

Н.Ю. Резніченко¹, Г.І. Резніченко¹, С.А. Сміян², І.І. Трещак³, О.Д. Рязанова¹,
О.М. Петрашина⁴, Н.В. Понеділок⁴

¹ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

² Сумський державний університет

³ Центр жіночого здоров'я «Міріам», Ужгород

⁴ КНП «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР

Пошук шляхів корекції неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку з ожирінням

Мета роботи — поліпшити ефективність лікування неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням завдяки довгостроковій модифікації способу життя.

Матеріали та методи. Обстежено 1178 пацієток віком 45–55 років, з них 317 з неспецифічним вагінітом, яких було розділено на три дослідні групи: з нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням. Жінок кожної групи розділили на три підгрупи порівняння, яким проводили стандартну терапію, та три дослідні, в яких здійснювали довгострокову модифікацію способу життя (активна та систематична поведінкова терапія, фізична активність і дотримання низькокалорійної дієти) протягом 6 міс. До контрольної групи було включено 72 добровольці.

Результати та обговорення. У жінок дослідних підгруп з довгостроковою модифікацією способу життя рідше відмічали рецидиви неспецифічного вагініту, ніж у відповідних підгрупах порівняння. Так, через 6 міс у підгрупах жінок з нормальною масою тіла різниця в частоті рецидивів після лікування була вищою на 40 % (34,2 і 20,5 % відповідно), з надлишковою — на 31,1 % (41,2 і 28,4 % відповідно), з ожирінням — на 29,8 % (55,1 і 38,7 % відповідно). У хворих клімактеричного віку зі збільшеною масою тіла виявлено суттєве погіршення мікробіоти та відзначено ефективність довготривалої модифікації способу життя на її стан. Доведено, що надлишкова маса тіла та ожиріння у жінок негативно впливали на частоту та клінічну картину неспецифічних вагінітів, зниження якості життя і частоту рецидивів. Активна та систематична поведінкова терапія, фізична активність та дотримання низькокалорійної дієти у хворих клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами мали суттєві переваги щодо запобігання рецидивам порівняно з показниками за проведення стандартної терапії, а також у збереженні та поліпшенні якості життя пацієток з ожирінням.

Висновки. У пацієток з надлишковою масою тіла та ожирінням частіше, ніж у жінок з нормальною масою, виявляли неспецифічні вагініти, що мають тяжчий перебіг, характеризуються виникненням рецидивів і супроводжуються зниженням якості життя та порушенням біотопу піхви та шкіри. Через 6 міс у жінок клімактеричного віку з ожирінням довготривала модифікація способу життя сприяла відновленню мікробіому піхви та шкіри, зниженню частоти рецидивів неспецифічних вагінітів і поліпшенню якості життя на відміну від показників у підгрупах проведення стандартної терапії. Кращий ефект від лікування відзначено у жінок з нормальною масою тіла, а гірший — за наявності ожиріння.

Ключові слова

Неспецифічні вагініти, профілактика, лікування, модифікація способу життя, мікробіота, якість життя, ожиріння.

У практичній гінекології на сьогодні активно вивчають проблему порушень мікробіоценозу статевих шляхів у жінок клімактеричного віку, оскільки вагінальна екосистема є індивідуальною та змінюється у різні періоди життя [2, 5, 6]. Клімактеричні вияви у жінок виникають у

середньому в 45–55 років, а вік їхнього настання залежить від багатьох чинників.

Згідно з результатами наших попередніх досліджень встановлено, що в перименопаузі чутливість яєчників до гонадотропінів гіпофіза фолікулостимулювального (ФСГ) і лютеїнізу-

вального гормонів (ЛГ) поступово зменшується, наслідком чого є достовірне зниження рівня естрадіолу та підвищення вмісту ФСГ, ЛГ і пролактину порівняно з показниками у жінок раннього репродуктивного віку. Це спричиняє перенапруження механізмів регуляції та призводить до порушення механізму зворотного зв'язку і зриву процесів адаптації [6].

Клінічні вияви вульвовагініту змішаної етіології спостерігають лише у 25 % пацієнток. При цьому в більшості випадків відсутня виражена запальна реакція, хоча вплив безсимптомних форм захворювання на стан здоров'я жінок залишається суттєвим [1, 13]. Особливо це стосується пацієнток клімактеричного віку з ожирінням, яке є найбільш поширеним захворюванням в економічно розвинених країнах, оскільки неспецифічні вагініти частіше діагностують у жінок саме цієї категорії [2, 6, 9]. За наявності бактеріального вагінозу значно зростає частота запальних захворювань органів малого таза, що спричиняє хронізацію процесу та зумовлює вірогідність виникнення рецидивів [15].

Рецидиви захворювання внаслідок недостатньої або неправильної терапії можуть призводити до зниження якості життя хворих. З огляду на це серед дослідників зростає зацікавленість до вивчення якості життя пацієнток, оскільки вона є інтегральним показником, що відображає ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання ним звичних функцій відповідно до її соціально-економічного становища [4, 10].

Визначення змін цих функцій стало можливим завдяки впровадженню в медичну практику низки спеціальних опитувальників, основною метою яких є вивчення показників якості життя. Серед них найбільш поширеним є опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36), який дає можливість оцінити різні складові життя пацієнтки під час хвороби [4].

Розглядаючи різні аспекти неспецифічних вагінітів, слід зазначити, що в літературі недостатньо висвітлені питання щодо якості життя пацієнток клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами на тлі ожиріння.

Зазначене вище обґрунтовує актуальність неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням і їхнього подальшого вивчення.

Спроба вирішити цю проблему за допомогою широкого впровадження в практику різних новітніх антибіотиків не дала очікуваних результатів і навіть ускладнила ситуацію: з одного боку, виникла велика кількість штамів, що не піддаються терапії, а з іншого — різко зросла частота розвитку дисбактеріозу піхви і різних дисбіотич-

них станів як ускладнень цієї терапії. Своєю чергою розвиток дисбактеріозу призводить до зменшення кількості лактобактерій, зниження кислотності вагінального середовища, порушення фізіологічних механізмів захисту та спричиняє формування резервуарів мультирезистентних штамів умовно-патогенних мікроорганізмів, таких як *A. vaginae* та *G. vaginalis*, і створенням цими бактеріями не чутливих до антибіотика біоплівки, що призводить до 80 % рецидивів захворювання в перший рік після прийому антибіотиків [3, 12, 14]. Відсутня також єдина лікувальна тактика хворих з аеробними вагінітами.

Вибір методів корекції і засобів терапії жінок клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами і надлишковою масою тіла та ожирінням потребує пошуку нових шляхів лікування та відновлення фізіологічного стану мікробіоценозу вагінального біотопу.

Розроблення і впровадження в клінічну практику якісно нових методів терапії неспецифічних вагінітів, які мають поєднувати високу ефективність стосовно умовно-патогенної асоційованої мікрофлори, відсутність ушкоджувальної дії на біологічні структури макроорганізму та лакто- й сапрофітну автофлору, неінвазивність, доступну собівартість і простоту застосування, є актуальним завданням сучасної гінекології.

На сьогодні існує багато різноманітних препаратів для лікування неспецифічних вагінітів [11]. Найчастіше призначають метронідазол у дозі 400–500 мг перорально двічі на добу протягом 5–7 днів, або інтравагінально метронідазол гель 0,75 % один раз на добу впродовж 5 днів, або інтравагінально кліндамицин крем 2 % один раз на добу на 7 днів [1].

Проте в стандартних протоколах лікування стосовно вибору препаратів системної або місцевої дії та тривалості їхнього призначення не повністю висвітлено вплив цих засобів на патогенетичні ланки виникнення хвороби.

