні), розроблений в Інституті біотехнологій, сироваток і вакцин Biomed SA. Молвагін™ застосовується інтравагінально та доповнює необхідні і відсутні у періодах пери- і постменопаузи речовини в організмі жінки, що мають високу біодоступність і виражену біологічну активність: гіалуронат натрію, глікоген і молочну кислоту [6,13,34].

Гіалуронова кислота і її солі в складі HydroVag® (далі – Молвагін™) знаходиться в високих дозах (10 мг) у вигляді гіалуронату натрію (2,06 × 10⁶ Да). Природна гіалуронова кислота має молекулярну масу від 5 000 до 20 000 000

Да і є невід'ємним компонентом позаклітинного матриксу багатьох тканин [3,4,7,22,25,26]. Основний біологічний ефект її полягає в зволоженні і підтримці цілісності клітин. Молекула гіалуронової кислоти, поліаніон за структурою, здатна зв'язувати і утримувати за рахунок водневих зв'язків 200-500 (за деякими джерелами – до 1000) молекул води. Завдяки цим властивостям, гіалуронат натрію має величезний, чітко маркований гідродинамічний потенціал з швидким клінічним ефектом зволоження. Висока молекулярна маса і виражені гігроскопічні властивості гіалуронової кислоти дають їй можливість утворювати моношар біоплівки на поверхні епітелію піхви для його стабільного захисту від втрати води і поліпшення гідратації тканини, а також перенесення іонів і поживних речовин. Також гіалуронат натрію оптимізує процес загоєння ранових поверхонь в піхві як після хірургічних втручань, так і після пологів [4,7,22,25]. Бібліографічні дані містять безліч доказів високого рівня надійності та клінічної ефективності інтравагінального введення гіалуронової кислоти в полегшенні симптомів атрофічних змін піхви. Результати проведеного лікування з використанням Молвагін™ свідчать про значне поліпшення якості сексуального життя у пацієнток. Сексуально активні жінки застосовують інтравагінально цей препарат для досягнення ефекту зволоження і регенеруючого впливу на вагінальний епітелій, а також прискорення загоєння різних мікротравм слизової оболонки піхви [4,22]. Більше 90% жінок з вагінальними атрофіями відзначали помітне поліпшення стану після місцевого застосування Молвагін™ [14]. Результати численних рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень щодо застосування Молвагін™ у пацієнток, які страждають симптомами БВ, свідчать про зменшення дискомфорту, нормалізації показників вагінального рН і цитоморфологічних показників стану піхвового епітелію у обстежуваних жінок; підтверджено сприятливий вплив на рівень гідратації і регенерації епітелію піхви. Жінки, які застосовують Молвагін™, відзначали зменшення таких скарг як свербіж (86%), печіння (85,3%) і диспареунія (57%) [16]. 70% жінок, що проходили хіміотерапію в якості ад'ювантної терапії при лікуванні раку молочної залози, відзначають зниження симптомів сухості піхви при місцевому лікуванні песаріями Молвагін™. У всіх пацієнтів після гістеректомії, які застосовували інтравагінально песарії Молвагін™, відзначалося поліпшення стану, порівняне з ефектом від інтравагінального введення свічки з вмістом естрадіолу. Молвагін™ має порівняльну ефективність з місцевими естрогенвмісними препаратами в полегшенні симптомів вагінальної атрофії [27].

Глікоген, який секретують зрілі епітеліальні клітини, є необхідним для розмноження мо-

лочно-кислих бактерій, його вміст в нормі в вагінальній рідині становить приблизно 15 г/л. Глікоген стимулює проліферацію епітеліальних клітин і сприяє зниженню рівня рН піхви, що є фактором захисту від бактеріальних і грибкових інфекцій. Наявність глікогену природного походження (fitoglikogen) в препараті Молвагін™ забезпечує субстрат для розмноження і нормального функціонування молочно-кислих бактерій, що призводить до зниження показників рН піхви [6,13,16,34].

Молочна кислота (лактат натрію) є незамінним компонентом для відновлення нормальних показників рН вагінального середовища, має в'язучу, коагулюючу, а також антибактеріальну, протигрибкову і антипротозойну дію. Лактат натрію є природним зволожуючим компонентом (натуральний зволожуючий фактор – NMF), отже, відбувається не тільки оптимізація показників рН піхви, але і її належна гідратація. Гіалуронат натрію і молочна кислота вступають в синергічну дію з глікогеном і чинять благотворний вплив на стан гідратації епітелію піхви.

Дослідження також демонструють сприятливий профіль переносимості Молвагін™: випробування сенсibiliзації інтравагінальних песаріїв здійснюється відповідно до PN-EN ISO 10993-10 і свідчить про відсутність побічних реакцій [6].

В ході наступного **клінічного дослідження з оцінки ефективності продукту HydroVag® (далі – Молвагін™) протягом 2014-2015 років** 179 акушерів-гінекологів з Польщі провели дослідження за участю 3 560 жінок у віці від 18 до 65 років, метою якого було вирішення проблеми БВ.

