

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

КАМІНСЬКИЙ В.В.^{1,3,4}, БОРИС О.М.^{1,2,4}, СУМЕНКО В.В.^{1,2},
БОНДАРУК О.Я.^{1,2,3}, ОНИЩИК Л.М.^{1,2,3}.

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

²Український державний інститут репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика,

³Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

⁴Центр з доказової медицини кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика

Вступ. Запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) – загрозливе та поширене ускладнення наслідків інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), що призводить до високого рівня захворюваності та потребує економічного обґрунтування програм масового обстеження на наявність ІПСШ. Завдяки вчасним та належним терапевтичним заходам можливо значно зменшити ризик розвитку довгострокових ускладнень ЗЗОМТ [1,3,6,10,15].

В структурі гінекологічних нозологій ЗЗОМТ займають перше місце та складають 60–65 % всіх гінекологічних хворих. В свою чергу, в 60%, причиною ЗЗОМТ є ІПСШ. За даними ВООЗ (2000р.) — 60–70% всіх ЗЗОМТ розвиваються за рахунок хламідіозу та гонореї (*S. trachomatis* — 30%; *N. gonorrhoeae* — 40–50%). Часто причиною ЗЗОМТ є також *Trichomonas vaginalis* (15–40 %), мікоуреаплазмена інфекція (12–20%), факультативна та облигатна анаеробна флора бактеріального вагінозу та інші Гр+, Гр- анаеробні і аеробні бактерії. В 20% випадків ЗЗОМТ збудники не виявляються взагалі. Поширеність ІПСШ в світі (ВООЗ, 1999р., Donovan B., Lancet, 2004 р.): трихомоніаз — 174 млн., хламідіоз — 92 млн., гонорея — 62 млн., сифіліс — 12 млн., *U. urealyticum* - також 174 млн. [1,2,4,7].

В останні роки в своїй практичній діяльності лікарі акушер-гінекологи все частіше стикаються з проблемами репродуктивного здоров'я [5,8]. Причин для ситуації, що виникла, декілька. З одного боку, це економічні і соціальні причини, які мають безпосередній вплив на здоров'я жінки. А з іншого боку, це зростаюча захворюваність жінок фертильного віку [1,9,12]. Серед гінекологічної захворюваності хронічні запальні захворювання статевих органів у жінок фертильного віку України займають найбільшу питому вагу. Частота цієї групи захворювань за даними МОЗ України складає від 60 до 80 % в структурі гінекологічної захворюваності населення нашої країни [2,11,13].

Хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів представляють серйозну небезпеку не тільки за рахунок своєї частоти, а й внаслідок значної кількості ускладнень, що виникають на тлі цієї патології в стані здоров'я жін-

ки взагалі, репродуктивного здоров'я зокрема [2,14,16].

Факторами ризику виникнення ЗЗОМТ є молодий вік, численні сексуальні партнери, наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), введення внутрішньоматкового пристрою (ВМП/ВМС) впродовж останніх шести тижнів, несприятливі соціально – економічні обставини та нещодавній новий сексуальний партнер [4,18].

Несвоєчасне або неадекватне лікування ЗЗОМТ призводить до хронізації процесу і є причиною непліддя, позаматкових вагітностей, тазових болей, що спричиняють страждання та навіть інвалідизують жінок в віці соціальної активності. Незважаючи на застосування нових медикаментозних препаратів, частота ЗЗОМТ не має тенденції до зниження. Це направляє думку дослідників до шляху пошуку та впровадження нових лікувальних методів [1,8,17].

ЗЗОМТ виникають в результаті висхідного розповсюдження інфекції на внутрішні статеві органи; при цьому в патологічний процес залучаються ендометрій, фаллопієві труби, можуть розвинути пельвіоперитоніт та тубооваріальні абсцеси. Однак ЗЗОМТ небезпечні не тільки можливими гнійними ускладненнями. Найбільш значними і важкими довготерміновими наслідками хронічних нелікованих ЗЗОМТ у жінок репродуктивного віку є трубне безпліддя та високий ризик ектопічної вагітності: так, приблизно у 50% пацієнток з позаматковою вагітністю плідне яйце прикріплюється в фаллопієвих трубах, патологічнозмінених саме внаслідок перенесених ЗЗОМТ.

