

# Обґрунтування лікувальної тактики на преконцепційному етапі у пацієнток з патологічними вагінальними виділеннями та обтяженим невиношуванням анамнезом

**Н.В. Щурук, В.І. Пирогова**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності та безпеки застосування комплексного препарату гінекіт на етапі прекоцепційної підготовки у жінок з обтяженим втратою вагітності анамнезом та неускладненими змішаними генітальними інфекціями.

**Матеріали та методи.** Обстежено 65 жінок з репродуктивними втратами в анамнезі, які звернулись з приводу патологічних вагінальних виділень. Діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом (*C. trachomatis*, *T. vaginalis*, HSV-II, HPV), стану мікробіоти піхви здійснювали методом ПЛР з детекцією результатів у режимі реального часу. Бактеріальний вагіноз (БВ) верифікували за системою Amsel.

**Результати.** У всіх обстежених пацієнток в анамнезі – самовільний викидень у I (56,9%) або II (43,1%) триместрі вагітності. За результатами обстеження пацієнтки були розподілені на клінічні групи. У 26,2% жінок інфекційна патологія нижнього відділу статевого тракту підтверджена не була; 26,2% пацієнток не дали згоди на участь у дослідженні і увійшли до групи порівняння, яка отримувала терапію відповідно до існуючих клінічних настанов. Тридцять одна пацієнтка зі змішаним генітальним інфікуванням (основна група) отримувала комплексний препарат гінекіт. Позитивна динаміка була відзначена всіма пацієнтками основної групи, які фіксували зникнення суб'єктивних відчуттів у середньому на  $2,2 \pm 0,3$  доби. Після лікування *T. vaginalis* БВ не було виявлено у жодної пацієнтки, активний мікотичний процес за відсутності скарг зберігся у 4,8% жінок, повна ерадикація *C. trachomatis* досягнута у 92,3% пацієнток.

**Заключення.** Зменшення терміну лікування змішаних генітальних інфекцій на етапі прекоцепційної підготовки у жінок з обтяженим невиношуванням акушерсько-гінекологічним анамнезом досягається обґрунтованим з погляду клініко-мікробіологічної та фармако-економічної ефективності призначенням комплексного препарату гінекіт. Сумарний клініко-мікробіологічний ефект запропонованого підходу становить  $96,0 \pm 0,9\%$ , що відповідає всім вимогам до терапії змішаних генітальних інфекцій, а відсутність побічних ефектів, короткий курс лікування забезпечують високу прихильність пацієнток до лікування ( $9,2 \pm 0,7$  бала).  
**Ключові слова:** змішані генітальні інфекції, невиношування вагітності, гінекіт, азитроміцин, флуконазол, секнідазол.

Питання лікування змішаних генітальних інфекцій та попередження порушень репродуктивного здоров'я, ними зумовлених, протягом останніх десятиліть не втрачають суттєвої медико-соціальної значущості. Це пов'язано як з високою частотою мікст-інфекцій, відсутністю патогномічних клінічних проявів, так і з невпинним зростанням частоти інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС) [7].

Змішані генітальні інфекції – це високий ризик асоційованих ускладнень, до яких належать запальні захворювання придатків матки з розвитком спайкового процесу і трубно-перитонеальної безплідності, невиношування вагітності, післяпологові і післяопераційні ускладнення [4]. Наявність генітальних інфекцій під час вагітності становить реальну небезпеку як для матері, так і для плода. При цьому підвищується ймовірність передчасного переривання вагітності, зростає ризик антенатального та інтранатального інфікування, розвитку гнійно-запальних ускладнень у післяпологовий період, оскільки нижні відділи статевого тракту є резервуаром значної кількості потенційно вірулентних мікроорганізмів [4].

Незважаючи на проведення численних досліджень, присвячених проблемі неускладнених генітальних інфекцій, застосування нових препаратів і методів лікування, поширеність бактеріального вагінозу (БВ), кандидозного вульвовагініту, трихомоніазу, хламідійної інфекції у жінок репродуктивного віку залишається високою. Особливістю мікробіоти піхви є її мінливість під дією як екзогенних, так і ендогенних факторів. На мікроценоз впливають фізіологічні і гормональні зміни, фази менструального циклу, порушення менструальної функції, ступінь статевої активності, використання антибактеріальних препаратів, гормонотерапія, хірургічні втручання, попередні втрати вагітності [1–3].