У дослідженні взяли участь: 28% пацієнток з атрофією піхви, викликану дефіцитом естрогенів на тлі менопаузи; 20% жінок із диспареунією; 18% жінок із сухістю піхви після пологів; 14% пацієнток з проблемою сухості піхви, викликані застосуванням гормональної контрацепції; 20% склали пацієнтки, які проводили місцеве лікування протизапальними засобами, антибіотиками та потребували відновлення і зволоження епітелію піхви.

Дослідження тривало 6 місяців. Всі жінки застосовували Молвагін™ мінімум 7 днів: у 30% застосовувався 7-денний курс лікування; у 64% застосовувався 30-денний курс; 6% жінок використовували продукт систематично протягом тривалого періоду часу.

Результати дослідження:

- 93,2% пацієнток відзначили помітне поліпшення загальної якості життя;
- 65,7% відзначили значне поліпшення якості сексуального життя;
- у 87% пацієнток лікарі гінекологи зафіксували зниження рН піхви;

- 96,1% жінок були дуже задоволені використанням продукту Молвагін™, а 94,3% задекларувало бажання використовувати його в майбутньому;
- лікарі констатували, що Молвагін™ є дуже ефективним продуктом для лікування сухості і атрофії піхви у пацієнок в період перименопаузи, зі скаргами на диспареунію, на тлі прийому гормональної контрацепції, після гінекологічних процедур, після відвідування басейну з хлорованою водою [34].

Також заслуговує уваги дослідження ефективності Молвагін™ у жінок 55-65 років в період менопаузи, проведені в 2013 році в трьох центрах: Варшава, Люблін і Катовіце: у дослідження були включені 50 жінок в постменопаузі, у віці 55-65 років, яким з метою лікування БВ був призначений Молвагін™ (HydroVag®). Критерії включення в дослідження були: вік 55-65 років, стан менопаузи, відсутність ознак інфекції піхви, відсутність гормональної терапії, відсутність системних захворювань (цукровий діабет та ін.), збереження сексуальної активності. Для остаточного аналізу було допущено 40 жінок, які відповідають критеріям включення в дослідження. У досліджуваній групі застосовувався препарат Молвагін™ (HydroVag®) відповідно до рекомендованої схеми: 1 песарій на ніч протягом 7 днів, а потім 1 песарій на ніч кожні 2-3 дні протягом 2 місяців.

Результати дослідження (за 5-точковою шкалою самооцінки: 1-5):

- 80% жінок відчували дискомфорт під час статевого акту; після застосування Молвагін™ у 73% опитаних жінок покращилася якість сексуального життя;
- регулярне застосування Молвагін™ (HydroVag®) відновлює фізіологічні значення рН піхви і захищає від приєднання інфекцій;
- Молвагін™ (HydroVag®) усуває відчуття сухості, печіння і подразнення інтимних зон, зменшує вираженість атрофічних змін вульви і піхви [34].

Отже, лікування БВ обов'язково повинно включати лікарські засоби з пробіотичною дією, перспективними у цьому напрямі є песарії Молвагін™ виробництва компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща), які містять: 10 мг гіалуронату натрію, глікоген, молочну кислоту та допоміжні речовини: натрію лактат та напівсинтетичні гліцериди. Песарії Молвагін™ розчиняються після введення їх у піхву та створюють плівку, яка вкриває слизову оболонку, що допомагає відновити природний стан вагінального епітелію. Гіалуронат натрію захищає та зволожує вагінальну слизову оболонку, сприяє заживленню тканин та їх регенерації. Молочна кислота допомагає підтримати природний рівень рН слизової оболонки (рН

4,5) для зменшення ризику інфікування. Глікоген створює захисний бар'єр та є джерелом поживних речовин для молочнокислих бактерій, які формують здорову вагінальну мікрофлору, захищаючи піхву від інфекцій та допомагаючи підтримати природний рівень рН.

Враховуючи все вищезазначене, **метою нашого дослідження** стала оцінка клінічної ефективності препарату Молвагін™, компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща) для лікування бактеріального вагінозу у жінок в перименопаузі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети в Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини, що є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, було обстежено 107 жінок в перименопаузі із бактеріальним вагінозом. Середній вік обстежених складав від 44 до 69 років.

Критерії включення в дослідження були: стан менопаузи, відсутність ознак інфекції піхви, відсутність гормональної терапії, відсутність системних захворювань (цукровий діабет, гормональні розлади тощо). Всі включені пацієнтки не були задіяні до інших дослідницьких проектів, а також не мали протипоказань щодо прийому препарату Молвагін™ і в подальшому, за протоколом, жодна із обстежених не була виключена з дослідження.

Всім включеним у дослідження було проведено комплексне обстеження, яке передбачало оцінку клінічного стану пацієнок за допомогою: збору анамнезу, скарг, зовнішнього обстеження і вагінального дослідження (огляду в дзеркалах; кольпоскопії, бактеріального посіву виділень, бактеріоскопічного, бактеріологічного та цитологічного дослідження вагінальних виділень), УЗД органів малого тазу.