Вираженість клінічної картини ЗЗОМТ здебільшого залежить від їх етіології і може варіювати від малосимптомного перебігу до дуже яскравих клінічних проявів запального процесу, що найбільш характерно для гонореї. В цілому, ЗЗОМТ притаманні такі типові симптоми: біль внизу живота, болючість при статевому акті та бімануальному вагінальному обстеженні, міжменструальні або посткоїтальні кровотечі, патологічні виділення з піхви, а також підвищення температур тіла. Гінекологам добре відомо, що прогноз ЗЗОМТ, в тому числі і у відношенні збереження фер-

тильності жінки, достатньо серйозний та багато в чому залежить від своєчасності встановлення діагнозу і раннього початку адекватної терапії, а також від дотримання пацієнткою призначеного режиму антимікробної терапії [2,8,10].

Антимікробна терапія ЗЗОМТ має на меті боротьбу з гострою симптоматикою та запобігання подальшим ускладненням. Сучасними протоколами та керівництвами ВООЗ, МОЗ України рекомендовано проводити ранню діагностику і антибактеріальну терапію препаратами широкого спектру дії [3,9].

Мета нашого дослідження - вивчити ефективність та безпечність препарату "Зітролекс®" (АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Великобританія) в складі комплексної терапії у порівнянні з еритроміцином, яка традиційно була рекомендована деякими протоколами та керівництвами ВООЗ, МОЗ України, при лікуванні жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу (ЗЗОМТ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для досягнення мети на базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика було обстежено 107 жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу. Пацієнтки були рандомізовані на дві групи - основну та групу порівняння. Середній вік обстежених складав від 19 до 40 років.

Це дослідження мало на меті порівняти ефективність препарату "Зітролекс®" (азитроміцин) в складі комплексної терапії у порівнянні з традиційним препаратом лікування ЗЗОМТ – еритроміцином.

Крім загальноклінічних, для виявлення етіологічного фактору запальних захворювань органів малого тазу було проведено ПЦР - діагностику, метод DUO для виявлення *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, цитологічні, бактеріоскопічні, бактеріологічні дослідження, які вказували на запальний процес, визначали збудників захворювання та встановлювали показники біоценозу різних біотопів організму.

Для цитологічного, бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження по загальноприйнятій методиці проводився забір виділень із цервікального каналу шийки матки, піхви.

При наявності запального процесу зумовленого стафілококовою та стрептококовою мікрофлорами цитограма характеризується присутністю клітинних елементів запалення, мілкими коками розташованими дифузно (рис. 1) та коками розташованими ланцюжками (рис. 2). У випадках інфекцій характерних для *Gardnerella sp.* в цитограмах виявлялись «ключові» клітини (рис. 3), а для хламідійної інфекції характерні елементи хронічного запалення, дегенеративні зміни епітелію з цитоплазматичними включеннями типу

ретикулярних та елементарних тілець (рис. 4)

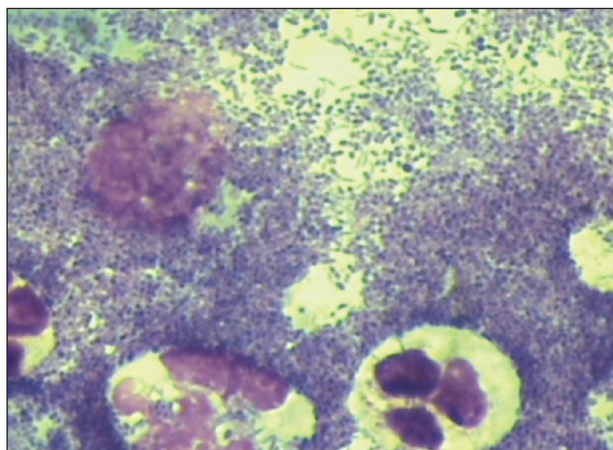


Рис. 1. Цитограма. Зміни, характерні для запального процесу, спричиненого стафілококовою мікрофлорою. Фарбування за Папенгеймом, X 1000.

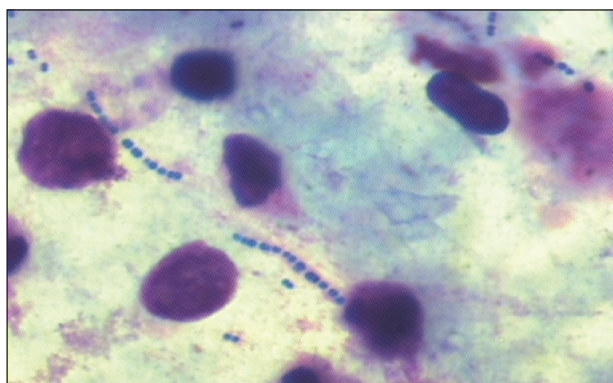


Рис. 2. Цитограма. Зміни, характерні для запального процесу, спричиненого стрептококовою мікрофлорою: наявність коків, розташованих ланцюжками. Фарбування за Папенгеймом, X 1000.