З огляду на суттєву частку жінок клімактеричного віку з ожирінням і неспецифічними вагінітами нами було вивчено ефективність профілактичної персоналізованої довгострокової модифікації способу життя, яка охоплює поведінкову терапію, зміни в харчуванні та фізичній активності. Згідно зі Стандартом надання медичної допомоги «Ожиріння у дорослих» [8] пацієнткам рекомендовані інтенсивні, адекватні віку та традиціям сімейно-орієнтовані методи модифікації способу життя, що сприяють зниженню індексу маси тіла та поліпшенню обміну речовин. Поведінкова терапія допомагає визначити готовність людини до змін і виявити потенційні перешкоди для їхнього досягнення. Поведінкова

терапія у дорослих передбачає такі стратегії, як самостійний моніторинг поведінки; контроль стимулів; встановлення цілей; сповільнення прийому їжі; забезпечення соціальної підтримки; вирішення проблем; асертивність (впевненість людини в собі); перебудова мислення (модифікація думок); підкріплення позитивних змін; профілактика рецидивів; зміни поведінки у разі повторного збільшення маси тіла.

Особам з ожирінням надзвичайно важливо підвищувати фізичну активність завдяки ходьбі щонайменше 30–60 хв щодня під контролем крокоміру, а також плаванню, велоспорту тощо.

Важливими умовами лікування є адекватне та регулярне (не менше 3–4 разів на день) харчування, достатнє вживання рідини, самоконтроль маси тіла, ведення щоденника самоконтролю зменшення споживання калорій до 1500 ккал на добу [8].

Отже, пріоритетним напрямом терапії хворих з неспецифічними вагінітами, попри певні успіхи і впровадження нових технологій в гінекологічну практику, є питання щодо вибору оптимальної лікувальної тактики. На сьогодні воно остаточно не вирішене, що обґрунтовує актуальність проведення дослідження та вивчення альтернативних методів терапії хворих клімактеричного віку з ожирінням та неспецифічними вагінітами.

Мета роботи — поліпшити ефективність лікування неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням завдяки довгостроковій модифікації способу життя.

Матеріали та методи

Згідно з поставленою метою дослідження проводили в двох напрямках. Для визначення впливу ожиріння на розвиток неспецифічних вагінітів перш за все було проаналізовано частоту надлишкової маси тіла та ожиріння серед 1178 пацієнток віком 45–55 років, які з різних причин зверталися до жіночої консультації. У цих жінок визначали частоту неспецифічних вагінітів. Другий напрям передбачав проведення клініко-бактеріологічного обстеження 317 хворих на неспецифічний вагініт, які дали згоду на участь у дослідженні й протягом 6 міс перебували під нашим спостереженням. Серед них у 63 пацієнток була нормальна маса тіла (індекс маси тіла 18,5–24,9 кг/м²), у 139 — надлишкова (індекс маси тіла 25–29,9 кг/м²), у 115 — ожиріння I–II ступеня (індекс маси тіла більше 30 кг/м²). Розподіл жінок залежно від нормальної, надлишкової маси тіла та ожиріння було проведено згідно зі Стандартом медичної допомоги «Ожиріння у дорослих» [8]. Для визначення середніх

значень показників опитувальників SF-36 і CQLS у здорових осіб обстежено 72 добровольці, у 17 з яких виявлено мікробіоценоз піхви. Цих жінок було включено в контрольну групу.

Дослідження було схвалено комісією з питань етики при лікувальному закладі.

Основні критерії, згідно з якими пацієнток включали в дослідження:

- наявність клінічних проявів неспецифічного вагініту;
- стабільний менструальний цикл;
- підписана пацієнткою інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність тяжких супутніх захворювань та психічних хвороб;
- відсутність комплаєнсу щодо довгострокової модифікації способу життя з боку пацієнтки.

Хворих на неспецифічний вагініт розділили на три групи: з нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням.

Пацієнток кожної групи розділили на відповідні підгрупи порівняння та дослідні, які були ідентичними за віком і станом здоров'я:

- три підгрупи порівняння — 29 жінок з нормальною, 69 — з надлишковою масою тіла, 64 — з ожирінням. Їм призначали стандартну терапію згідно з чинними стандартами: за бактеріального вагінозу чи аеробного вагініту застосовували інтравагінально кліндаміцин крем (2 %) один раз на добу протягом 7 днів, за вульвовагінального кандидозу — клотримазол 200 мг інтравагінально на ніч протягом 7 днів, пробіотик місцевої дії, що містить *Lactobacillus gasseri* та *Lactobacillus rhamnosus*, одна вагінальна капсула на ніч упродовж 7 днів;
- три дослідні підгрупи — 34 жінки з нормальною, 60 — з надлишковою масою тіла, 51 — з ожирінням. Ці пацієнтки одночасно зі стандартним лікуванням неспецифічного вагініту почали здійснювати згідно зі Стандартом медичної допомоги «Ожиріння у дорослих» [8] довгострокову модифікацію способу життя (активна та систематична поведінкова терапія, фізична активність та дотримання низькокалорійної дієти) протягом 6 міс.

Усіх хворих було обстежено відповідно до чинних стандартів, що включали анамнестичні, клінічні, мікроскопічні та мікробіологічні методи.

Визначення якості життя хворих на неспецифічний вагініт оцінювали із застосуванням короткої форми опитувальника SF-36 Health Status Survey, розробленого The Health Institute, New England Medical Center, Бостон, США [4]. Результати опитування були представлені за бальною оцінкою (від 0 до 100) за 8 шкалами, де більш

висока оцінка вказує на кращу якість життя. Якість життя пацієнтки характеризували в цілому як критерій оцінки ефективності проведеного лікування неспецифічного вагініту.

Для оцінки якості життя хворих з неспецифічними вагінітами також послуговувались стандартним опитувальником CQLS [10], за допомогою якого оцінювали 10 показників, на які пацієнтки протягом 3 міс давали відповіді про задоволеність. Оцінку кожного показника було представлено в балах від 0 (несприятливий показник) до 10 (найбільш сприятливий), а для аналізу був задіяний інтегративний показник.

Окрім цього пацієнткам проводили анкетування щодо їхньої самооцінки залежно від проведеного лікування. Результати відповідей оцінювали в балах від 0 до 5, де 0 — найкращий результат, 5 — найгірший.

Для виявлення інфекційного агента було проведено мікроскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з піхви та шкіри, а також визначено видовий склад збудників.

З метою оцінки вірогідних порушень ліпідного та жирового обміну у хворих на вагініти в процесі динамічного спостереження визначали рівень у сироватці крові холестерину, β -ліпопротеїнів, тригліцеридів та індекс НОМА (індекс інсулінорезистентності), який обраховували за формулою: індекс НОМА = показник глікемії натще (ммоль/л) \times показник інсуліну натще (мкОД/л) / на 22,5. Рівень холестерину, β -ліпопротеїнів, тригліцеридів, глюкози в крові та інсуліну визначали лабораторно за класичною методикою.

Ефективність лікування було оцінено за даними клінічного та лабораторного обстежень до та через 6 міс від початку лікування.

Отримані результати оброблено статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм із застосуванням парного критерію Стьюдента з розрахунком середньої арифметичної (M) та стандартної помилки середньої арифметичної (m) або критерію знаків Вілкоксона залежно від нормальності розподілу різниць; для порівняння клінічної ефективності лікування проведено ранговий дисперсійний аналіз за критерієм Краскела—Уолліса. Нормальність розподілу даних перевірено за допомогою критерію Шапіро—Уїлка за рівня значущості 0,01. При застосуванні усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро—Уїлка, рівень значущості брали рівним 0,05 (різницю між даними вважали достовірною за $p < 0,05$). Для визначення структурних зв'язків використовували кореляційний аналіз з визначенням коефіцієнтів парної кореляції — r.