Для цитологічного, бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження за загальноприйнятою методикою проводився забір виділень з поверхні шийки матки, цервікального каналу та піхви.

Після встановлення діагнозу «бактеріальний вагіноз» пацієнткам (n=107) з метою зволоження та регенерації вагінальної слизової оболонки, відновлення природного рівня рН призначалися песарії Молвагін™ (1 песарій інтравагінально на ніч протягом 7 днів), які містять: 10 мг гіалуронату натрію, глікоген, молочну кислоту та допоміжні речовини (натрію лактат, напівсинтетичні гліцериди).

Песарії Молвагін™ призначали інтравагінально: 1 песарій на ніч протягом 7 днів. Інші

препарати з антимікотичною, антимікробною та пробіотичною дією пацієнткам протягом дослідження не призначалися.

Контроль лікування проводили на 7 і 14 день після початку лікування: проводилася оцінка ефективності препарату, а оцінка безпечності включала реєстрацію і аналіз побічних ефектів.

Для статистичної обробки отриманих даних використовували програму Microsoft Excel. Достовірність динаміки показників під впливом лікування оцінювали по t-критерію Стьюдента для парних варіантів. Достовірними вважали їх відмінності при значеннях $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Досліджувані були подібні за віком, соматичним та гінекологічним анамнезом. Вік обстежених жінок коливався від 44 до 69 років.

До початку лікування пацієнтки скаржилися на: рясні виділення зі статевих шляхів білого або сірого кольору, часто з неприємним запахом у 100 % обстежуваних; свербіж статевих органів у 83 (77,57%) обстежуваних; болючість – у 96 (89,72%), печіння – у 77 (71,96%) жінок. Пацієнтки, які мали сексуальні стосунки ($n=79$), скаржилися на больові відчуття при статевому акті (диспареунію).

Клінічно перед лікуванням патологія проявлялася: виділеннями із статевих шляхів білого або сірого кольору, часто з неприємним запахом, у 97 пацієток (90,65%) при огляді зовнішніх статевих органів; появою запаху «гнилої риби» при проведенні амінотесту з вагінальними виділеннями (змішування в рівних частинах піхвових виділень із розчином гідроокису калію, в результаті чого спостерігається поява неприємного запаху, пов'язаного з виділенням летучих амінів – продуктів метаболізму облігатних анаеробів) у 68 жінок, що складає 63,55%. Мікроскопічно у виділеннях із заднього склепіння піхви в нативному препараті, приготованому за типом «розчавлена крапля», у всіх жінок виявлялися рухливі вібріони, а при фарбуванні взятих мазків за Папенгеймом з різним ступенем вираженості були характерні наступні закономірності: різке зниження або повна відсутність лактобактерій та полінуклеарних нейтрофілів, наявність великої кількості вагінальних епітеліоцитів, «ключових клітин», коків, розташованих ланцюжками, та псевдоміцелію. При кольпоскопічному дослідженні виявлено субклінічні прояви, характерні для запального процесу: виражений судинний малюнок, після нанесення розчину Люголя – картина дифузного кольпиту у всіх, що були задіяні у дослідженні.

В посівах визначали зріст наступних неспецифічних збудників: *S. albicans*, стрептококи групи D – у 54 (50,47%) хворих в кількості 10^3 - 10^8 КОЕ/мл; стрептококи групи B – у 50 (46,73%) в кількості 10^5 КОЕ/мл; епідермальний стафі-

локок – у 7 (0,65%) в кількості 10^5 і 10^3 КОЕ/мл; бактероїди – у 25 (23,36%) в кількості 10^3 - 10^4 КОЕ/мл; протей – у 7 (0,65%) в кількості 10^4 КОЕ/мл; кишкова паличка – у 23 хворих (21,5%) в кількості 10^5 КОЕ/мл.

Всім пацієнткам було проведено лікування препаратом Молвагін™, виробництва компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща): 1 песарій інтравагінально на ніч протягом 7 днів. Під час прийому призначеної терапії жінки, які брали участь у дослідженні, не пред'являли жодних скарг, пов'язаних з прийомом препарату.

Контрольний пакет обстежень здійснювався на 7 день та на 14 день після початку лікування. По закінченню лікування відмічалася позитивна тенденція до покращення суб'єктивного та об'єктивного станів досліджуваних як лікарем, так і пацієнтками.

На 7 день після лікування було встановлено, що зменшилися скарги на: виділення із статевих шляхів білого або сірого кольору, які супроводжувалися неприємним запахом у 84 жінок, що складає 78,5% (у решти вони стали незначними, без запаху); свербіж статевих органів перестав турбувати обстежуваних; болючість зникла у 98 (91,59%); печіння купувалося у всіх обстежуваних жінок; диспареунія зникла у 79 (100%) пацієток, які мали сексуальні стосунки. Жінки, які відмічали наявність залишкових явищ БВ (незначні виділення білого кольору без запаху) зазначили їх повну відсутність на 14 день безмедикаментозного періоду.

