

Т. Л. Шемелько<sup>1</sup>, Н. Ю. Педаченко<sup>2</sup>

## БЕЗПЛІДНІСТЬ ТА ЕНДОМЕТРІОЗ. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ

<sup>1</sup> ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини» МОЗ України,  
Івано-Франківськ, Україна,

<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

УДК 616-021.3:616-055.2:618.145

Т. Л. Шемелько<sup>1</sup>, Н. Ю. Педаченко<sup>2</sup>

### БЕСПЛОДИЕ И ЭНДОМЕТРИОЗ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

<sup>1</sup> ГУ «Прикарпатський центр репродукції людини» МЗ України, Івано-Франківськ, Україна,

<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

Проведен ретроспективний аналіз 1256 медичних карт подружеских пар, які звернулись в спеціалізоване лікувально-консультативне відділення допоміжних репродуктивних технологій ГУ «Прикарпатський центр репродукції людини» МЗ України по поводу бесплодия за період 2011–2017 гг. У пацієнток з бесплодием, асоційованим з ендометріозом, на основі ретроспективного аналізу визначені особливості клінічного статусу жінок з ендометріозом і бесплодием, а також основні ведучі фактори, обумовлюючі результативність програм допоміжних репродуктивних технологій. Установлено, що середі пацієнток з бесплодием, асоційованим з ендометріозом, переобладали соціально активні жінки середнього репродуктивного віку з порушенням менструальної функції, частіше зустрічались альгодисменорея, менометроррагія, нерегулярний менструальний цикл. При аналізі особливостей репродуктивної функції у пацієнток з ендометріозом виявлено збільшення кількості внутриматочних втручань по поводу абортів і самопроизвольних викидів.

Отримані результати ретроспективного аналізу свідчать, що з-за високого відсотка рецидивів на фоні лікування ендометріозу і поліморбідності зменшуються репродуктивний потенціал і результативність програм екстракорпорального оплодотворення в зазначеній категорії жінок, тому важливим на даний момент є пошук засобів і методів, направлених на покращення ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій і зменшення ранніх репродуктивних втрат.

**Ключевые слова:** бесплодие, эндометриоз, ретроспективний аналіз, допоміжні репродуктивні технології.

UDC 616-021.3:616-055.2:618.145

T. L. Shemelko<sup>1</sup>, N. Yu. Pedachenko<sup>2</sup>

### INFERTILITY AND ENDOMETRIOSIS. RETROSPECTIVE ANALYSIS

<sup>1</sup> SE "Precarpathian Center of Human Reproduction", Ministry of Health of Ukraine, Ivano-Frankivsk, Ukraine,

<sup>2</sup> National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

**Introduction.** Genital endometriosis is one of the most mysterious, debatable and actual problems of gynecological practice. 30–40% of women with endometriosis suffer from infertility, with a tendency of this pathology increase. Auxiliary reproductive technology programs are currently an effective tool for the treatment of endometriosis associated with female infertility.

**The purpose.** To determine the peculiarities of the clinical status of women with endometriosis and infertility on the basis of a retrospective analysis, as well as the main leading factors determining the effectiveness of Assisted Reproductive Technology (ART) Programs.

**Materials and methods of research.** A retrospective analysis of 1256 medical cards of married couples, who applied to the specialized medical-consultative department of auxiliary reproductive technologies of the SE "Precarpathian Center of Human Reproduction" of the Ministry of Health of Ukraine for the infertility during the period of 2011–2017.

**Results.** Patients with infertility associated with endometriosis on the basis of a retrospective analysis were identified the clinical status of women with endometriosis and infertility, as well as the main leading factors that determine the effectiveness of ART programs. It was determined that among women with infertility associated with endometriosis, there were predominantly socially active women of middle reproductive age with a disorder of menstrual function, mostly algodismenorrhea, menometrorrhagia, irregular menstrual cycle were found. During the analysis of the peculiarities of reproductive function in patients with endometriosis, an increase of the number of intrauterine interventions regarding abortions and spontaneous miscarriages was revealed.