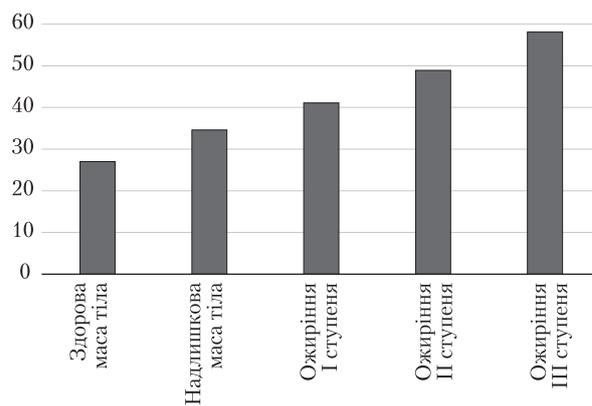


Рисунок. Частота неспецифічних вагінітів, %

Результати та обговорення

Аналіз стану здоров'я, масо-ростових показників 1178 пацієнток віком 45—55 років, які звернулися до жіночої консультації, показав, що у 321 (27,2 %) з них була нормальна маса тіла, у 547 (46,4 %) — надлишкова, у 185 (15,7 %) — ожиріння I ступеня, у 94 (8,0 %) — II ступеня, у 31 (2,6 %) — III ступеня. Це свідчить про суттєвий відсоток жінок з патологічною масою тіла, що може спричиняти розвиток у них гінекологічної та соматичної патології.

У процесі дослідження було встановлено, що одночасно з патологічним збільшенням маси тіла у жінок клімактеричного віку відбувається зростання і відсотка неспецифічних вагінітів (рисунок).

Отримані результати вказують на взаємозв'язок надлишкової маси тіла та неспецифічних вагінітів у 86 (26,8 %) жінок з нормальною, у 189 (34,6 %) — з надлишковою масою тіла, у 76 (41,1 %) — з ожирінням I ступеня, у 46 (48,9 %) — II ступеня, у 18 (58,1 %) — III ступеня (див. рисунок).

З анамнезу хворих усіх дослідних підгруп з неспецифічними вагінітами встановлено, що вони мали переважно середню та середню спеціальну освіту, більшість з них не були заміжні, мали надмірну масу тіла або страждали на ожиріння та найчастіше повідомляли про наявність кількох статевих партнерів. Тривалість захворювання на момент обстеження становила від 3 тиж до кількох місяців.

Аналіз клінічних даних показав, що у 36,5 % обстежених був діагностований бактеріальний вагіноз, у 29,8 % — аеробний вагініт, у 33,7 % — вульвовагінальний кандидоз. У всіх хворих діагностовано класичні прояви неспецифічного вагініту (табл. 1).

Як видно з табл. 1, до початку лікування переважно більшістю патологічних проявів були

Таблиця 1. Клінічна картина неспецифічних вагінітів у пацієток залежно від проведеної терапії, %

Симптом	Хворі на неспецифічні вагініти								
	З нормальною масою тіла			З надлишковою масою тіла			З ожирінням		
	До лікування (n = 63)	Після стандартного лікування (n = 29)	Довготривала модифікація способу життя (n = 34)	До лікування (n = 139)	Після стандартного лікування (n = 69)	Довготривала модифікація способу життя (n = 60)	До лікування (n = 115)	Після стандартного лікування (n = 64)	Довготривала модифікація способу життя (n = 51)
Відчуття дискомфорту в піхві	65,1	17,2*	11,8*	74,8	26,1*	16,7*	88,7	25*	17,6*
Подразнення	69,8	17,2*	11,8*	76,3	24,6*	15*	87,8	29,7*	23,5*
Печія	49,2	24,1	20,6*	53,2	34,8*	23,3*	58,3	37,5	31,4*
Свербіж	71,4	44,8*	35,3*	72,7	43,5*	26,7*	70,4	48,4	39,2*
Набряк	34,9	10,3*	8,8*	47,5	15,9*	13,3*	47,8	18,8*	15,7*
Гіперемія	54,0	24,1*	20,6*	65,5	26,1*	16,7*	77,4	20,3*	15,7*
Диспареунія	77,8	44,8*	29,4*	68,3	42,0*	36,7*	84,3	23,4*	21,6*
Дизурія	27,0	13,8	11,8	29,5	11,6	8,3*	29,6	7,8*	9,8*
Виділення з піхви	84,1	20,7*	17,6*	88,5	18,8*	11,7*	89,6	18,8*	11,8*
Ознаки запалення	23,8	17,2	11,8	28,8	10,1*	8,3*	36,5	14,1	9,8*
pH більше 5,0	90,5	20,7*	14,7*	87,8	24,6*	18,3*	93,9	25*	13,7*
Амінотест з 10 % KI	41,2	6,9*	5,9*	43,9	8,8*	6,7*	43,5	10,9*	7,8*

Примітка.* Достовірна різниця (p < 0,05) між групами до та після відповідного лікування.

виділення і дискомфорт у піхві, диспареунія, відчуття подразнення, свербіж, гіперемія, підвищення pH > 5,0 і позитивний амінотест.

У пацієток з надлишковою масою тіла та ожирінням прояви клінічної картини захворювання були гіршими, ніж у жінок з нормальною масою. В групі жінок з ожирінням після аналізу результатів за критеріями знаків було виявлено достовірну різницю порівняно з пацієтками з нормальною масою тіла за частотою відчуття дискомфорту в піхві, наявністю подразнень, гіперемії та ознаками запалення.

Проведений статистичний аналіз за допомогою непараметричного критерію знаків показав, що в кожній групі медіана різниці відносних частот прояву симптомів у підгрупах стандартного лікування та у підгрупах довготривалої модифікації способу життя була відмінна від 0. У групах пацієток з нормальною та надлишковою масою тіла рівень значущості різниці частоти дорівнював p = 0,016 (Z = 3,14), у групі з ожирінням — p = 0,009 (Z = 2,5), що свідчить про статистично значущі відмінності між частотою

виникнення ускладнень у підгрупах, в яких використовували різні підходи до лікування.

Для порівняння ефективності довготривалої модифікації способу життя в трьох групах (з нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням) застосовано ранговий дисперсійний аналіз за критерієм Краскела—Уолліса. Отримані результати показали, що медіани відносної частоти прояву симптомів у пацієток у підгрупах стандартного лікування та в підгрупах довготривалої модифікації способу життя статистично значуще відрізнялися (H = 7,2; p = 0,0067). Це дає підставу стверджувати, що існують суттєві відмінності між ефективністю розглянутих підходів до лікування.

Аналіз частоти рецидивів у жінок підгрупи довготривалої модифікації способу життя встановив, що у всіх трьох дослідних підгрупах рідше виникали рецидиви неспецифічного вагініту, ніж у жінок відповідних підгруп стандартної терапії з різною масою тіла. У підгрупах жінок з нормальною масою тіла різниця в частоті рецидивів після лікування становила 40 % (34,2 і 20,5 %

відповідно), з надлишковою — 31,1 % (41,2 і 28,4 % відповідно), з ожирінням — 29,8 % (55,1 і 38,7 % відповідно).

У хворих із неспецифічними вагінітами на тлі погіршення клінічної картини виявлено статистично достовірне зниження в секреті піхви рівня *Lactobacillus spp.* та підвищення — *Escherichia coli*, *Proteus clustridium spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Corinebacterium spp.*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, *Gardnerella vaginali*, *Mobiluncus spp.* (табл. 2), що свідчить про суттєвий дисбаланс мікрофлори піхви у цих пацієнток. У них відбулося заміщення корисної мікрофлори на патогенну та умовно-патогенну.

Аналіз стану мікробіоценозу піхви показав, що гірші показники відмічено у пацієнток із надлишковою масою тіла та ожирінням порівняно з такими у хворих з нормальною масою тіла (див. табл. 2): у них був статистично достовірно знижений вміст *Lactobacillus spp.* та підвищений — *Proteus*, *Staphylococcus spp.*, *Gardnerella vaginali*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, що вказує на більш виражені зміни мікробіоти у цих жінок. Особливо це стосувалося пацієнток з ожирінням, у яких спостерігали більш суттєві зміни. Це підтверджують і результати проведеного кореляційного аналізу між індексом маси тіла до початку лікування та наявністю вагінального мікробіоценозу в ІгКОЕ/мл. Так, парна кореляція між індексом маси тіла та кількістю *Lactobacillus spp.* становила +0,42, а з іншою мікрофлорою — мала від'ємні значення (*Escherichia coli* –0,38; *Proteus* –0,41; *Staphylococcus spp.* –0,34; *Streptococcus spp.* –0,36; дріжджоподібні гриби роду *Candida* –0,47; *Gardnerella vaginali* –0,35).