Клінічно при огляді зовнішніх статевих органів виділення із статевих шляхів білого або сірого кольору, часто з неприємним запахом та запахом «гнилої риби» при проведенні амінотесту, не виявлялися. Мікроскопічно у виділеннях із заднього склепіння піхви в нативному препараті, приготованому за типом «розчавлена крапля», у всіх жінок виявлялися палички Дедерлейна, а при фарбуванні взятих мазків за Папенгеймом були наявні «голі» ядра та велика кількість лактобактерій і полінуклеарних нейтрофілів. Слід також зазначити, що активні регресивні зміни епітелію, характерні для запального процесу, після лікування при кольпоскопічному дослідженні були відсутні.

При повторному лабораторному обстеженні після проведеного курсу лікування через 7 днів дріжджоподібні грибки у незначній кількості (5 на 10^2 КОЕ/мл) були виявлені у 15 (14,02%) з 107 жінок в пері- та постменопаузі, при цьому лише у 1 пацієнтки (0,09%) на 14 день в бакпосіві виділень були виявлені дріжджоподібні грибки у кількості 5 на 10^2 КОЕ/мл, що було розцінено як безсимптомне кандидоносійство. Росту неспецифічних збудників при повторних обстеженнях не виявлено ні на 7, ні на 14 день після початку лікування (табл. 3).

Результати терапії*

Показники	До лікування		Після лікування на 7 день		Після лікування на 14 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Скарги						
Виділення із статевих шляхів білого або сірого кольору	107±10,34	100±0	23±2,22	21,5±3,97	-	-
Свербіж статевих органів	83±8,02	77,57±4,03	-	-	-	-
Болючість	96±9,28	89,72±2,94	9±0,87	8,41±2,68	-	-
Печіння	77±7,44	71,96±4,34	-	-	-	-
Клінічна картина						
Виділення із статевих шляхів білого або сірого кольору	97±9,38	90,65±2,81	-	-	-	-
Запах «гнилої риби» при проведенні амінотесту	68±6,57	63,55±4,65	-	-	-	-
Лабораторно-кольпоскопічні показники						
Рухливі вібріони	107±10,34	100±0	-	-	-	-
Лактобактерії	5±0,48	4,67±2,04	107±10,34	100±0	107±10,34	100±0
Полінуклеарні нейтрофіли	9±0,87	8,41±2,68	107±10,34	100±0	107±10,34	100±0
Вагінальні епітеліоцити	102±9,86	95,33±2,04	-	-	-	-
«Ключові» клітини	105±10,15	98,13±1,31	-	-	-	-
Кокобацили	89±8,6	83,18±3,62	-	-	-	-
Псевдоміцелій	71±6,86	66,36±4,57	-	-	-	-
Картина дифузного кольпіту	107±10,34	100±0	-	-	-	-
Дріжджоподібні грибки	107±10,34	100±0	15±1,45	14,02±	1±0,1	0,09±
Стрептококи групи D	54±5,22	50,47±4,83	-	-	-	-
Стрептококи групи B	50±4,83	46,73±4,82	-	-	-	-
Епідермальний стафілокок	7±0,68	0,65±0,78	-	-	-	-
Бактероїди	25±2,42	23,36±4,09	-	-	-	-
Протей	7±0,68	0,65±0,78	-	-	-	-
Кишкова паличка	23±2,22	21,5±3,97	-	-	-	-

*Примітка: різниці значень показників контрольної та основної груп вірогідні (p < 0,05).

При цитологічному дослідженні епітелію шийки матки у всіх пацієнток до лікування виявили атрофічний кольпіт і цервіцит з вираженою і помірною атрофією (базальний, парабазальний тип, проміжних клітин мало) і наявністю великої кількості лейкоцитів, макрофагів, гістіоцитів, варіабельної кокової і бактеріальної мікрофлори (рис.4).

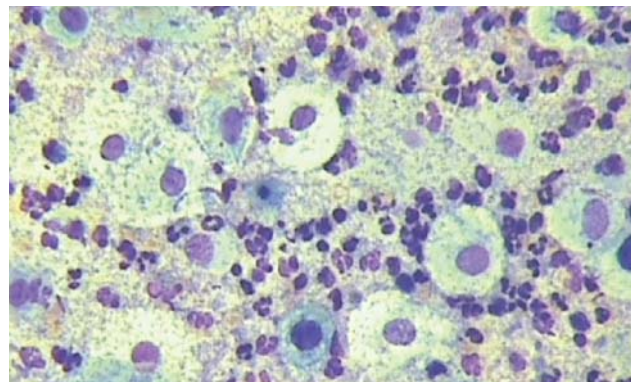


Рис. 4. Кольпоцитограма. Атрофічний кольпіт, клітини глибоких шарів, велика кількість лейкоцитів, варіабельна кокова і бактеріальна мікрофлора, дистрофія епітелію. Збарвлення за Паппенгеймом. × 300.