Невиношування вагітності посідає серед надзвичайно важливих і складних проблем практичного акушерства одне з чільних місць. Частота цієї патології складає від 10% до 25% від загальної кількості вагітностей і не має тенденції до зниження, при цьому однією з головних причин невиношування вагітності залишається генітальна інфекція. Частота морфологічно верифікованого безсимптомного запального процесу в ендометрії складає до 64% незалежно від клінічної картини втраченої вагітності. Саме тому виявлення, своєчасне й адекватне лікування генітальних інфекцій слід розглядати як профілактику невиношування і недоношування вагітності [4, 7].

Найважливішими екзогенними факторами, які порушують стан мікробіоти нижніх відділів статевого тракту, є збудники, що передаються статевим шляхом [7]. Конкуренція представників резидентних і патогенних мікроорганізмів відбувається на клітинному і молекулярному рівнях, прояви патогенності зумовлюють супутні захворювання і місцеві фактори. При мікст-інфекціях збільшується патогенність кожного з збудників; запалення спричинює виражену реакцію тканин, що супроводжується деструкцією і дисплазією епітелію; формуються цервіцити з реальною загрозою реалізації висхідного інфікування [3, 4, 7].

Змішані генітальні інфекції представляють собою більш складну проблему, ніж це здається на перший погляд, і вимагають уважного ставлення до вибору як діагностичних методів, так і способів терапії [5, 6].

Сучасні способи лікування патології уrogenітальної сфери змішаної етіології включають застосування низки етіотропних препаратів (антибактеріальних, антимікотичних) з урахуванням чутливості до них інфекційних агентів. Основою принципів терапії змішаних уrogenітальних інфекцій мають виступати критерії раціональної протимікробної терапії [5]. Вибір препарату, бажано з бактерицидним ефектом, повинен повною мірою відповідати чутливості збудників з урахуванням можливого ризику наявної резистентності, мати максимально широкий спектр дії, забезпечувати максимальну тканинну концентрацію у вогнищі запалення; не повинен спричинювати важкі побічні ефекти (співвідношення ризик/користь), його клініко-етіологічна ефективність повинна становити не менше 95%. Окрім того, лікування має бути комплаєнтним для пацієнтки з погляду зручності застосування (кратності вживання протягом доби), тривалості лікування (максимально короткий курс без втрати ефективності), вартості лікування [5, 6, 7].

З огляду на зазначене вище на увагу заслуговує комплексний препарат, що складається з набору таблеток: 2 таблетки (2 г) секнідазолу, 1 таблетка (1 г) азитроміцину, 1 таблетка (150 мг) флуконазолу (гінекіт), ефективність якого ґрунтується на фармакодинамічних характеристиках складових, ефективність яких доведена у низці клінічних досліджень [5].

Азитроміцин належить до «тканинних антибіотиків» і при надходженні в організм накопичується переважно в тих органах і тканинах, де є запалення, створюючи високі локальні концентрації препарату. Азитроміцин швидко всмоктується з травного тракту, що зумовлено його стійкістю до кислого середовища і ліпофільністю. Після вживання всередину в дозі 500 мг  $C_{max}$  азитроміцину у плазмі крові досягається через 2,5–2,96 год і становить 0,4 мг/л. Концентрація азитроміцину у вогнищах інфекції достовірно вище, ніж у здорових тканинах (у середньому на 24–34%), а  $T_{1/2}$  становить 14–20 год в інтервалі від 8 до 24 год після вживання препарату і 41 год – в інтервалі від 24 до 72 год [6].

Висока концентрація в тканинах (у 10–50 разів вище, ніж у плазмі крові) і тривалий період напіввиведення зумовлені низьким зв'язуванням азитроміцину з білками плазми крові, а також його здатністю проникати в еукаріотичні клітини і концентруватися у середовищі з низьким рН, що оточує лізосоми. Наявність пролонгованої фармакокінетики, можливість створення і тривалого збереження високих тканинних концентрацій дозволяють значно скоротити тривалість терапії [5]. Резистентність традиційно чутливих до макролідів збудників є досить низькою і розвивається повільно, на відміну від резистентності до фторхінолонів і рифампіцину, яка формується достатньо швидко. Важливою властивістю макролідів, зокрема азитроміцину, є активація клітин макрофагального ряду, здатність проникати в них, мігрувати разом з фагоцитувальними клітинами у вогнище запалення, де він вивільняється у процесі фагоцитозу. Здатність азитроміцину накопичуватись переважно у лізосомах особливо важлива для елімінації внутрішньоклітинних збудників.