Результати обстеження жінок з неспецифічними вагінітами, проведеного через 6 міс від початку лікування, показало достовірне поліпшення якісного складу вагінального біотопу за всіма показниками як у дослідних підгрупах, так і в підгрупах порівняння. При цьому відзначено достовірно кращі показники в підгрупах довготривалої модифікації способу життя, а дані цих жінок наближалися до значень у здорових пацієнток. Отримані результати підтвердили наявність статистично достовірної різниці між відповідними дослідними та порівняльними підгрупами через 6 міс після початку лікування за вмістом *Lactobacillus spp.*, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginali*, *Mobiluncus spp.* та дріжджоподібних грибів роду *Candida*. Встановлено, що гірший стан мікробіоценозу був у жінок з ожирінням, яким проводили лише стандартну терапію, що статистично достовірно підтвердили результати рангового дисперсійного аналізу за критерієм Краскела—Уолліса.

Одним із важливих критеріїв оцінки ефективності віддалених результатів лікування та проти-рецидивної терапії є якість життя пацієнток. Ми визначили показники якості життя у хворих на неспецифічні вагініти залежно від проведеної терапії (табл. 3).

Як видно з табл. 3, якість життя пацієнток з неспецифічними вагінітами була достовірно нижчою, ніж жінок контрольної групи, що свідчить про негативний вплив захворювання на якість їхнього життя. Гірші показники відмічено у жінок з надлишковою масою тіла та ожирінням. Виявлено статистично достовірну різницю показників за опитувальником SF-36 та інтегральним показником якості життя CQLS між підгрупами жінок з нормальною масою тіла та ожирінням. З цим узгоджуються і дані, отримані за інтегральним показником опитувальника щодо самооцінки.

За результатами проведеної терапії було встановлено, що оцінка в балах у хворих усіх підгруп достовірно підвищувалась. У пацієнток підгруп стандартної терапії показники, що характеризували якість життя через 6 міс від початку лікування, мали достовірну різницю порівняно з такими у жінок контрольної групи, що підтверджувало тривалий вплив захворювання на якість їхнього життя і вказувало на необхідність залучення додаткових заходів до лікувального процесу для поліпшення якості їхнього життя. У пацієнток дослідних підгруп через 6 міс спостерігали кращу оцінку якості життя, ніж у жінок після стандартного лікування, проте у них зберігалась статистично достовірна різниця за окремими показниками порівняно з такими в контрольній групі, що спонукало до необхідності проведення у них більш тривалого лікувально-профілактичного процесу з метою поліпшення якості життя.

У хворих на неспецифічні вагініти відзначено більш низьку оцінку показників якості життя за опитувальником SF-36, за оцінкою інтегрального показника якості життя CQLS, вищі цифри за опитувальником самооцінки, що вказує на погіршення якості їхнього життя.

Наведене вище свідчить про суттєвий вплив надмірної маси тіла та ожиріння на частоту неспецифічних вагінітів, погіршення клінічної картини захворювання, зниження якості життя пацієнток та зростання частоти рецидивів. Це обґрунтовує необхідність надання медичної допомоги жінкам клімактеричного віку із неспецифічними вагінітами на тлі ожиріння і потребує пошуку нових підходів до терапії цієї патології.

У процесі дослідження було проаналізовано клінічну картину, стан мікробіоценозу піхви, якість життя пацієнток клімактеричного віку з

Таблиця 2. Вагінальний мікробіоценоз пацієнток залежно від проведеної терапії, ІгКОЕ/мл

Мікроорганізм	Хворі на неспецифічні вагініти												
	З нормальною масою тіла				З надлишковою масою тіла				З ожирінням				
	Контрольна група	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя
<i>Lactobacillus spp.</i>	6,8 ± 0,30	3,9 ± 0,24*	5,3 ± 0,24**	5,7 ± 0,19**	3,5 ± 0,23*	4,8 ± 0,27**	5,3 ± 0,26**	2,8 ± 0,24*□	4,3 ± 0,25**	5,1 ± 0,23**	2,8 ± 0,24*□	4,3 ± 0,25**	5,1 ± 0,23**
<i>Escherichia coli</i>	2,9 ± 0,16	5,5 ± 0,23*	3,7 ± 0,21**	3,3 ± 0,21#	5,8 ± 0,34*	3,5 ± 0,27**	2,9 ± 0,22#	6,5 ± 0,32*□	4,5 ± 0,21**	3,6 ± 0,22**	6,5 ± 0,32*□	4,5 ± 0,21**	3,6 ± 0,22**
<i>Proteus</i>	2,0 ± 0,15	3,1 ± 0,23*	2,7 ± 0,24	2,5 ± 0,21	3,6 ± 0,35*	2,6 ± 0,24	2,3 ± 0,18#	4,3 ± 0,34*□	2,3 ± 0,21#	2,1 ± 0,15#	4,3 ± 0,34*□	2,3 ± 0,21#	2,1 ± 0,15#
<i>Clostridium spp.</i>	2,4 ± 0,19	3,3 ± 0,26*	2,8 ± 0,30	2,6 ± 0,17#	3,8 ± 0,33*	3,0 ± 0,24*	2,8 ± 0,17#	3,8 ± 0,32*	3,1 ± 0,29	2,9 ± 0,24	3,8 ± 0,32*	3,1 ± 0,29	2,9 ± 0,24
<i>Staphylococcus spp.</i>	2,6 ± 0,23	5,5 ± 0,29*	3,1 ± 0,30#	2,9 ± 0,16#	6,5 ± 0,32*□	3,9 ± 0,18**	3,2 ± 0,22#	6,7 ± 0,33*□	4,6 ± 0,37**	3,6 ± 0,28#	6,7 ± 0,33*□	4,6 ± 0,37**	3,6 ± 0,28#
<i>Streptococcus spp.</i>	2,5 ± 0,18	4,1 ± 0,20*	3,2 ± 0,29*	2,9 ± 0,23*	5,0 ± 0,35*	4,0 ± 0,26**	3,3 ± 0,22#	5,4 ± 0,24*□	4,1 ± 0,17**	3,6 ± 0,17**	5,4 ± 0,24*□	4,1 ± 0,17**	3,6 ± 0,17**
<i>Cornebacterium spp.</i>	2,3 ± 0,25	3,0 ± 0,16*	2,1 ± 0,15#	2,3 ± 0,14#	3,7 ± 0,28*	2,5 ± 0,22#	2,4 ± 0,16	3,8 ± 0,33*	3,5 ± 0,31*	3,1 ± 0,22	3,8 ± 0,33*	3,5 ± 0,31*	3,1 ± 0,22
Дріжджоподібні гриби роду <i>Candida</i>	2,1 ± 0,20	4,7 ± 0,32*	3,9 ± 0,31*	2,6 ± 0,18**	5,7 ± 0,33*□	4,3 ± 0,28**	3,2 ± 0,19**	6,6 ± 0,33*□	4,1 ± 0,23**	3,5 ± 0,26**	6,6 ± 0,33*□	4,1 ± 0,23**	3,5 ± 0,26**
<i>Gardnerella vaginalis</i>	2,2 ± 0,23	6,2 ± 0,35*	3,5 ± 0,28**	2,4 ± 0,16**	7,2 ± 0,36*	4,9 ± 0,21**	3,5 ± 0,23**	7,7 ± 0,38*□	4,4 ± 0,35**	3,4 ± 0,24**	7,7 ± 0,38*□	4,4 ± 0,35**	3,4 ± 0,24**
<i>Mobiluncus spp.</i>	2,5 ± 0,25	5,4 ± 0,32*	3,5 ± 0,21**	2,9 ± 0,26*	5,6 ± 0,33*	4,1 ± 0,20**	3,4 ± 0,24#	6,5 ± 0,32*	4,6 ± 0,19**	3,1 ± 0,34#	6,5 ± 0,32*	4,6 ± 0,19**	3,1 ± 0,34#

Примітка. * Достовірна різниця (p < 0,05) порівняно з показником контрольної групи; # Достовірна різниця (p < 0,05) між групами до та після відповідного лікування; □ Достовірна різниця (p < 0,05) порівняно з показником групи жінок з нормальною і надмірною масою тіла до лікування; * Достовірна різниця (p < 0,05) між показниками у групах після стандартного лікування та після довготривалої модифікації способу життя. Так само в табл. 3—5.