Після лікування кольпоскопічно визначався рівномірний багаточаровий плоский епітелій рожево-білого кольору, субатрофічні судини були відсутні, субепітеліальних крововиливів не виявлено. Критерієм видужання являлися відсутність лейкоцитів, псевдоміцелію та хламідоспор, а також, відновлення біоценозу піхви і наявність лактобактерій (рис. 5, 6).



Рис.5. Кольпоцитограма. Представлені базофільні клітини проміжного типу. Забарвлення за Папаніколау. × 400.

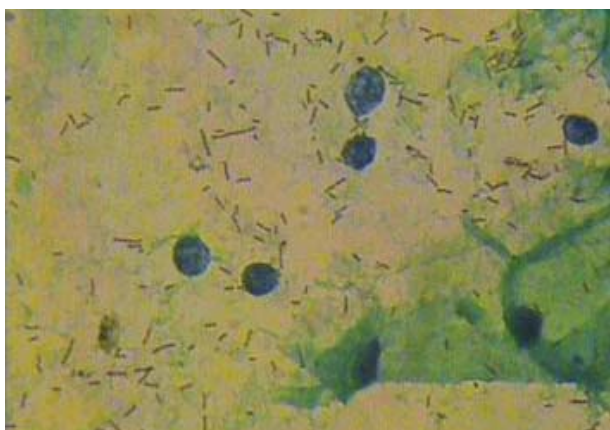


Рис 6. Цитограма. Відновлення вагінального біоценозу, наявність «голих» ядер та великої кількості лактобактерій після лікування. Фарбування за Папаніколау. × 1000.

Всі досліджувані (n=107) виявили високу комплаєнтність до препарату, побічних явищ протягом лікування не спостерігалось, всі пацієнтки свідчили про зручність прийому препарату Молвагін™, відчуття комфорту та підвищення якості життя. Всі пацієнтки, які мали сексуальні стосунки (n=79), свідчили про відсутність диспареунії після лікування.

З метою профілактики рецидиву БВ, а також в разі прийому в майбутньому антибактеріальних та/або гормональних препаратів, а також при відвідуванні басейну, пацієнткам була рекомендована **підтримуюча терапія**: 1 песарій інтравагінально ввечері перед сном кожні 2-3 дні (при необхідності до 30 днів, перерва 7 днів) в залежності від самопочуття.

ВИСНОВКИ

Отримані результати проведеного дослідження показали високу ефективність застосування препарату Молвагін™ виробництва компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща) у відновленні мікробіоценозу вагінального вмісту у жінок в пери- та постменопаузі: на 7 день після лікування зменшилися скарги на патологічні виділення із статевих шляхів у 78,5% пацієнток (у решти вони стали незначними, без запаху); свербіж статевих органів перестав турбувати всіх обстежуваних; болючість зникла у 91,59% жінок; печіння купувалось у всіх обстежуваних жінок, диспареунія зникла також у 100 % пацієнток, які мали сексуальні стосунки. Жінки, які відмічали наявність залишкових явищ БВ (незначні виділення білого кольору без запаху) через 7 днів, зазначили їх повну відсутність на 14 день після початку лікування.

Таким чином, можна зробити висновок, що препарат Молвагін™, компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща) має інноваційний склад, що містить інгредієнти із сприятливим синергічним впливом на нормалізацію біоценозу піхви: збільшення секреції атрофічного вагінального епітелію, стимуляції регенеративних процесів піхви (особливо в умовах естроген-дефіциту на тлі природної та хірургічної менопаузи), у випадках довготривалого використання гормональної терапії, променевої терапії і хіміотерапії, в післяпологовому періоді і післяопераційному веденні пацієнтів, для посилення ефектів комплексної протизапальної терапії, з метою відновлення і підтримки природного рН піхви після лікування антибіотиками (як місцевими, так і загального призначення). Всі досліджувані виявили високу комплаєнтність до препарату, відсутність побічних явищ, зручність та безпечність його прийому. Все вищезазначене дозволяє рекомендувати препарат Молвагін™ компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща) для профілактики та лікування бактеріального вагінозу у жінок в пери- та постменопаузі, а також у жінок різноманітного віку в широкій практиці акушерів-гінекологів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бадретдинова Ф.Ф., Ахматгалиева М.А., Минибаева С.А.* Реабилитационные мероприятия при бактериальном вагинозе // Вестник восстановительной медицины. – 2007. – № 2. – С. 62-64.
2. *Барановски Б., Дебски Р., Пашковски Т. и др.* Рекомендации Польского Общества Менопаузы и Андропаузы по использованию локальной гормональной терапии у женщин в период менопаузы: клинический обзор // Менопауз, 2011; 4: 263-6.
3. *Беккер Л., Бергфельд В., Бельсито Д. и др.* Заключительный отчет оценки безопасности