Є докази здатності макролідів впливати на продукцію деяких цитокінів моноцитарного походження, що пояснює їхню високу ефективність у терапії хворих на уrogenітальний хламідіоз. Важливою властивістю є мінімальна токсичність макролідів, що дозволяє використовувати їх як в моно-, так і в комбінованих схемах терапії без ризику для здоров'я пацієнтки, оскільки азитроміцин не пригнічує цитохром P450 і не впливає на метаболізм інших препаратів у печінці [5]. Азитроміцин активний відносно аеробних грам-позитивних бактерій: *Streptococcus pneumoniae*, *St. pyogenes*, *St. agalactiae*, *Streptococcus* груп C, F, G, *Staphylococcus aureus*, *St. viridians*; грамнегативних бактерій: *Haemophilus*

*influenzae*, *Bordetella pertussis*, *B. parapertussis*, *Legionella pneumophila*, *H. ducrei*, *Campylobacter jejuni*, *Neisseria gonorrhoeae* і *Gardnerella vaginalis*; деяких анаеробних мікроорганізмів: *Bacteroides divius*, *Clostridium perfringes*, *Peptostreptococcus* spp., *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* [5].

Секнідазол – бактерицидний антимікробний препарат широкого спектра дії з групи 5-нітроїмідазолів застосовують для системного лікування інфекцій, спричинених облигатними анаеробними бактеріями, і низки інфекційних захворювань, спричинених найпростішими, у тому числі *T. vaginalis*. Дія препарату зумовлена взаємодією з ДНК мікробних клітин, що зумовлює порушення спіральної структури, пригнічення синтезу нуклеїнових кислот, процесів редукції (дуже характерних для анаеробів) і загибель мікробних клітин. Біодоступність секнідазолу складає 80%,  $T_{max}$  після одноразового вживання всередину у дозі 2 г досягається протягом 4 год, а період напіввиведення складе 20 год, що є максимальним серед препаратів групи 5-нітроїмідазолів [5].

Флуконазол – один з найбільш ефективних препаратів при інфекціях, спричинених грибами роду *Candida* spp., який високоселективно пригнічує синтез стеролів у клітинних мембранах грибів. Біодоступність флуконазолу становить 90%, пероральне вживання за ефективністю та розподілом в організмі дорівнює внутрішньовенному введенню, а період напіввиведення становить 20–50 год. Доцільність включення протигрибкового засобу у комплекс протимікробної терапії при мікст-інфекціях пояснюється насамперед високою частотою виявлення асоціації різних мікробних агентів з грибами роду *Candida*, а також ризиком розвитку кандидозу на тлі антибіотикотерапії [5].

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності та безпеки застосування комплексного препарату гінекіт на етапі прекоцепційної підготовки у жінок з обтяженим втраченою вагітності анамнезом та неускладненими змішаними генітальними інфекціями.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 65 жінок з репродуктивними втратами в анамнезі, які звернулись з приводу патологічних вагінальних виділень. Ураховуючи, що скарги пацієнтки на вагінальні виділення не завжди є наслідком запальних процесів статевих органів, проводили ретельний збір анамнезу та комплексне обстеження.

Об'єктивне загальносоматичне, клініко-лабораторне, гінекологічне обстеження проводили рутинними методами згідно з чинними наказами МОЗ України. Комплексне обстеження включало загальний і гінекологічний огляди, загальноклінічні лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі), ультрасонографію органів малого таза методом трансабдомінальної та трансвагінальної ехографії у режимі реального часу за стандартною методикою ультразвуковою діагностичною системою HDI 5000 Sono CT (Philips Ultrasound, США), просту та розширену кольпоскопію («Colposcope model OCS-3», Olympus optical Co., LTD, Японія), рН-метрію піхвового вмісту індикаторним папером Lachema з еталонною шкалою від 0 до 12, діагностику ППСШ (*C. trachomatis*, *T. vaginalis*, HSV-II, HPV) методом ПЛР. Наявність БВ верифікували за системою Amsel.