Таблиця 3. Мікробіоценоз шкіри у пацієнток залежно від проведеної терапії, ІгКОЕ/мл

Мікроорганізм	Хворі на неспецифічні вагініти												
	З нормальною масою тіла				З надлишковою масою тіла				З ожирінням				
	Контрольна група	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя	До лікування	Після стандартного лікування	Довготривала модифікація способу життя
Загальна кількість бактерій	3,7 ± 0,16	4,5 ± 0,18	4,1 ± 0,17	3,8 ± 0,15#	4,7 ± 0,18*□	4,0 ± 0,17#	3,9 ± 0,15#	4,8 ± 0,17*□	4,3 ± 0,16	3,9 ± 0,15#	4,8 ± 0,17*□	4,3 ± 0,16	3,9 ± 0,15#
<i>Staphylococcus aureus</i>	0,48 ± 0,08	0,88 ± 0,10*	0,61 ± 0,10*	0,53 ± 0,05#	1,16 ± 0,14*	0,83 ± 0,08**	0,63 ± 0,05**	1,27 ± 0,12*□	1,04 ± 0,10**	0,71 ± 0,08**	1,27 ± 0,12*□	1,04 ± 0,10**	0,71 ± 0,08**
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	0,49 ± 0,05	0,28 ± 0,03*	0,37 ± 0,03#	0,46 ± 0,04#	0,24 ± 0,03*	0,39 ± 0,04#	0,44 ± 0,04#	0,21 ± 0,02*	0,40 ± 0,04#	0,47 ± 0,04#	0,21 ± 0,02*	0,40 ± 0,04#	0,47 ± 0,04#
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	0,42 ± 0,07	0,57 ± 0,05	0,49 ± 0,04	0,45 ± 0,04	0,64 ± 0,06*	0,52 ± 0,04	0,46 ± 0,05#	0,70 ± 0,06*	0,58 ± 0,04	0,47 ± 0,04#	0,70 ± 0,06*	0,58 ± 0,04	0,47 ± 0,04#
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	0,38 ± 0,04	0,45 ± 0,06	0,40 ± 0,05	0,38 ± 0,04	0,50 ± 0,05	0,46 ± 0,05	0,43 ± 0,04	0,59 ± 0,06*	0,47 ± 0,05	0,41 ± 0,04#	0,59 ± 0,06*	0,47 ± 0,05	0,41 ± 0,04#
<i>Staphylococcus hominis</i>	0,39 ± 0,04	0,27 ± 0,02*	0,32 ± 0,03#	0,36 ± 0,04**	0,21 ± 0,02*	0,31 ± 0,03#	0,36 ± 0,03#	0,18 ± 0,02*□	0,27 ± 0,03#	0,34 ± 0,03#	0,18 ± 0,02*□	0,27 ± 0,03#	0,34 ± 0,03#
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0,08 ± 0,02*	0	0	0,15 ± 0,02*□	0,6 ± 0,02**	0,02 ± 0,02#	0,20 ± 0,02*□	0,12 ± 0,02**	0,5 ± 0,02**	0,20 ± 0,02*□	0,12 ± 0,02**	0,5 ± 0,02**
Гриби роду <i>Candida</i>	1,45 ± 0,17	2,2 ± 0,19*	1,71 ± 0,15	1,54 ± 0,12#	2,6 ± 0,20*	1,98 ± 0,18*	1,43 ± 0,14**	2,9 ± 0,24*□	2,32 ± 0,19*	1,78 ± 0,17**	2,9 ± 0,24*□	2,32 ± 0,19*	1,78 ± 0,17**
Гриби роду <i>Malassezia spp.</i>	1,23 ± 0,17	1,72 ± 0,18	1,47 ± 0,14	1,31 ± 0,13	1,87 ± 0,19*	1,55 ± 0,19	1,34 ± 0,14#	1,95 ± 0,20*	1,58 ± 0,17	1,36 ± 0,13#	1,95 ± 0,20*	1,58 ± 0,17	1,36 ± 0,13#

неспецифічними вагінітами на тлі надмірної маси та ожиріння до та після лікування. Крім стандартного лікування у них було проаналізовано ефективність довготривалої модифікації способу життя з лікувально-профілактичною метою. Результати аналізу ефективності довготривалої модифікації способу життя у лікуванні хворих на неспецифічні вагініти наведено в табл. 1–3.

Відомо, що порушення мікробіоценозу в організмі людини має системний характер, зокрема й у розвитку та прогресуванні захворювань шкіри [7]. Певної уваги заслуговує стан мікробіоценозу шкіри у пацієнток з неспецифічними вагінітами. З огляду на це нами було проведено дослідження та виявлено відмінності у цих жінок. Як видно з табл. 3, у хворих клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами на тлі надмірної маси тіла та ожиріння на момент включення в дослідження порівняно з показниками у здорових жінок були статистично достовірно більшими загальне обсіменіння шкіри, кількість *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, грибів роду *Candida*; меншими — *Staphylococcus epidermidis* та *Staphylococcus hominis*. Це свідчить про наявність у них мікробіологічного зсуву, заміщення *Staphylococcus epidermidis* та *Staphylococcus hominis* більш патогенними *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* та грибами роду *Candida*. Підтвердженням цього є результати аналізу парної кореляції до початку проведення лікувально-профілактичних заходів між індексом маси тіла та кількістю мікрофлори шкіри. Значення парної кореляції було позитивним за даними аналізу із загальною кількістю бактерій ($r = +0,32$); *Staphylococcus aureus* ($r = +0,40$); *Streptococcus pyogenes* ($r = +0,36$); грибами роду *Candida* ($r = +0,42$) та від'ємними — із *Staphylococcus epidermidis* ($r = -0,37$) та *Staphylococcus hominis* ($r = +0,33$).

У підгрупах стандартного лікування через 6 міс від початку дослідження статистично достовірно зменшилась загальна кількість бактерій, знизився вміст *Staphylococcus aureus*, підвищився — *Staphylococcus epidermidis* та *Staphylococcus hominis*. Попри достовірне зменшення загальної кількості бактерій та зниження вмісту *Staphylococcus aureus*, тенденцію до зниження концентрації *Streptococcus pyogenes* та грибів роду *Candida* в підгрупах стандартного лікування, їхня кількість не зменшувалася і не досягла показників у групі здорових осіб, що свідчить про відсутність нормалізації кількості цих мікроорганізмів і потребує пошуку шляхів до підвищення ефективності терапії.

Як видно з табл. 3, у підгрупах хворих клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами на

тлі надлишкової маси та ожиріння, які на фоні стандартної терапії здійснювали довготривалу модифікацію способу життя, через 6 міс від початку лікування статистично достовірно зменшилась загальна кількість бактерій, знизився вміст *Staphylococcus aureus*, грибів роду *Candida*, а концентрація *Staphylococcus epidermidis* та *Staphylococcus hominis* достовірно зроста. Причому достовірне зростання порівняно з показниками у групі здорових осіб було досягнуто лише за вмістом *Streptococcus pyogenes*. Фактично в підгрупах хворих на неспецифічні вагініти, які здійснювали довготривалу модифікацію способу життя, майже нормалізувався мікробіоценоз шкіри. Про ефективність довготривалої модифікації способу життя в лікуванні неспецифічних вагінітів у пацієнток клімактеричного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням свідчить наявність статистично достовірної різниці за загальною кількістю бактерій, вмістом *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*, *Streptococcus pyogenes*, грибів роду *Candida* після лікування протягом 6 міс між підгрупами лише стандартної терапії та із додатковим впровадженням довготривалої модифікації способу життя.