- гиалуронової кислоти, гиалуроната калія і гиалуроната натрія // *Int J Toxicol* 2009; 28 (Suppl 4): 5-67.
4. *Воинчет В., Вассер Р. и др.* Эффективность и безопасность гиалуронової кислоти в лечении острых ран // *Am J Clin Dermatol*, 2006; 7: 353-7.
 5. *Голота В.Я., Никонюк Т.Р., Бенюк В.А.* Проблема бактеріального вагіноза. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – №4. – 2005. – С.77-80.
 6. *Дебськи Р., Пасзкауськи Т., Петрінськи Т., Ськржупулек В.* Висновок експертів Польського Суспільства по менопаузі та андропаузі по використанню HydroVag® (Молвагін™) – виробу медичного призначення в лікуванні вагінальної атрофії // *Przegląd Menopauzalny* – 2/2013.
 7. *Джозвяк-Бибениста М., Новак Дж.* Гиалуронової кислота: характеристики і практичне застосування в медицині // *Farm Pol*, 2010; 66: 882-93.
 8. *Зайдієва Я.З.* Новые возможности лечения климактерических расстройств в постменопаузе // *Южно-Российский медицинский журнал*. – 2003. – № 2. – С. 64-69.
 9. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем // М.: Мед. лит. – 2004. – 272 с.
 10. *Камінський В.В., Борис О.М.* Відновлення мікрофлори піхви у пацієнок репродуктивного та постменопаузального віку після антимікробної терапії // Інформаційний лист МОЗ України – 2007. – 3 с.
 11. *Камінський В.В., Суханова А.А., Зеленська М.В.* Сучасні підходи до терапії бактеріальних вагінозів. // *Методичні рекомендації*. Київ, 2007. – 29 с.
 12. *Каштелу-Бранку С., Кансело М., Виллеро Дж. и др.* Лечение постменопаузальной атрофии влагалища и атрофического вагинита // *Maturitas*, 2005; 52; Suppl 1: S. 46-52.
 13. Клиническая оценка вагинальных пессариев, разработанных в рамках проекта VAG // «Фармакодинамика», Ягеллонский университет, Краков, 2011.
 14. *Кира Е.Ф.* Бактеріальний вагіноз // ООО «Нева-Люкс». – Санкт-Петербург. – 2001. – 364 с.
 15. *Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др.* Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. [Учебное пособие.] – М., 1999. – 79 с.
 16. *Костантино Д., Гаролди С.* Эффективность и безопасность вагинальных суппозитивов для лечения вагинальной атрофии у женщин в постменопаузе // *Eur Pharmacol Sci*, 2008; 12: 411-6.
 17. *Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н. и соавт.* Бактеріальний вагіноз. Пособие для врачей. – М., 2001. – 56 с.
 18. *Лауризен Ч., Граф Ф., Муха М.* Восстановление микробиоценоза влагалища с помощью комбинации лактобактерий и низкой дозы эстриола // *Репродуктивное здоровье женщины*, №2 (26). - 2006. - С. 140-142.
 19. *Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А.* Гинекологическая эндокринология: клинические лекции: руководство для врачей. 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 275 с.
 20. *Нагорная В.Ф.* Двухступенчатый подход к лечению вагинальных инфекций. // *Репродуктивное здоровье женщины*, №1(30). – 2007. – С.188-190.
 21. *Никоненко А.Г.* Слизистые оболочки - важный участок защитного барьера организма // *Здоров'я України*. – 2005. – № 5 (114). – С. 36-37.
 22. *Речбергер Т., Монист М.* Терапевтическое использование гиалуронової кислоти в гинекологии // 2005; 11-12: 22-5.
 23. *Прилепская В.Н.* Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. Прилепской В.Н. – М.: МЕДпресс, 2003. – 265 с.
 24. *Сметник В.П.* Руководство по климактерию. М: МИА, 2001г. – 368 с.
 25. *Томашевский Д.* Применение гиалуронової кислоти для восстановления поврежденных тканей влагалища, шейки матки и наружных половых органов – негормональное лечение урогинекологической атрофии // *Форум «Инфицирование»*, 2012; 3: 149-58.
 26. *Фрейзер Дж., Лоран Т.* Гиалуронової кислота: фармакодинамика и фармакокинетика // *J Intern Med*, 1997; 242: 27-33.
 27. *Экин М., Ясар Л., Саван К. и др.* Сравнение эффективности вагинальных препаратов, содержащих гиалуроновою кислоту с вагинальными препаратами, содержащими эстрадиол в лечении атрофического вагинита: рандомизированное контролируемое исследование // *Arch Gynecol Obstet*, 2011; 283: 539-43.
 28. *Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A., Chen K.S. et al.* Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations // *Am. J. Med.* - 2000, 74, 14-22.
 29. *Edwards L.* The diagnosis and treatment of infectious vaginitis // *Dermatol Ther.* - 2004; 17: 102-10.