Дослідження мікробіоти піхви здійснювали методом ПЛР з детекцією результатів у режимі реального часу (Фемофлор 16). Матеріал для дослідження забирали із задньобочкових склепінь піхви одноразовим стерильним інструментом «Cytobrush», який вміщували у пробірку «Епендорф» з транспортним середовищем і зберігали до доставки у лабораторію не більше 4 год у холодильній камері при температурі +4°C. Тест-система Фемофлор 16 дає змогу провести

**Характеристика асоціацій збудників у пацієнток зі змішаним генітальним інфікуванням та обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, n=48**

Характер асоціацій збудників	Абс. число	%
<i>C. trachomatis</i> , <i>C. albicans</i>	13	27,1
<i>C. trachomatis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>C. albicans</i>	4	8,3
<i>M. genitalium</i> , <i>U. urealyticum</i> , титр >10 <sup>4</sup>	11	22,9
<i>T. vaginalis</i> , <i>U. urealyticum</i> титр >10 <sup>4</sup>	5	10,4
<i>T. vaginalis</i> , <i>M. hominis</i> титр >10 <sup>4</sup>	2	4,2
<i>M. genitalium</i> , <i>C. albicans</i> титр >10 <sup>4</sup> на тлі змішаного дисбіозу піхви	4	8,3
Бактеріальний вагіноз	9	18,8

кількісне оцінювання сапрофітної та умовно-патогенної флори піхви, при цьому абсолютна кількість ідентифікованих мікроорганізмів виражається у геном-еквівалентах, що порційно кількості мікроорганізмів, а відносна кількість збудників може бути представлена у відсотках до загальної бактеріальної маси. Загальна бактеріальна маса у здорових жінок у репродуктивний період складає від 10<sup>6</sup> до 10<sup>8</sup>. Основним представником нормобіоти статевого тракту здорових жінок є представники *Lactobacillus*, частка яких у процентному вираженні відповідає 76–100%. Нормобіоценоз піхви трактували відповідно до інструкції фірми-виробника: загальна бактеріальна маса – 10<sup>6</sup>–10<sup>8</sup>; *Lactobacillus* – 10<sup>6</sup>–10<sup>8</sup>, аеробні й анаеробні умовно-патогенні мікроорганізми в абсолютній кількості менше 10<sup>4</sup> (0,1–1%), *M. hominis*, *U. urealyticum* і *parvum*, *Candida* spp. відсутні або їх менше 10<sup>4</sup>. При перевищенні наведених показників стан біотопу піхви розцінювали як аеробний, анаеробний або змішаний (у поєднанні з дріжджовими грибами роду *Candida*) дисбіоз залежно від виявленої етіологічної структури.

Критеріями включення у дослідження були вік від 20 до 36 років; невиношування вагітності у I та II триместрах гестації (за відсутності посилені на генетичні фактори і хромосомні аномалії) в анамнезі, відсутність супутніх важких соматичних захворювань, підтверджене змішане генітальне інфікування, наявність інформованої згоди на участь у дослідженні.

Ефективність лікування оцінювали за регресом клінічних проявів та елімінації збудників шляхом клініко-лабораторного моніторингу протягом 3 міс після лікування. Згідно з принципами терапії захворювань, що передаються статевим шляхом, паралельно призначали аналогічний курс лікування статевим партнерам пацієнток.

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили відповідно до критеріїв медичної статистики з використанням методів варіаційної статистики за допомогою стандартних програм Microsoft Excel 5.0 та «Statistica 6.0».

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

У всіх обстежених пацієнток в анамнезі – самовільний викидень у I (37–56,9%) або II (28–43,1%) триместрі вагітності від 6 до 9 міс до звернення на обстеження. З анамнезу встановлено, що всі пацієнтки у післяабортний період отримували антибіотикотерапію від 3 до 7 діб переважно антибіотиками цефалоспоринового ряду.

Основними скаргами, які пред'являли пацієнтки під час звернення, були: надмірні виділення зі статевих шляхів (100%), різь і дискомфорт при сечовипусканні (40,0%), печіння і подразнення у ділянці піхви і зовнішніх статевих органів (43,3%). Клінічні прояви запального процесу у вигляді вульвовагініту, а також поєднання вагініту і екзоцервіциту мали місце у 19 (29,2%) та 12 (18,5%) жінок відповідно. Дані ультрасонографічного, кольпоскопічного,

гінекологічного обстежень виключили висхідний характер верифікованого запального процесу.