**Conclusions.** Thus, the obtained results of the retrospective analysis indicate that because of the high rate of relapse in the context of the treatment of endometriosis and polymorbidity, the reproductive potential and the effectiveness of in vitro fertilization programs in this category of women are reduced, therefore the search of means and methods aimed at improvement of the effectiveness of Assisted Reproductive Technology Programs and reduction of early reproductive loss is very important nowadays.

**Key words:** infertility, endometriosis, retrospective analysis, auxiliary reproductive technologies.



## Вступ

Генітальний ендометріоз, незважаючи на тривалий час вивчення даної патології, є однією з найбільш загадкових, дискусійних й актуальних проблем гінекологічної практики [1; 2]. Вийшовши за рамки виключно медичної проблеми, дане системне поліорганне захворювання досягло соціального значення, завдаючи, окрім фізичної, матеріальної шкоди найбільш активній частині жіночого населення, призводить до порушення репродуктивної функції, інвалідації та значно знижує якість життя жінок [3].

Наразі все більше уваги приділяється соціальній значущості проблеми ендометріозу, що різними способами не може не вражати і чоловіків. У часописі *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [4] опубліковано дослідження впливу ендометріозу на партнерів жінок, які страждають на це захворювання. Автори зазначають, що ендометріоз впливає на чоловіків різними способами, а саме: погіршує інтимне життя, можливість планування дітей, працездатність, навіть прибуток домогосподарства. Чоловіки повідомили, що відчувають безпорадність, розчарування, занепокоєння та гнів у зв'язку з ендометріозом свого партнера. У статті пропонується більш родинноорієнтований, біопсихосоціальний підхід до лікування ендометріозу, включно з психотерапією партнерів з питаннями підтримуючих взаємин.

Висока значущість соціального драматизму проблеми визначається ще й тим, що 30–40 % жінок з ендометріозом страждають на безплідність, причому, за даними низки дослідників, спостерігається тенденція до зростання вказаної патології. Сьогодні ефективним інструментом для лікування пов'язаної з ендометріозом жіночої безплідності є програми допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [5].

Незважаючи на наявність регламентованих схем лікування ендометріозу, а також встановлених протоколів лікування безплідності методами ДРТ, наразі триває пошук найбільш оптимальних варіантів підготовки пацієнток з поверхневим перитонеальним ендометріозом, ендометріомами яєчників й аденоміозом до програм стимуляції [6].

Існує нагальна потреба в додаткових дослідженнях щодо проблеми ендометріозу, яка зачіпає приблизно 176 млн жінок у всьому світі [7]. Актуальність обраної теми зумовлена також тим, що поряд з гіподіагностикою ендометріозу продовжує збільшуватись питома вага тяжких його форм у жінок репродуктивного віку, а частота невдалих циклів лікування безплідності методами ДРТ залишається досить високою як у загальній популяції, так і серед жінок із зазначеною патологією.

**Мета** дослідження — підвищення ефективності програм ДРТ у пацієнток із безплідністю, асоційованою з ендометріозом, на основі ретроспективного визначення особливостей клінічного статусу жінок з ендометріозом та безплідністю, а також основних провідних чинників, що зумовлюють результативність програм ДРТ.

## Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 1256 медичних карт подружніх пар, які звернулися до спеціалізованого лікувально-консультативного відділення допоміжних репродуктивних технологій ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини» МОЗ України з приводу безплідності за період 2011–2017 рр. У 654 випадках (I група) пацієнтки були включені у програму запліднення *in vitro* з приводу безплідності, асоційованої з ендометріозом, а II група — 602 пацієнтки із трубно-перитонеальною без-

плідністю, лікованою за допомогою запліднення *in vitro*.

## Результати дослідження та їх обговорення

Вивчаючи вікову структуру досліджуваних груп, встановили, що вік жінок коливався від 21 до 42 років, але найбільша частка належала пацієнткам віком 26–35 років — 941 (74,9 %) випадків. Вік пацієнток I групи в середньому становив  $(32,6 \pm 0,3)$  року, при цьому частка жінок пізнього репродуктивного віку досягала 14,9 %. Варто відмітити, що серед пацієнток з ендометріозом переважали жінки середнього репродуктивного віку. Середній вік пацієнток II групи становив  $(28,3 \pm 0,5)$  року, а питома вага пацієнток раннього та пізнього репродуктивного віку — 114 (18,9 %) та 48 (7,9 %) відповідно.

