**Маслєнніков Костянтин Миколайович. Порівняльні аспекти контрацепції у жінок з бактеріальним вагінозом : Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгіївського. — Сімф., 2004. — 149арк. : рис. — Бібліогр.: арк. 130-149**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Масленніков К.М. Порівняльні аспекти контрацепції у жінок з бактеріальним вагінозом**. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. Київ, 2005.Наукова робота присвячена рішенню актуального питання сучасної гінекології – зниженню частоти непланованої вагітності у жінок з бактеріальним вагінозом. Автором встановлений взаємозв'язок між частотою і клінічними проявами побічних ефектів і ускладнень з одного боку, і особливостями мікробіоценозу піхви і кишечника, ендокринологічного і імунологічного статусу з іншого, у жінок з бактеріальним вагінозом. Це дозволило патогенетично обгрунтувати, запропонувати і упровадити комплексний метод контрацепції у жінок з бактеріальним вагінозом на основі поєднаного використовування гормональної контрацепції і корекції мікробіоценозу статевих шляхів і кишечника. Запропоновано методи контролю за ефективністю і прийнятність різних методів контролю у жінок з бактеріальним вагінозом з використанням мікробіологічних, ендокринологічних і імунологічних показників. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Ефективність бар’єрних методів контрацепції у пацієнток з БВ складає 90,0 %, а комбінованої – 96,0 %. Індекс Перля – відповідно 1,1 і 3,9.2. Серед основних етіопатогенетичних причин БВ найчастіше зустрічаються порушення гормонального балансу (34,0 %) і використання антимікробної хіміотерапії (30,0 %). Трохи рідше мають місце інфекційно-залежний варіант (20,0 %); механічні фактори (8,0 %) і супутня патологія шлунково-кишкового тракту (8,0 %).3. Основними скаргами у пацієнток з БВ, що використовують бар’єрні методи контрацепції є виділення білого (64,0 %) кольору в помірній кількості (76,0 %), причому слизові (52,0 %) і творожисті (40,0 %), в у половині випадків (48,0 %) з характерним запахом. Крім того, має місць висока частота диспареунії (44,0 %); сверблячки (46,0 %) і печії в області зовнішніх статевих органів (42,0 %). Скаргами соматичного характеру є: болі в нижніх відділах живота (50,0 %); метеоризм (58,0 %); хронічні запори (48,0 %); діарея (14,0 %); нудота (28,0 %) і порушення апетиту (10,0 %).4. Стан мікробіоценозу статевих шляхів у пацієнток з БВ і бар’єрними методами контрацепції характеризується достатньою кількістю лактобацил, що вказує на „паличковий характер” мікрофлори при мікроскопіюванні (Р<0,01\*\*), а зі збільшенням їхнього числа частіше визначалися дріжджові клітки і рідше – фузобактерії (Р<0,05\*\* і Р<0,05\*\*\* відповідно). Кількість епітеліальних кліток в мазку залежить від концентрації гемофільної палички (r=0,3676\*) і молочнокислого стрептокока (r=0,421\*), а лейкоцитоз поєднується з кількістю E. coli з гемолітичними властивостями (r=0,716\*\*\*), Acinetobacter (r=0,350\*) і Bacillus (r=0,716\*\*\*) і не зустрічається при виявленні молочно-кислого стрептокока (Р<0,05\*). Цитоліз зв’язаний із присутністю в піхві ентеробактерій (Р<0,01\*) і стафілококів (Р<0,05\*\*\*). При колонізації піхви Enterobacteriaceae і Ureaplasma у мазках знайдені „ключові” клітини, кількість яких і визначає ступінь тяжкості БВ (r=0,426\*, Р<0,01\*).5. Особливості мікробіоценозу кишечника у пацієнток з БВ і бар’єрною контрацепцією характеризуються перевагою анаеробів (8,57±0,32 КУО/мл); Bifidobacterium (7,96±0,25 КУО/мл); E. coli (7,63±0,24 КУО/мл); аеробів (7,26±0,26 КУО/мл) і Lactobacillus (7,11±0,33 КУО/мл). По ступеню тяжкості дисбактеріозу кишечника переважають І (35,0 %) і ІІ ступінь тяжкості (37,0 %).6. Використання комбінованої методики контрацепції у жінок з БВ дозволяє констатувати зниження відносної кількості рясних виділень (І група – 20,0 % і ІІ – 8,0 %); творожистих виділень (І група – 40,0 % і ІІ – 16,0 %); виділень з неприємним запахом (І група – 48,0 % і ІІ – 30,0 %); диспареунії (І група – 44,0 % і ІІ – 26,0 %); сверблячки статевих органів (І група – 46,0 % і ІІ 24,0 %) і печії (І група – 42,0 % і ІІ – 20,0 %). Одночасно відбувається зменшення відносного числа скарг соматичного характеру: болі в животі (І група – 50,0 % і ІІ – 28,0 %); метеоризм (І група – 58,0 % і ІІ – 32,0 %); запори (І група – 48,0 % і ІІ – 26,0 %); діарея (І група – 14,0 % і ІІ – 4,0 %); нудота (І група – 28,0 % і ІІ – 14,0 %) і порушення апетиту (І група – 10,0 % і ІІ – 4,0 %).7. При комбінованій методиці контрацепції у пацієнток з БВ відзначено збільшення числа Lactobacillus (Р<0,05) і Bifidobacterium (Р<0,05) на фоні одночасного зниження Candida (Р<0,05). При використанні непараметричного критерію Wald-Wolfowits виявлено достовірне зниження кількості E. coli без гемолітичних властивостей (Р<0,01); Enterobacter (Р<0,01); Acinetobacter (Р<0,01); E.faecalis (Р<0,01); Mucor (Р<0,01) і цвілевих грибів (Р<0,05). В міру збільшення тривалості використання гормональної контрацепції підвищується концентрація лактозонегативної E. coli і грибів роду Candida і збільшується частота 0 ст. БВ (І група – 20,0 % і ІІ – 32,0 %) при одночасному зниженні рівня ІІІ ст. (І група – 12,0 % і ІІ – 6,0 %). |

 |