На основі результатів дослідження мікробіоти статевих шляхів пацієнтки були розподілені на клінічні групи. У 17 (26,2%) жінок інфекційна патологія нижнього відділу статевого тракту підтверджена не була, надмірні виділення були зумовлені алергійними реакціями та гормональними порушеннями, тому у дане дослідження їх не включали.

Сімнадцять (26,2%) пацієнток не дали згоди на участь у дослідженні і були сформовані у групу порівняння та отримували терапію відповідно до виявленої етіології інфікування згідно з існуючими клінічними настановами.

Тридцять одна пацієнтка зі змішаним генітальним інфікуванням (основна група) отримувала комплексний препарат гінекіт. Таблетки вживали за наступною схемою: ранок – таблетка С (секнідазол 1 г), полудень – таблетка С (секнідазол 1 г), день – таблетка Ф (флуконазол 150 мг), вечір – таблетка А (азитроміцин 1 г). Секнідазол рекомендували вживати під час їди з метою запобігання подразнювальній дії на слизову оболонку травного тракту, азитроміцин – за 1 год до або через 2 год після їди, флуконазол – незалежно від споживання їжі. Терапевтичні схеми обирали диференційовано, залежно від складу асоціації збудників мікстинфекції. За наявності серед асоціантів *C. trachomatis* і *T. vaginalis* пацієнтки вживали таблетки у 1-й, 7-й, 14-й дні лікування, тоді як в інших випадках (асоціації *M. genitalium*, *U. Urealyticum*, *M. hominis* з умовно-патогенною бактеріальною флорою; БВ) вживання таблеток здійснювали двічі – у 1-й та 7-й дні терапії.

У пацієнток основної групи та групи порівняння до складу асоціацій входило більше трьох збудників генітальних інфекцій (умовно-патогенні аеробні грампозитивні і грамотришавні бактерії, анаероби, уреа- та мікоплазми у діагностично значущих титрах >10<sup>4</sup>, *Candida* spp., *T. Vaginalis*, *Ch. Trachomatis*) (таблиця).

Серед умовно-патогенної мікрофлори переважали *Streptococcus* spp. (14 випадків – 29,2%), *Staphylococcus* spp. (10 – 28,8%), *Gardnerella vaginalis* (11 – 22,9%); *Peptostreptococcus* spp. (7 – 14,6%). Особливо необхідно відзначити, що частота присутності *C. albicans* у мікробних асоціаціях складала трохи менше половини випадків – 21 (43,75%). У всіх випадках основної групи та групи порівняння *Lactobacillus* або не визначали (18–37,5%) або їхня кількість не перевищувала 10<sup>2</sup>–10<sup>4</sup>.

Клінічний ефект в основній групі оцінювали протягом тижня після останнього вживання препарату. Позитивна динаміка клінічних проявів була виявлена у всіх пацієнток основної групи, які відзначали зникнення суб'єктивних відчуттів протягом 2–3 діб після початку лікування (у середньому на 2,2±0,3 доби).

Лабораторний контроль ефективності терапії щодо *T. vaginalis* і *C. albicans* проводили через 7 днів після завершення терапії. *T. vaginalis* не було виявлено у жодної

пацієнтки, активний мікотичний процес (наявність міцелію *C. albicans*) за відсутності скарг мав місце у 1 (4,8%) з 21 пацієнтки, у яких до складу асоціацій входили *C. albicans*.

За критеріями Amsel БВ після лікування не був виявлений в жодному випадку.

Контроль ерадикації *C. trachomatis*, *U. urealyticum* + *parvum*, *M. hominis*, *M. genitalium* проводили після першої після лікування менструації. Повна ерадикація *C. trachomatis* була досягнута у 12 (92,3%) пацієнток; *U. urealyticum* + *parvum*, *M. hominis*, *M. genitalium* у діагностично незначущих титрах виявляли у 2 (9,1%) з 22 пацієнток, в асоціаціях у яких до лікування дані збудники виявляли у діагностично значущих титрах. При цьому привертало увагу те, що це було характерно для пацієнток з інвазією *T. vaginalis*. У жодному випадку не було зафіксовано підвищеного титру умовно-патогенних представників мікробіоти піхви. У той самий час, відзначено відсутність зростання кількості лактобактерій у піхві, що вимагало призначення пробіотичної комбінованої терапії і обґрунтовує необхідність призначення такої терапії одразу після вживання гінекіту та інших аналогічних препаратів.