При аналізі соціального статусу встановлено, що на ендометріоз здебільшого страждали працюючі пацієнтки, що не виключає стресіндукованого чинника розвитку безплідності у даної категорії жінок. У I групі переважали жінки-службовці — 53,9 % та підприємці — 20,9 %. У жінок II групи професійна діяльність виглядала так: домогосподарки — 25,9 %, робітниці — 22,4 %, студентки — 14,8 %, службовці та підприємці — 36,9 %.

При вивченні менструальної функції обстежуваних жінок встановлено, що середній вік менархе в I групі становив  $(14,7 \pm 1,4)$  року, в II групі —  $(13,4 \pm 1,5)$  року, причому пізні менархе діагностовано у 117 (17,8 %) пацієнток I групи проти 24 (3,9 %) жінок із трубно-перитонеальною безплідністю ( $p < 0,05$ ).

Аналіз клініко-анамнестичних даних показав, що основними скаргами у хворих на безплідність була дисменорея, виявлена у 418 (63,9 %) жінок з безплідністю, асоційованою з ендометріозом, і у 162 (26,9 %) жінок у групі із трубно-перито-



неальною безплідністю ( $p < 0,05$ ). Слід зауважити, що у 335 (51,2 %) жінок із безплідністю, асоційованою з ендометріозом, больовий синдром почався з віку менархе та прогресував з роками. Хронічний тазовий біль, який особливо загострювався перед менструацією, переважав у жінок I групи — у 359 (54,8 %) порівняно з пацієнтками II групи — у 81 (13,5 %), аналогічно диспареунія спостерігалась у 378 (57,8 %) жінок I групи і 59 (9,8 %) II групи ( $p < 0,05$ ). Вказані симптоми захворювання найчастіше поєднувались у різній комбінації та виявлялися з однаковою частотою у жінок з ендометріозом при різних ступенях ушкодження.

Початок статевого життя у вказаних жінок коливався від 15 до 31 року. Раннє статеве життя (до 18 років) розпочали 116 (17,7 %) обстежених I групи та 192 (31,9 %) жінки II групи, не використовували контрацепцію 120 (18,3 %) та 264 (43,8 %) жінки I та II груп відповідно, що тісно корелює ( $r = 0,73$ ;  $p < 0,05$ ) з епізодами мікст-інфікування в анамнезі майже половини пацієнток II групи — 246 (40,8 %) ( $p < 0,05$ ).

Високий рівень застосування гормональної контрацепції в анамнезі жінок з ендометріозом може бути зумовлений вираженістю альгодисменореї, що часто є приводом для призначення КОК, особливо у ранньому репродуктивному віці. Прийом КОК пригнічує вісь гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, зменшує синдром тазового болю на тлі ендометріозу, але може призводити у майбутньому до розвитку глибоких інфільтративних, перитонеальних форм ендометріозу [8] та прогресування безплідності, зумовленої даним захворюванням.

Порушення менструального циклу було зафіксовано у 446 (68,2 %) медичних картах I групи жінок із безплідністю, асоційованою із ендометріозом,

та у 108 (17,9 %) — II групи ( $p < 0,05$ ). Характерними порушеннями менструального циклу були аномальні маткові кровотечі — у 251 (38,4 %) пацієнток I групи і 84 (13,9 %) у II групі, перед- і післяменструальні кровомазання зі статевих органів — відповідно у 216 (33,0 %) і 41 (6,8 %) жінки ( $p < 0,05$ ). Згідно з результатами досліджень, у жінок з ендометріозом відмічалось збільшення тривалості менструальної кровотечі до  $(5,6 \pm 0,2)$  дня, порівняно з II групою —  $(3,7 \pm 0,4)$  дня, і навпаки, скорочення тривалості менструального циклу відповідно  $(26,5 \pm 0,8)$  і  $(28,2 \pm 0,5)$  дня. Це ще один важливий чинник зниження якості життя пацієнток, хворих на ендометріоз, адже наразі наявність аденоміозу як прояву глибокого інфільтративного ендометріозу включено у класифікацію причин аномальних маткових кровотеч PALM-COEIN, FIGO [9]. Тому лікарська настороженість і активне виявлення аномальних маткових кровотеч на різних рівнях надання медичної допомоги з подальшим патогенетичним менеджментом може сприяти не лише суттєвому покращанню якості життя пацієнток з проявами ендометріозу під час лікування, а і вчасно запобігати прогресуванню цієї хвороби до безплідності у майбутньому.