30. *Eschenback D.A., Hiller S.L.* Diagnosis and clinical manifestation of bacterial vaginosis // *Am J Obstet Gynecol* 2002; 158: 819-28.
31. *McLean N.W., Rosenstein I.J.* Characterisation and selection of a *Lactobacillus* species to recolonise the vagina of women with recurrent bacterial vaginosis // *J. Med. Microbiol.* – 2000. – Vol. 49 (6). – P. 543-552.
32. *Mehta A., Talwalkar J., Shetty C.V. et al.* Microbial flora of the vagina // *Microecology and Therapy.* – 1995. – Vol. 23. – P. 1-7.
33. *Perdigon G, Alvarez S, Rachid M, et al.* Immune system stimulation by probiotics // *J Dairy Sci.* – 1995. – Vol. 78. – P. 606-1597.
34. *Skrzypulec-Plinta B., Olszanecka – Glinianowicz M., Chudyk U.* Показання для лікування препаратом HydroVag® і його ефективність при застосуванні у польських пацієнток, які отримували лікування в амбулаторних умовах // *PM Spec.* 4. – 2015.
35. *Spiegel CA.* Bacterial vaginosis // *Rev Med Microbiol.* 2002; 13: 43-51.

РЕЗЮМЕ

НОВІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК В ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗІ

*Борис О.М.¹, Суслікова Л.В.¹,
Суменко В.В.^{1,2}, Коломейчук В.М.³*

¹Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології
УДІР НМАПО імені П.Л. Шупика,

²Київський міський центр репродуктивної та перинатальної
медицини, м. Київ

³Київський медичний університет Української асоціації
народної медицини

В роботі наведені сучасні принципи забезпечення та збереження нормального біоценозу піхви у жінок в пери- та постменопаузі. Перспективним у цьому напрямку є препарат Молвагін™, виробництва компанії IBSS BIOMED S.A. (Польща), який містить гіалуронат натрію, глікоген та молочну кислоту. Песарії Молвагін™ зволожують та сприяють регенерації вагінальної слизової оболонки, підтримують природний рівень рН та захищають від несприятливих зовнішніх факторів, підтримуючи нормальний вагінальний біоценоз.

Мета дослідження – оцінка клінічної ефективності та безпечності препарату Молвагін™ для лікування бактеріального вагінозу у жінок в пери- та постменопаузі.

Матеріал та методи дослідження

В дослідженні проводилось обстеження та лікування 107 пацієнток в пери- та постменопаузі віком 44-69 років, які скаржилися на симптоми дисбіотичних порушень мікробіоценозу піхви. Після встановлення діагнозу «бактеріальний вагіноз» (БВ) пацієнткам (n=107) з метою зволоження та регенерації вагінальної слизової оболонки, відновлення природного

рівня рН призначалися песарії Молвагін™ (1 песарій інтравагінально на ніч протягом 7 діб). Контроль лікування проводили на 7 і 14 день після початку лікування: проводилася оцінка ефективності та безпечності препарату Молвагін™.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати показали високу ефективність препарату Молвагін™ у відновленні вагінального мікробіоценозу у жінок в пери- та постменопаузі: на 7 день після лікування зменшились скарги на патологічні виділення із статевих шляхів у 78,5 % жінок (у решти виділення стали незначними, без запаху); свербіж статевих органів перестав турбувати всіх обстежуваних; болючість зникла у 91,59 % пацієнток; печіння купувалось у всіх обстежуваних жінок; диспауреунія зникла у 100 % пацієнток, які мали сексуальні стосунки. Жінки, які відмічали наявність залишкових явищ БВ (незначні виділення білого кольору без запаху) через 7 днів, зазначили їх повну відсутність на 14 день після початку лікування.

Висновки. Всі досліджувані виявили високу комплаєнтність до препарату, відсутність побічних явищ, зручність та безпечність його прийому, що дозволяє рекомендувати песарії Молвагін™ для профілактики та лікування бактеріального вагінозу у жінок в пери- та постменопаузі, а також у жінок різноманітного віку.

Ключові слова: менопауза, мікробіоценоз піхви, бактеріальний вагіноз, лактобацили, «ключові» клітини, цитологічне та бактеріоскопічне дослідження, гіалуронова кислота, глікоген, молочна кислота, Молвагін™.

РЕЗЮМЕ

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

*Борис Е.Н.¹, Сусликова Л.В.¹,
Суменко В.В.^{1,2}, Коломейчук В.Н.³*

¹Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии
УГИР НМАПО имени П. Л. Шупика,

²Киевский городской центр репродуктивной
и перинатальной медицины, г. Киев

³Киевский медицинский университет
Украинской ассоциации народной медицины

В статье приведены современные принципы поддержания нормального биоценоза влагалища у женщин в пери- и постменопаузе. Перспективным в этом направлении является препарат Молвагин™, производства компании IBSS BIOMED S.A. (Польша), который содержит гиалуронат натрия, гликоген и молочную кислоту. Пессарии Молвагин™ увлажняют и способствуют регенерации вагинальной слизистой оболочки, поддерживают естественный уровень рН и защищают от неблагоприятных внешних факторов, способствуя поддержанию нормального вагинального биоценоза.