Мікробіологічний ефект на етапі проведення прекоцепційної підготовки протягом тижня після лікування був підтверджений у 95,2% жінок щодо *T. vaginalis* і *C. albicans*, у 100% випадків – щодо БВ, а через місяць – у 91,6% щодо

**Обоснование лечебной тактики на прекоцепционном этапе у пациенток с патологическими влагалищными выделениями и отягощенным невынашиванием анамнезом**  
*Н.В. Шурук, В.И. Пирогова*

**Цель исследования:** оценивание эффективности и безопасности применения комплексного препарата гинекил на этапе прекоцепционной подготовки у женщин с отягощенным потерей беременности анамнезом и неосложненными смешанными генитальными инфекциями.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, которые обратились по поводу патологических влагалищных выделений. Диагностику инфекций, которые передаются половым путем (*C. trachomatis*, *T. vaginalis*, HSV-II, HPV), оценку состояния микробиоты влагалища осуществляли методом ПЛР с детекцией результатов в режиме реального времени. Бактериальный вагиноз (БВ) верифицировали по системе Amsel.

**Результаты.** У всех обследованных пациенток в анамнезе – самопроизвольный выкидыш в I (56,9%) или II (43,1%) триместре беременности. По результатам обследования пациентки были распределены на клинические группы. У 26,2% женщин инфекционная патология нижнего отдела генитального тракта подтверждена не была, 26,2% пациенток не дали согласия на участие в исследовании и вошли в группу сравнения, которая получала терапию в соответствии с существующими клиническими установками. Тридцать одна пациентка со смешанным генитальным инфицированием (основная группа) получила комплексный препарат гинекил. Позитивная динамика была отмечена всеми пациентками основной группы (исчезновение субъективных ощущений в среднем на 2,2±0,3 сут). После лечения *T. vaginalis* БВ не было обнаружено ни у одной пациентки, активный микотический процесс при отсутствии жалоб сохранился у 4,8% женщин, полная эрадикация *C. trachomatis* достигнута у 92,3% пациенток.

**Заключение.** Уменьшение срока лечения смешанных генитальных инфекций на этапе прекоцепционной подготовки у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе достигается обоснованным с точки зрения клинико-микробиологической и фармако-экономической эффективности назначением комплексного препарата гинекил. Суммарный клинико-микробиологический эффект предложенного подхода составляет 96,0±0,9%, что соответствует всем требованиям к терапии смешанных генитальных инфекций, а отсутствие побочных эффектов, короткий курс лечения обеспечивают высокий комплаенс пациенток (9,2±0,7 балла).

**Ключевые слова:** смешанные генитальные инфекции, невынашивание беременности, гинекил, азитромицин, флуконазол, секнидазол.

*C. trachomatis*, *U. urealyticum* + *parvum*, *M. hominis*, *M. genitalium*. Сумарний клініко-мікробіологічний ефект запропонованого підходу становив 96,0±0,9%, що відповідає усім вимогам до терапії змішаних генітальних інфекцій.

Переносимість запропонованої терапії, задоволеність пацієнток оцінювали за шкалою від 1 до 10 балів. Оцінка складала в середньому 9,2±0,7 бала. Тільки в одному випадку пацієнтка зафіксувала незначні диспепсичні явища, які зникли без призначення додаткової терапії. Одним з важливих, з погляду пацієнток, аспектів терапії є привабливість співвідношення низьких матеріальних витрат і високої клінічної ефективності.

## ВИСНОВКИ

1. Зменшення терміну лікування змішаних генітальних інфекцій на етапі прекоцепційної підготовки у жінок з обтяженим невиношуванням акушерсько-гінекологічним анамнезом досягається обґрунтованим з погляду клініко-мікробіологічної та фармако-економічної ефективності призначенням комплексного препарату гінекіт.

2. Сумарний клініко-мікробіологічний ефект запропонованого підходу становить 96,0±0,9%, що відповідає всім вимогам до терапії змішаних генітальних інфекцій, а відсутність побічних ефектів, короткий курс лікування забезпечують високу прихильність пацієнток до лікування (9,2±0,7 бала).

**Reasoning of medical tactics at the preconception in patients with a history of miscarriage and abnormal vaginal discharge**  
*N.V. Schuruk, V.I. Pyrohova*

**The objective:** evaluating the effectiveness and safety of the drug complex hinekit during preconception preparation for women with complicated pregnancy loss history and uncomplicated mixed genital infections.