При аналізі особливостей репродуктивної функції з'ясовано, що на первинну безплідність страждали відповідно 59,9 і 70,9 %, вторинну — 40,1 і 29,1 % пацієнток. У пацієнток з вторинною безплідністю, у яких діагностовано ендометріоз, попередні вагітності закінчилися мимовільними викиднями — у 89 (33,9 %), штучними абортами — у 57 (21,8 %), позаматковою вагітністю — у 82 (31,3 %) і пологами — у 34 (13,0 %). Внутрішньоматкові втручання діагностовано в кожній третій пацієнтки I групи — 202 (30,8 %) та у 54 (8,9 %)

— II групи ( $p < 0,05$ ). Висока частота оперативного лікування патології ендометрія у жінок з ендометріозом і безплідністю підтверджує провідну роль гіперестрогенії у генезі гіперпластичних процесів ендометрія, а також вплив хронічного запалення, так само властивого ендометріозу, у генезі утворення поліпів і локальних форм ендометріальних гіперплазій, які нерідко виявляються у пацієнток з ендометріозом та визначають показання для проведення гістерорезектоскопії.

Аналіз гінекологічної захворюваності продемонстрував і наявність деяких особливостей. Зокрема, жінки з ендометріозом в анамнезі мали патологію шийки матки — 176 (26,9 %), фіброміому матки — 143 (21,8 %), а також хронічні запальні процеси придатків матки — 451 (68,9 %), з них стаціонарно лікувались два та більше разів — 457 (69,8 %), але 353 (53,9 %) жінки відмічали неефективність проти-запального лікування, або короточасний його ефект.

У значній кількості проаналізованих медичних карт обох досліджуваних груп зафіксовані оперативні втручання на органах малого таза у 298 (45,6 %) пацієнток I групи та 349 (57,9 %) жінок II групи. Слід зазначити, що апендектомія проводилась у 168 (27,9 %) пацієнток II групи та 70 (10,7 %) — I групи ( $p < 0,05$ ). Найбільш розповсюдженим видом оперативного втручання в анамнезі обстежених пацієнток із трубно-перитонеальним фактором безплідності були операції на маткових трубах, у тому числі з приводу позаматкової вагітності, гідро- та піосальпінксів. У жінок із безплідністю, асоційованою з ендометріозом, операції з приводу кістозних утворень яєчників траплялися вдвічі частіше, ніж у II групі ( $p < 0,05$ ), що створює передумови для розвитку гормональної дисфункції та зниження оваріального резерву у



пацієнок, включених до програми запліднення *in vitro*; операції з приводу спайкового процесу в малому тазі представлені в обох групах у рівнозначних частинах. Варто зазначити, що у жінок старшої вікової групи оперативні втручання траплялися вдвічі частіше, ніж у молодих пацієнок ( $p < 0,05$ ).

Під час аналізу анамнестичних даних соматичної патології звертали увагу на перенесені захворювання, які можуть мати безпосередній та опосередкований вплив на становлення і функціонування репродуктивної системи. Необхідно зауважити, що більшість пацієнок із діагностованим ендометріозом страждали на соматичні захворювання, у них нерідко виявляли кілька хвороб одночасно. Найчастіше це нейроциркуляторна дистонія за гіпер- та гіпотонічним типами та порушення обмінних процесів — 341 (52,1 %) випадок. Більш ніж у третини — 242 (37,0 %) жінок I групи спостерігались захворювання сечовидільної системи, у II групі — у 132 (21,9 %). У кожній третій досліджуваній I групи виявлені порушення з боку печінки та жовчовивідних шляхів — 204 (31,2 %) випадки, серцево-судинні захворювання — 117 (17,8 %) спостережень. Таким чином, ендометріодна хвороба, базуючись на поліетіологічному підґрунті, у більшості випадків поєднувалась з іншою гінекологічною та екстрагенітальною патологією, що прямо або опосередковано впливає на ефективність застосованих програм ДРТ.