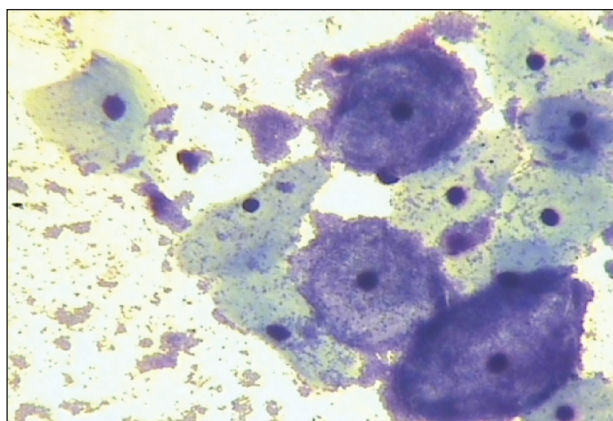


Рис. 3. Цитограма. Зміни, характерні для вагінозу, спричиненого *Gardnerella sp.* Візуалізуються темні «ключові» клітини, вкриті великою кількістю кокобактерій. Фарбування за Папенгеймом, X 600.

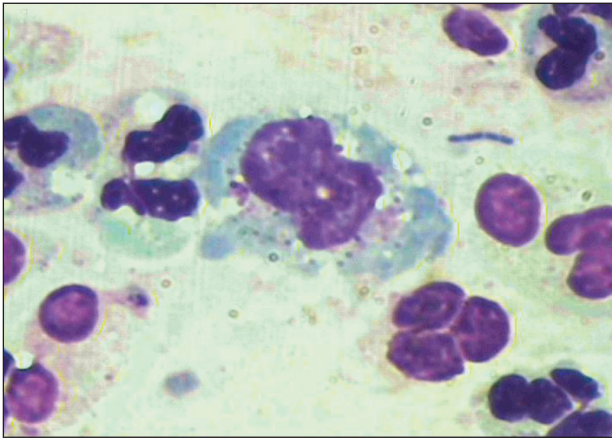


Рис. 4. Цитограма. Зміни, характерні для запального процесу, спричиненого хламідіозом. Візуалізуються елементи хронічного запалення, дегенеративні зміни епітелію, внутрішньоцитоплазматичні включення типу елементарних та ретикулярних тілець. Фарбування за Паппенгеймом, X 1000.

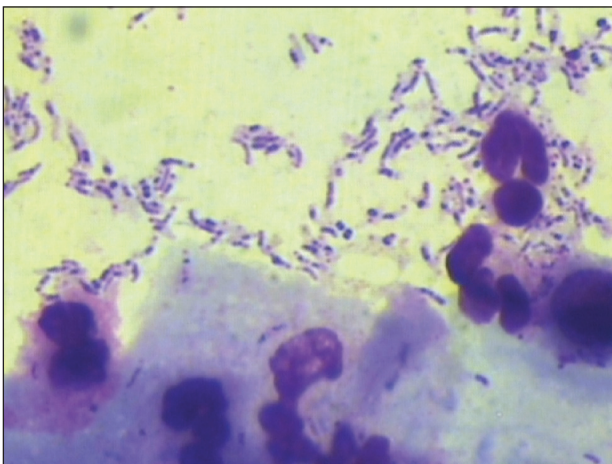


Рис. 5. Цитограма. Зміни, характерні для запального процесу, спричиненого мікоплазмою. Наявність мілких диплобактерій та бактерій, морфологічно подібних з мікоплазмами. Фарбування за Паппенгеймом, X 1000.

Групу порівняння нашого дослідження склали 52 жінки із запальними захворюваннями органів малого тазу, що приймали загальноприйнятну терапію еритроміцином перорально по 500 мг 4 рази на добу курсом лікування 7 днів в складі комплексної терапії.

В основну групу входило 55 пацієнок, котрі отримували азитроміцин під торговою маркою "Зітролекс®" (АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Великобританія) по схемі 500 мг в перший день, 250 мг 1 раз в день протягом 6 наступних днів.