**Patients and methods.** The study involved 65 women with reproductive losses in history, who turned over the abnormal vaginal discharge. Diagnosis of sexual transmitted infections (*C. trachomatis*, *T. vaginalis*, HSV-II, HPV), assessment of vaginal microbiota was performed by PCR with detection results in real time. Bacterial Vaginosis verified by the Amsel system.

**Results.** All the examinees in the history have miscarriage in the first (56.9%) or the second (43.1%) trimester of pregnancy. According to the results of the patient survey were divided into clinical groups. In 26.2% of women infectious pathology of the lower genital tract has not been confirmed, 26.2% of patients did not give consent to participate in the study and were formed in the control group that received therapy according to existing clinical settings. 31 patients with mixed genital infection (study group) received complex preparation ginekit. This positive trend was observed in all the patients of the main group (the disappearance of subjective sensations on average 2.2±0.3 hours). After treatment *T. vaginalis*, BV were not detected in one patient, active mycotic process in the absence of complaints remained at 4.8% of women, complete eradication of *C. trachomatis* was achieved in 92.3% of patients.

**Conclusions.** Reducing the duration of treatment of mixed genital infections at the preconception in women with reproductive losses in the history is achieved in terms of clinical, microbiological and pharmacoeconomic benefits by prescription an ginekit preparation. Summary of clinical and microbiological effects of the proposed approach is 96.0 ± 0.9%, which corresponds to all requirements for multimodal therapy of genital infections, and no side effects, short course of treatment provides a high compliance of patients (9.2±0.7 points).

**Keywords:** mixed genital infections, miscarriages, ginekit, azithromycin, fluconazole, seknidazol.



Сведения об авторах

**Пирогова Вера Ивановна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (050) 581-94-48

**Щурук Надежда Васильевна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бенюк В.О. Особливості функціонального стану слизової оболонки піхви та шийки матки за умов мікстинфекції / В.О. Бенюк, О.А. Щерба // Здоровье женщины. – 2013. – № 3 (79). – С. 71–75.
2. Виділення з жіночих статевих шляхів (етіологія, диференціальна діагностика та принципи лікування) / В.К. Кондратюк, Н.О. Ємець, Н.Д. Коблош [та ін.] // Здоровье женщины. – 2013. – № 3 (79). – С. 65–68.
3. Купреева С.В. Влияние трихомонадной инфекции на микробиоценоз влагалища / С.В. Купреева // Росс. журн. кожн. венер. болезней. – 2007. – № 4. – С. 74–77.
4. Нарушения микробиоценоза урогенитального тракта: грани проблемы, перспективы коррекции и профилактики / М.Б. Хамошина, В.Е. Радзинский, А.С. Календжян, А.С. Рубцова // Вопросы гинекологии, акушерства и репродуктологии. – 2009. – № 8 (5). – С. 69–74.
5. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козловой. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с.
6. Ушкалова Е.А. Место азитромицина в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза // Гинекология. – 2011. – Т. 13, № 3. – С. 44–49.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // Morbidity and mortality Weekly Report. – 2010. – Vol. 59 (RR–12). – P. 110.

Статья поступила в редакцию 11.07.2016

СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»  
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА  
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)  
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF

**CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.**

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

**Адрес для переписки:** ООО «Эксперт ЛТД», а/я 32, г. Киев, 04210, Украина;  
**контактный телефон редакции** +38 044 2302719; +38 044 4637019  
**сайт** [www.medexpert.com.ua](http://www.medexpert.com.ua)  
**e-mail:** [pediatr@medexpert.com.ua](mailto:pediatr@medexpert.com.ua)  
**контактное лицо:** Шейко Ирина Александровна



# Флуомізин

деквалінію хлорид 10 мг

- доведена ефективність по відношенню до *Atorobium vaginae* та інших збудників бактеріального вагінозу\*
- дозволений до застосування у всіх триместрах вагітності\*\*



Флуомізин. Реєстраційне посвідчення № UA/1852/01/01 від 22.08.14. Реклама лікарського засобу, перед застосування ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем.

\* Susceptibility testing of *Atorobium vaginae* for dequalinium chloride. Guido Lopes dos Santos Santiago et al., 2012 BMC Research Notes 2012, 3:151 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/151>. \*\* Інструкція до лікарського засобу Флуомізин

Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я



Це мій дім!



Рецидивуючий кандидоз?  
Зверніть увагу на кишечник!