Під час дослідження було визначено якість життя хворих клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами (табл. 4).

Згідно з даними табл. 4 до лікування у пацієнток як з нормальною, так і з надлишковою масою тіла та ожирінням спостерігали достовірно гірші порівняно з показниками у жінок контрольної групи відмінності щодо якості життя за всіма показниками. У групі жінок з ожирінням до лікування була достовірно гірша якість життя порівняно з показником у групі хворих як з нормальною, так і з надлишковою масою тіла, що свідчить про негативний вплив ожиріння на якість їхнього життя.

Певної уваги заслуговують і результати проведеного кореляційного аналізу до початку лікування між індексом маси тіла та показниками за SF36. Отримані від'ємні значення парної кореляції між індексом маси тіла та більшістю показників, що характеризують як фізичний, так і психічний стан, слабкої сили (r для різних показників від $-0,32$ до $-0,41$) вказують, що у міру збільшення маси тіла погіршується якість життя. Виявлена парна кореляція має слабку силу. На якість життя впливає також і велика кількість інших чинників. Проте отримані результати парної кореляції беззаперечно свідчать про негативний вплив збільшеної маси тіла на якість життя пацієнток.

Аналізуючи віддалені результати оцінки якості життя через 6 міс від початку лікування

(див. табл. 4), встановлено, що у хворих дослідних підгруп, які здійснювали довготривалу модифікацію способу життя, на відміну від підгруп порівняння достовірно покращилась якість життя. За суб'єктивною оцінкою пацієнок підгруп порівняння, показники фізичного функціонування у них були достовірно нижчими, ніж у підгрупах довготривалої модифікації способу життя, так само, як і рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, та загального стану здоров'я.

У підгрупах порівняння на відміну від підгруп довготривалої модифікації способу життя відмічено нижчу оцінку загального стану здоров'я й життєвої активності, що зменшувало можливість повноцінно працювати та брати участь у соціальному функціонуванні.

Це свідчить, що хворі з надлишковою масою тіла та ожирінням, яким проводили стандартну терапію неспецифічних вагінітів через 6 міс від початку лікування, порівняно з показниками у жінок дослідних підгруп була нижче оцінка власної фізичної працездатності та більші обмеження через хворобу. Оцінка психічного здоров'я у них підтверджує наявність занепокоєння та тривожності.

Із зазначеним вище узгоджуються і результати, отримані нами при аналізі інтегративного показника якості життя CQLS за О.С. Чабаном [10]. У хворих дослідних підгруп, які здійснювали довготривалу модифікацію способу життя, був вищий інтегративний показник якості життя, ніж у жінок підгруп стандартної терапії (див. табл. 4).

Результати проведеного дослідження щодо якості життя хворих свідчать, що довготривала модифікація способу життя має суттєві переваги не лише щодо лікування та запобігання рецидивам неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння на відміну від стандартної терапії, але й у збереженні та поліпшенні якості їхнього життя.

Враховуючи виявлені зміни клінічної картини, психологічного стану, якості життя у пацієнок клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння, нами було визначено концентрацію ліпідів та індекс НОМА залежно від проведеного лікування (табл. 5).

Як видно з табл. 5, до лікування у підгрупах пацієнок клімактеричного віку з нормальною масою тіла виявлено підвищення рівня холестерину на 9,3 %, β -ліпопротеїнів — на 12,4 %, тригліцеридів — на 7,7 %, індексу НОМА — на 15,6 %; відмічено зростання цих показників у підгрупах жінок з надлишковою масою тіла (22,1; 25,2; 23,1 і 21,2 % відповідно) та ожирінням (36,9; 31,8; 50,6 і 40,6 % відповідно). Не виявлено ста-

тистично достовірної різниці між показниками у жінок відповідних підгруп після стандартного лікування та довготривалої модифікації способу життя. Проте, як видно з табл. 5, відзначено чітку тенденцію до більш низьких концентрацій холестерину, β -ліпопротеїнів, тригліцеридів та індексу НОМА. Це спонукало нас до порівняння отриманих результатів після лікування жінок відповідних груп за допомогою критерію знаків Вілкоксона, що показало наявність статистично достовірної різниці за концентрацією холестерину, β -ліпопротеїнів, тригліцеридів та індексу НОМА у хворих з ожирінням після лікування між підгрупами стандартного лікування та довготривалої модифікації способу життя. Це підтверджує наявність порушень у цих жінок ліпідного та вуглеводного обміну, що потребує відповідної корекції (див. табл. 5).

Відповідно до отриманих результатів дослідження встановлено, що довготривала модифікація способу життя на відміну від стандартної терапії має суттєві переваги не лише у лікуванні та запобіганні виникненню рецидивів, але й нормалізації ліпідного обміну та індексу НОМА.

На підставі результатів проведеного дослідження виявлено негативний вплив надлишкової маси тіла та ожиріння на частоту та перебіг неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку. Вікові зміни у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі жінок, особливо за наявності ожиріння, призводять до порушень синтезу гонадотропних і статевих гормонів, наслідком чого є зниження рівня естрогенів, що впливає на порушення мікробіому піхви та збільшення у них відсотка рецидивів неспецифічних вагінітів [6]. З огляду на це важливим є визначення деяких особливостей перебігу захворювання у таких жінок з метою удосконалення підходів до терапії та профілактики рецидивів.

Аналізуючи отримані результати, автори дійшли висновку, що хворі всіх груп до початку лікування скаржилися на патологічні виділення з піхви, диспареунію, подразнення, свербіж, гіперемію, але у пацієнок з надлишковою масою тіла та ожирінням клінічна картина захворювання була гіршою, ніж у жінок з нормальною масою.

Результати обстеження, проведеного через 6 міс від початку стандартного лікування, підтвердили, що у пацієнок з надлишковою масою тіла та ожирінням рецидиви захворювання відзначалися значно частіше, ніж у жінок з нормальною масою тіла, що ще раз свідчить про негативний вплив надлишкової маси тіла на перебіг неспецифічних вагінітів і потребує подальшого пошуку шляхів їхнього лікування. Менш низька частота рецидивів захворювання в підгрупах дов-

Таблиця 4. Застосування опитувальника SF-36, спеціального опитувальника за Ю.Г. Резніченко і співавт., оцінка якості життя за О.С. Чабаном у пацієнтів залежно від проведеної терапії, бал