Аналізуючи результативність програм ДРТ, слід відмітити, що відсоток настання вагітності у жінок I групи становив 33,8 %, у II групі — 41,9 %. Причому ранні репродуктивні втрати (53,4 %) переважали у

2,4 рази саме в жінок із безплідністю, асоційованою з ендометріозом, що зумовлює низьку ефективність програм ДРТ і підтверджує необхідність удосконалення протоколів прегравідарної підготовки перед застосуванням методів ДРТ у жінок з ендометріозом.

Варто зауважити, що найчастішими ускладненнями першого триместру вагітності були загроза раннього мимовільного викидня у 141 (63,8 %) жінки I групи та 75 (29,7 %) пацієнок II групи, ретрохоріальні гематоми у 79 (35,7 %) та 35 (13,8 %) жінок I та II груп відповідно, ранній гестоз переважав у I групі — 44,8 % пацієнок ( $p < 0,05$ ). Тому вагітність на тлі ендометріозу, особливо ту, що настала після застосування методів ДРТ, потрібно вважати вагітністю високого ризику невиношування, що потребує особливого міждисциплінарного діалогу між лікарями-репродуктологами і акушерами-гінекологами жіночої консультації для створення оптимальної тактики менеджменту даної категорії вагітних.

### Висновки

1. Серед жінок із безплідністю, асоційованою з ендометріозом, переважали соціально активні жінки середнього репродуктивного віку.

2. У переважній більшості жінок, у яких діагностовано ендометріоз, спостерігаються порушення менструальної функції, серед яких частіше трапляються альгодисменореї, менометрорагії, нерегулярний менструальний цикл.

3. У пацієнок з ендометріозом, які включені до програми допоміжних репродуктивних технологій, встановлено вагому частку поліморбідних станів, які впливають на результативність програми.

4. При аналізі особливостей репродуктивної функції у пацієнок з ендометріозом виявлено збільшення кількості внутрішньоматкових втручань з приводу абортів і мимовільних викиднів.

5. Таким чином, отримані результати ретроспективного аналізу свідчать, що через високий відсоток рецидивів на фоні лікування ендометріозу знижуються репродуктивний потенціал та результативність програм запліднення *in vitro* у вказаній категорії жінок, тому важливим на даний момент є пошук засобів і методів, спрямованих на покращання ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій та зниження ранніх репродуктивних втрат.

**Ключові слова:** безплідність, ендометріоз, ретроспективний аналіз, допоміжні репродуктивні технології.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Молчанова О. В. Генітальний ендометріоз як «хвороба цивілізації»: до питання симптоматики патології. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2013. № 1. С. 158–159.
2. Benagiano G., Brosens I., Lippi D. The history of endometriosis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2014. Vol. 78 (1). P. 1–9.
3. Самойлова М. В. Клініко-епідеміологічні аспекти ендометріозу яєчників. *Тавричеський медико-біологічний вестник*. 2013. № 2 (62). С. 98–100.
4. Exploring the impact of endometriosis on partners / D. Ameratunga et al. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2017. № 6 (43). P. 1048–1053.
5. Феськов В. О. Сучасні підходи до лікування безпліддя у жінок, хворих на ендометріоз яєчників, з використанням екстракорпорального запліднення. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*. 2017. № 7 (15). С. 39–43.
6. Воробій В. Д. Особливості патогенезу безпліддя у жінок з ендометріозом. *Здоров'я жінчини*. 2016. № 7. С. 163–165.