Цель исследования – оценка клинической эффективности и безопасности препарата Молвагин™ для лечения бактериального вагиноза у женщин в пери- и постменопаузе.

Матеріал і методи дослідження. Проводилось обстеження і лікування 107 пацієнток в пері- і постменопаузі в віці 44-69 років, які скаржились на симптоми дисбіотичних порушень мікробіоценозу влагалища. Після встановлення діагнозу «бактеріальний вагіноз» (БВ) пацієнткам (n = 107) з метою зволоження і регенерації вагінальної слизової оболонки і відновлення естественного рівня рН призначалися пессарії **Молвагин™** (1 пессарій інтравагінально на ніч в течение 7 днів). Контроль лікування проводили на 7 і 14 днів після початку лікування: проводилась оцінка ефективності і безпеки препарату **Молвагин™**.

Результати дослідження і їх обговорення. Отримані результати показали високу ефективність препарату **Молвагин™** в відновленні вагінального мікробіоценозу у жінок в пері- і постменопаузі: на 7 день після лікування зменшилися скарги на патологічні виділення з статевих шляхів у 78,5% жінок (у рештих виділення стали незначущими, без запаху); свербіж статевих органів перестав турбувати всіх обстежуваних; болізненість зникла у 91,59% пацієнток; жінчення купувалося у всіх обстежуваних жінок, диспареунія зникла у 100% пацієнток, які мали статеві стосунки. Жінки, які відзначали наявність залишків БВ (незначущі виділення білого кольору без запаху) через 7 днів, констатували їх повне відсутство на 14 день після початку лікування.

Висновки. Всі досліджувані відзначили високу комплаєнтність до препарату, відсутність побічних ефектів, зручність і безпеку його прийому, що дозволяє рекомендувати пессарії **Молвагин™** для профілактики і лікування бактеріального вагінозу у жінок в пері- і постменопаузі, а також у жінок різного віку.

Ключові слова: менопауза, мікробіоценоз влагалища, бактеріальний вагіноз, лактобацили, «ключові» клітини, цитологічне і бактеріоскопічне дослідження, гіалуронова кислота, глікоген, молочна кислота, **Молвагин™**.

SUMMARY

NEW FEATURES OF CORRECTION OF DYSBIOTIC VIOLATIONS OF VAGINAL MICROBIocenosis IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Boris O.M.¹, Suslikova L.V.¹,
Sumenko V.V.^{1,2}, Kolomeychuk V.N.³

¹ Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction USIR Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

² Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine, Kyiv

³ Kyiv Medical University of the Ukrainian Association of Traditional Medicine

The article presents modern principles for the maintenance and preservation of normal vaginal biocenosis in premenopausal, menopausal and postmenopausal women. Perspective in this direction is **Molvagin™**, production of IBSS BIOMED S.A. (Poland) produces and consists of sodium hyaluronate, glycogen and lactic acid. **Molvagin™** moisturizes and provides regeneration

of vaginal mucosa, supports a natural pH level and protect against adverse external factors, helps to maintain normal vaginal biocenosis.

Research aim – to study the effectiveness and safety of **Molvagin™** for the treatment of bacterial vaginosis and prescribing it for premenopausal, menopausal and postmenopausal women.

Material and methods of the study. The study examined and cured 107 postmenopausal patients aged 44-69 who complained of dysbiotic disorders symptoms of vaginal microbiocenosis. After setting the diagnosis of «bacterial vaginosis» (BV) at patients (n = 107) for the purpose of moisturizing and regenerating the vaginal mucosa, the restoration of the natural pH level was prescribed **Molvagin™** pessaries (1 pessary intravaginal overnight for 7th days). Control of treatment was carried out at 7 and 14 days after the start of treatment: an evaluation of the efficacy and safety of the drug was performed.

Results of the study and their discussion. The results showed high efficacy of **Molvagin™** in restoring vaginal microbiocenosis for premenopausal, menopausal and postmenopausal women: on 7th days after treatment, complaints on pathological secretions from the genital tract were reduced in 78.5% of women (in remaining women vaginal discharges became insignificant, odorless); pruritus of the genital organs ceases to disturb all subjects; pain disappeared in 91.59% of patients; itching of genitals has stopped disturbing all women, dyspareunia disappeared in 100% of patients who had sex. Women who noticed the presence of residual BV events (insignificant whiten odorless) in 7th days odorless discharges, showed their complete absence at 14 days after starting treatment.

Conclusions. All of the patients showed high compliance with the **Molvagin™**, the absence of side effects, the convenience and safety of its administration, which allows to recommend **Molvagin™** for the prevention and treatment of bacterial vaginosis for premenopausal, menopausal and postmenopausal women and women of all ages.

Key words: menopause, vaginal microbiocenosis, bacterial vaginosis, lactobacilles, «key» cells, cytological and bacterioscopy examination, hyaluronic acid, glycogen, lactic acid, **Molvagin™**.