Показник	Хворі на неспецифічні вагітні												
	З нормальною масою тіла				З надлишковою масою тіла				З ожирінням				
	Контрольна група		Після стандартного лікування		Довгогривала модифікація способу життя		Після стандартного лікування		Довгогривала модифікація способу життя		Після стандартного лікування		Довгогривала модифікація способу життя
Фізичне функціонування	65,4 ± 2,4	55,1 ± 2,6*	58,8 ± 2,2*	60,6 ± 2,4	48,5 ± 2,3*	51,2 ± 2,2**	57,8 ± 2,2*	46,5 ± 2,1*□	50,2 ± 2,2*	54,5 ± 2,3**	52,7 ± 3,5**	52,7 ± 3,5**	52,7 ± 3,5**
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	62,3 ± 3,1	49,4 ± 2,6*	56,8 ± 2,2**	58,7 ± 2,3*	43,4 ± 2,0*	51,2 ± 2,6**	55,4 ± 2,1*	39,8 ± 1,7*□	48,5 ± 1,8*	48,5 ± 1,8*	48,5 ± 1,8*	48,5 ± 1,8*	
Інтенсивність болу	73,2 ± 4,1	62,7 ± 3,0*	66,7 ± 3,1	69,1 ± 3,0	59,0 ± 2,8*	63,7 ± 2,6	69,3 ± 2,7	52,3 ± 3,2*	63,1 ± 3,4*	68,3 ± 3,2*	68,3 ± 3,2*	68,3 ± 3,2*	
Загальний стан здоров'я	67,4 ± 3,4	51,6 ± 3,1*	59,2 ± 3,2	64,4 ± 3,0*	47,2 ± 2,3*	57,3 ± 2,4*	59,2 ± 2,4*	41,6 ± 3,0*□	45,2 ± 2,4*	54,3 ± 2,8**	54,3 ± 2,8**	54,3 ± 2,8**	
Життєва активність	72,1 ± 3,7	58,3 ± 3,2*	66,2 ± 3,4	68,8 ± 3,6	54,3 ± 3,2*	58,4 ± 2,3*	65,6 ± 3,11*	45,7 ± 2,8*□	56,6 ± 2,3**	65,5 ± 2,7**	65,5 ± 2,7**	65,5 ± 2,7**	
Соціальне функціонування	77,4 ± 3,1	67,7 ± 3,6	71,7 ± 3,3	74,4 ± 3,5	60,3 ± 3,4*	64,3 ± 2,2*	71,1 ± 3,1*	52,8 ± 3,1*□	58,1 ± 2,2*	67,4 ± 3,3**	67,4 ± 3,3**	67,4 ± 3,3**	
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	84,4 ± 4,2	67,9 ± 3,3*	72,7 ± 3,2*	78,1 ± 2,6*	62,9 ± 3,3*	66,7 ± 3,5	78,7 ± 3,2**	56,5 ± 3,2*□	61,3 ± 2,5*	73,6 ± 3,7**	73,6 ± 3,7**	73,6 ± 3,7**	
Психічне здоров'я	72,2 ± 3,4	62,3 ± 3,5	65,5 ± 3,4	70,1 ± 3,3	58,4 ± 2,9*	65,8 ± 2,3	68,7 ± 2,9	52,4 ± 2,6*□	58,4 ± 2,1*	66,3 ± 2,3*	66,3 ± 2,3*	66,3 ± 2,3*	
Інтерактивний показник якості життя за О.С. Чабаном, бал	71,3 ± 1,5	61,7 ± 1,5*	64,4 ± 1,6*	68,5 ± 1,5*	54,6 ± 1,6*□	59,5 ± 1,1**	64,3 ± 1,6**	48,6 ± 1,7*□	56,2 ± 1,7**	62,3 ± 1,5**	62,3 ± 1,5**	62,3 ± 1,5**	
Інтерактивний показник опитувальника за Ю.Г. Резніченко і співавт., бал	0,9 ± 0,1	1,83 ± 0,2*	1,47 ± 0,1*	1,25 ± 0,1**	2,22 ± 0,2*	1,74 ± 0,1**	1,58 ± 0,2**	2,62 ± 0,2*□	2,18 ± 0,1**	1,76 ± 0,2**	1,76 ± 0,2**	1,76 ± 0,2**	

Таблиця 5. Концентрація ліпідів та індекс НОМА в крові у пацієнтів залежно від проведеної терапії

Показник	Хворі на неспецифічні вагітні												
	З нормальною масою тіла				З надлишковою масою				З ожирінням				
	Контрольна група		Після стандартного лікування		Довгогривала модифікація способу життя		Після стандартного лікування		Довгогривала модифікація способу життя		Після стандартного лікування		Довгогривала модифікація способу життя
Холестерин, ммоль/л	4,07 ± 0,10	4,45 ± 0,15	4,23 ± 0,16	4,16 ± 0,19	4,97 ± 0,11*	4,79 ± 0,15*	4,33 ± 0,16*	5,57 ± 0,18*□	5,19 ± 0,12*	4,78 ± 0,18**	4,78 ± 0,18**	4,78 ± 0,18**	
β-Ліпопротеїни, %	41,2 ± 0,4	46,3 ± 0,6*	44,1 ± 0,8	42,9 ± 0,7	51,6 ± 0,6*	49,8 ± 0,6*	45,4 ± 0,7**	54,3 ± 0,8*	50,5 ± 0,6*	48,1 ± 0,7*	48,1 ± 0,7*	48,1 ± 0,7*	
Тригліцериди, ммоль/л	1,56 ± 0,09	1,68 ± 0,08	1,64 ± 0,09	1,60 ± 0,07	1,92 ± 0,11*	1,89 ± 0,10*	1,69 ± 0,11	2,35 ± 0,14*□	2,26 ± 0,15*	2,11 ± 0,16*	2,11 ± 0,16*	2,11 ± 0,16*	
Індекс НОМА	2,12 ± 0,09	2,45 ± 0,11*	2,24 ± 0,14	2,18 ± 0,16	2,57 ± 0,13*	2,48 ± 0,12*	2,34 ± 0,11	2,98 ± 0,11*□	2,73 ± 0,13*	2,53 ± 0,10**	2,53 ± 0,10**	2,53 ± 0,10**	

готривалої модифікації способу життя свідчить про ефективність її застосування в комплексній терапії неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку.

Також заслуговують на увагу більш суттєве погіршення стану мікробіоти у пацієнок із неспецифічними вагінітами зі збільшеною масою тіла та ефективність позитивного впливу на гормональний дисбаланс і поліпшення стану мікробіоти у жінок клімактеричного віку.

Показники якості життя хворих з неспецифічними вагінітами на тлі ожиріння залишаються найгіршими і через 6 міс після лікування, що потребує проведення триваліших курсів терапії та профілактичних протирецидивних заходів і, безперечно, лікування ожиріння відповідно до чинних стандартів.

У процесі дослідження у пацієнок клімактеричного віку виявлено наявність порушень ліпідного обміну та індексу НОМА. Під впливом довготривалої модифікації способу життя ці показники у жінок дослідних підгруп нормалізувались на відміну від таких у пацієнок підгруп порівняння.

Отже, довготривала модифікація способу життя у лікуванні неспецифічних вагінітів у жінок клімактеричного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням сприяє відновленню нормального біотопу в піхві та на шкірі, зниженню частоти рецидивів захворювання порівняно з показниками у підгрупах стандартної терапії, поліпшенню якості життя пацієнок та нормалізації ліпідного обміну.

Висновки

У жінок клімактеричного віку з надлишковою масою тіла та ожирінням частіше, ніж у пацієнок з нормальною масою тіла, виникають неспецифічні вагініти, які мають більш тяжкий перебіг і вірогідність рецидивів, супроводжуються зниженням якості життя та порушенням біотопу піхви та шкіри.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження, збір, аналіз та інтерпретація даних, написання, редагування статті — Н.Ю. Резніченко, Г.І. Резніченко, С.А. Сміян, І.І. Трещак, О.Д. Рязанова, О.М. Петрашина, Н.В. Понеділок.

Довготривала модифікація способу життя у складі лікування хворих клімактеричного віку з неспецифічними вагінітами та ожирінням сприяло достовірному, на відміну від такого у жінок, яким проводили стандартну терапію, зростанню вмісту *Lactobacillus spp.* та достовірному зниженню — *Escherichia coli*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, *Gardnerella vaginalis* та *Mobiluncus spp.* як у піхві, так і на шкірі.

Спостереження за пацієнтками протягом 6 міс показало, що довготривала модифікація способу життя має суттєві переваги у збереженні та поліпшенні якості життя, а також підвищенні їхньої самооцінки на відміну від показників у жінок підгруп стандартної терапії. Вища ефективність лікування хворих на неспецифічні вагініти досягнута у жінок з нормальною масою тіла, а гіршою була за наявності ожиріння.

У процесі дослідження у пацієнок клімактеричного віку виявлено порушення ліпідного обміну та індексу НОМА. Довготривала модифікація способу життя сприяла їхній нормалізації на відміну від показників у жінок підгруп порівняння.