7. Research priorities for endometriosis / P. A. Rogers et al. *Reproductive Sciences*. 2017. № 24 (2). P. 202–226.

8. Шатковська А. С., Шиманська О. Г. Медичні аспекти застосування комбінованих оральних контрацептивів. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2010. № 2 (29). С. 78–85.

9. Munro M. G., Critchley H. D., Broder M. S. Frasers for IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011. № 113 (1). P. 3–13.

#### REFERENCES

1. Molchanova O.V. Genital endometriosis as a "disease of civilization": to the question of the symptomatology of pathology. *Aktual'ni pytannya pediatriyi, akusherstva ta ginekologiyi* 2013; (1):158-159.

2. Benagiano G., Brosens I., Lippi D. The history of endometriosis. *Gynecol Obstet Invest*. 2014; 78 (1): 1-9.

3. Samoylova M.V. Clinical and epidemiological aspects of ovarian endometriosis. *Tavricheskij mediko-biologicheskij vestnik* 2013; 2 (62): 98-100.

4. Ameratunga D., Flimming T., Angstetra D., Shu-Kay Ng., Sneddon A. Exploring the impact of endometriosis on partners. *J Obstet and Gynaecol Research* 2017; 6 (43): 1048-1053.

5. Fes'kov V.O. Modern approaches to the treatment of infertility in women with endometriosis of the ovary, using extracorporeal fertilization. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"* 2017; 7(15): 39-43.

6. Vorobyi V.D. Peculiarities of pathogenesis of infertility in women with endometriosis. *Zdorov'e zhenshchiny* 2016; (7): 163-165.

7. Rogers P.A., Adamson G.D., Al-Jefout M., Becker C.M., D'Hooghe T.M., Dunselman G.A., et al. Research priorities for endometriosis. *Reprod. Sci.* 2017 Feb; 24 (2): 202-226.

8. Shatkov's'ka A.S., Shymans'ka O.H. Medical aspects of the use of combined oral contraceptives. *Medychni aspekty zdorov'ya zhinky* 2010; 2 (29): 78-85.

9. Munro M.G., Critchley H.D., Broder M.S., Frasers for I.S. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynec & Obstet*. 2011; 113 (1): 3-13.

Надійшла до редакції 15.03.2018

Рецензент д-р мед. наук,  
проф. А. Г. Волянська,  
дата рецензії 21.03.2018

УДК 619.396-085.356:577.164.17]-084

Д. Ю. Парубіна

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАПРОПОНОВАНОГО АЛГОРИТМУ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМУ МАТКИ З РІЗНИМ ТИПОМ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ, ТА ОЦІНКА ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 619.396-085.356:577.164.17]-084

Д. Ю. Парубіна

### ОСОБЕННОСТИ ПРЕДЛОЖЕННОГО АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА, И ОЦЕНКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель исследования — оценить эффективность предложенного алгоритма коррекции биоценоза влагалища больных миомой матки в репродуктивном возрасте.

Обследовано 216 женщин репродуктивного возраста, больных миомой матки. Эффективность традиционной и предложенной терапии определяли в зависимости от состояния биоценоза влагалища, клинического течения заболевания, сравнительной характеристики результатов исследований.

Научная новизна предложенного алгоритма заключается в одновременной коррекции локального и общего биоценоза организма, в профилактическом применении пробиотиков локального и общего действия, в назначении перед и после хирургического вмешательства этиотропной терапии.

**Ключевые слова:** эффективность, алгоритм, миома матки, биоценоз влагалища.

UDC 619.396-085.356:577.164.17]-084

D. Yu. Parubina

### FEATURES OF THE PROPOSED ALGORITHM FOR MANAGEMENT OF REPRODUCTIVE-AGED PATIENTS WITH UTERINE MYOMA WITH DIFFERENT TYPES OF VAGINAL BIOTICENOSIS AND EVALUATION OF ITS EFFECTIVENESS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

**Introduction.** The condition of the vaginal biocenosis affects the general condition of the patient's body, the course of the underlying disease and the concomitant pathology. Treatment of vaginal infections is based on the stage: empirical therapy; etiotropic antibacterial therapy; normalization of

© Д. Ю. Парубіна, 2018