Отримані результати обґрунтовують доцільність довготривалої модифікації способу життя у лікуванні неспецифічних вагінітів у пацієнок клімактеричного віку, оскільки це має суттєві переваги щодо відновлення мікробіоценозу піхви та шкіри, профілактики рецидивів, збереження та поліпшення якості життя, забезпечує достовірне підвищення їхньої самооцінки, сприяє нормалізації ліпідного обміну на відміну від показників у жінок підгруп стандартної терапії. Результати дослідження дають підставу широко впроваджувати в практичну роботу довготривалу модифікацію способу життя у лікуванні хворих клімактеричного віку на неспецифічні вагініти на тлі ожиріння та проведення більш тривалих лікувально-профілактичних заходів.

Перспективи подальших наукових досліджень полягають у продовженні вивчення неспецифічних вагінітів у жінок в умовах стресу.

Список літератури

1. Аномальні вагінальні виділення. Клінічна настанова, заснована на доказах. Наказ МОЗ України від 15.12.2022 № 2264. Доступно на: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/knavv2022-2264.pdf>.
2. Климнюк СІ, Михайлишин ГІ, Маланчук ЛМ. Мікробіологічні особливості бактеріальних вагінозів у жінок різних вікових категорій та шляхи їх мікробіологічної корекції. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019;3:21-31. doi:10.11603/1811-2471.2019.vi3.10258.
3. Луста М, Воронкова О, Фінькова О та ін. Мікробіологічний моніторинг антибіотикорезистентності штамів *Streptococcus agalactiae* у вагітних. Регуляторні механізми в біосистемах. 2023;14(2):208-212. doi: 10.15421/022331.
4. Михайловська НС, Мануйлов СМ, Грищай АВ, Кулинич ТО. Вплив психовегетативних розладів на когнітивний статус та якість життя хворих на ішемічну хворобу серця із супутньою артеріальною гіпертензією. Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3:19-24. doi: 10.11603/1681-2786.2019.3.10588.
5. Попов СВ, Смиян ОІ, Профатило АО. Современная концепция формирования неонатального микробиома. Восточноукраинский медицинский журнал. 2021;9(1):18-28. doi: 10.21272/eumj.2021;9(1):18-28.
6. Резніченко ГІ, Резніченко НЮ. Пошук шляхів до менопаузальної гормональної терапії та корекції бактеріального вагінозу на тлі клімактеричного синдрому. Репродуктивна ендокринологія. 2021;58:73-78. doi: 10.18370/2309-4117.2021.58.73-78.
7. Резніченко ЮГ, Резніченко НЮ, Резніченко ГІ. Корекція дисбіотичних станів у віковому аспекті. Запоріжжя: Просвіта; 2016. 156 с.
8. Стандарт надання медичної допомоги «Ожиріння у дорослих». Наказ МОЗ від 03.03.2023 № 427. Доступно на: <https://www.dec.gov.ua/mtd/ozhyrinnya-u-doroslyh/>.
9. Татарчук ТФ, Калугіна ЛВ, Петрова ГА та ін. Синдром вагінальних виділень. Проблема з багатьма невідомими. Репродуктивна ендокринологія. 2020;53:94-100. doi: 10.18370/2309-4117.2020.53.94-100.
10. Хаустова ОО, Чабан ОС. Практична психосоматика: діагностичні шкали. 2021. 200 с. https://www.researchgate.net/publication/351086530_Prakticna_psihosomatika_diagnostichni_skali_Navcalnij_posibnik.
11. Phillips NA, Bachmann G, Haefner H, et al. Topical Treatment of Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: An Expert Consensus. Women's Health Reports. 2022;3(1):38-42. doi: 10.1089/whr.2021.0065.
12. Rather MA, Gupta K, Mandal M. Microbial biofilm: formation, architecture, antibiotic resistance, and control strategies. Braz J Microbiol. 2021;52(4):1701-1718. doi: 10.1007/s42770-021-00624-x.
13. Sonthalia S, et al. Aerobic vaginitis — An underdiagnosed cause of vaginal discharge — Narrative review. Int J STD AIDS. 2020 Oct;31(11):1018-1027. doi: 10.1177/0956462420913435.
14. Vaginitis in Nonpregnant Patients: ACOG Practice Bulletin, Number 215. Obstet Gynecol. 2020 Jan;135(1):e1-e17. doi: 10.1097/AOG.0000000000003604.
15. Vodstrel LA, et al. Bacterial vaginosis: drivers of recurrence and challenges and opportunities in partner treatment. BMC Med. 2021 Sep 2;19(1):194. doi: 10.1186/s12916-021-02077-3.

N.Yu. Reznichenko¹, G.I. Reznichenko¹, S.A. Smiyan², I.I. Treshchak³, O.D. Ryazanova¹, O.M. Petrashina⁴, N.V. Ponedilok⁴

¹Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

²Sumy State University

³Women's Health Center «Miriam», Uzhhorod

⁴KNP «Zaporizhzhia Regional Clinical Children's Hospital» ZOR

Finding ways to correct nonspecific vaginitis in menopausal women with obesity

Objective — to increase the effectiveness of treatment of nonspecific vaginitis in menopausal women with excess body weight and obesity through long-term lifestyle modification.

Materials and methods. 1178 patients aged 45–55 years were examined, including 317 with nonspecific vaginitis, who were divided into 3 study groups: with a healthy body weight, overweight and obesity. Each group was divided into three subgroups of comparison with standard therapy and three study groups that applied long-term lifestyle modification (actively and systematically used behavioral therapy, physical activity and a low-calorie diet) for 6 months. The control group consisted of 72 volunteers.

Results and discussion. In the study subgroups of women who used long-term lifestyle modification, recurrences of nonspecific vaginitis were less frequent than in the corresponding comparison subgroups. Thus, after 6 months, in subgroups of women with a healthy body weight, the difference in the frequency of relapses after treatment was 40 % greater (34.2 vs 20.5 %), with excess body weight — 31.1 % (41.2 vs 28.4 %), with obesity — 29.8 % (55.1 vs 38.7 %). A significant deterioration in the state of the microbiota in menopausal patients with increased body weight and the effectiveness of the use of long-term lifestyle modification on its condition were established. It was proven that excess body weight and obesity in women negatively affected the frequency of nonspecific vaginitis, clinical picture, decreased quality of life, and frequency of relapses. Active and systematic use of behavioral therapy, physical activity, and a low-calorie diet in patients with nonspecific vaginitis in menopause had significant advantages in preventing relapses, compared to standard therapy, and in preserving and improving the quality of life of obese patients.

Conclusions. Overweight and obese women are more likely than healthy women to suffer from nonspecific vaginitis, which is more severe and recurrent, accompanied by a decrease in quality of life and a disruption of the vaginal and skin biotope. After 6 months in obese postmenopausal women, the use of long-term lifestyle modification contributes to the restoration of the vaginal and skin microbiome, a decrease in the frequency of recurrences of nonspecific vaginitis and an improvement in quality of life compared with subgroups with standard therapy. The best effect of treatment was observed in women with a healthy body weight, and the worst in the presence of obesity.

Keywords: nonspecific vaginitis, prevention, treatment, lifestyle modification, microbiota, quality of life, obesity.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 15.10.2024.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 06.12.2024.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;4:4-16. doi: 10.30978/UJDVK2024-4-4.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2024;4:4-16. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2024-4-4>.

Дані про авторів / Author's informations

Резніченко Наталія Юріївна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-5448-7833>

69065, Запоріжжя, вул. Дудикіна, 9

Email: n.reznichenkog@gmail.com

Резніченко Галина Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-5721-622X>

Сміян Світлана Анатоліївна, к. мед. н., доц. кафедри акушерства, гінекології та планування сім'ї

<http://orcid.org/0000-0002-7679-2302>

Трещак Іван Іванович, к. мед. н., лікар Центру жіночого здоров'я «Міріам»

Рязанова Олена Дмитрівна, аспірантка кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини

<http://orcid.org/0000-0002-2717-4890>

Петрашина Олена Миколаївна, зав. бактеріологічної лабораторії

Понеділок Наталія Василівна, зав. клінічної лабораторії