Азитроміцин – представник нової підгрупи макролідних антибіотиків – азалідів. Зв'язується з субодиницею 50S рибосоми 70S

чутливих мікро організмів, пригнічуючи РНК-залежний синтез білка, сповільнює ріст і розмноження бактерій, при високих концентраціях можливий бактерицидний ефект. Має широкий спектр антимікробної дії. До препарату чутливі грам позитивні коки - *Streptococcus pneumoniae*, *S.pyogenes*, *S.agalactiae*, стрептококи груп C, F і G, *S.viridans*; *Staphylococcus aureus*; грам негативні бактерії - *Haemophilus influenzae*, *H.parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordatella pertussis*, *B.parapertussis*, *Legionella pneumophila*, *H.ducrei*, *Campylobacter jejuni*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*; деякі анаеробні мікроорганізми – *Bacteroides bivius*, *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus species*, а також *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdorferi*. Не впливає на грам позитивні мікроорганізми, стійкі до еритроміцину. Після прийому внутрішньо Азитроміцин швидко всмоктується з травного каналу.

Біодоступність складає близько 37 % (ефект "першого проходження"). Максимальна концентрація в сироватці крові досягається через 2,5-3 години і складає 0,4 мг/л при прийомі внутрішньо 500 мг препарату. Азитроміцин добре проникає в дихальні шляхи, органи і тканини уrogenітального тракту, зокрема, у передміхурову залозу, у шкіру і м'які тканини. Концентрація препарату в тканинах і клітинах у 10-100 разів вища, ніж у сироватці крові.

Стабільний рівень у плазмі досягається через 5-7 днів. Препарат у великій кількості накопичується у фагоцитах, які транспортують його у місця інфекції і запалення, де поступово вивільняють в процесі фагоцитозу. З білками зв'язується обернено пропорційно концентрації в крові (7-50 % препарату). Близько 35 % метаболізується в печінці шляхом деметилювання, втрачаючи активність. Більше 50% дози виводиться з жовчю у незміненому вигляді, приблизно 4,5% - з сечею протягом 72 годин. Період напіввиведення із плазми складає 14-20 годин (в інтервалі 8-24годин після прийому препарату) і 41 годину (в інтервалі 24-72 годин). Прийом їжі значно змінює фармакокінетику.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Характеристики клінічної картини хворих в обох групах були однорідними. Частота різноманітних ознак і симптомів ЗЗОМТ (наприклад, тазовий біль, патологічні вагінальні виділення, гіперемія, набряк слизової піхви, диспареунія) була подібною в усіх жінок (табл. 1).

Таблиця 1

Ступінь вираженості симптомів ЗЗОМТ

Симптоми	Вираженість симптомів							
	Відсутня		Слабка		Помірна		Виражена	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тазовий біль	10	9,3	32	29,9	58	54,2	7	6,5
Диспареунія	6	5,6	41	38,3	38	35,5	22	20,6
Болі PV	13	12,1	59	55,1	27	25,2	8	7,5
Патологічні виділення	-	-	28	26,2	46	42,9	23	21,5
Дизурія	16	15	62	57,9	19	17,8	10	9,3
Гіперемія, набряк слизової піхви	9	8,4	23	21,5	64	59,8	11	10,3

Проведені нами дослідження показали, що в мікробному спектрі мікробіоценозу урогенітальних

органів хворих із ЗЗОМТ присутня різноманітна мікрофлора, серед якої є представники патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, а також інфекції, що передаються статевим шляхом (табл. 2).

Слід звернути увагу, що в 86 % випадків при визначенні біотопів організму жінок з цією патологією мікроорганізми зустрічались в асоціаціях. Найбільш частими серед них були стафілокок епідермальний, стафілокок золотистий (в 46 % випадків); кишкова паличка (в 23 % випадків); пептострептококи, клебсієли, стрептокок фекальний (в 7 % випадків).

Визначення Lg КУО в основній групі показало, що до лікування у жінок із ЗЗОМТ найбільш високими були показники стафілокока епідермального (34,5±5,2 в піхві та 34,5±5,2 в церві-

кальному зразку), кишкової палички (34,5±5,2 та 30±4,1 відповідно), стафілокока золотистого (30±4,1 в обох точках), стрептокока фекального (27,2±4,8 в обох зразках).

В групі порівняння – відповідно показники стафілокока епідермального (34,6±5,3 в піхві та 28,8±4,9 в цервікальному зразку), кишкової палички (25±4,6 в обох точках), стафілокока золотистого (28,8±4,92 в обох точках), стрептокока фекального (23±4,5 та 19,2±4,1 відповідно). Отримані дані показують, що видовий склад мікроорганізмів повністю попадає в спектр дії препаратів, які використовувались в ході дослідження для лікування жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу. Переваги ефективності азитроміцину відносно стандартної схеми з еритроміцином повною мірою відображені в таблицях 2,3.

Таблиця 2

Кількісні показники біоценозу різних біотопів організму жінок основної групи із ЗЗОМТ до та після лікування азитроміцином Lg КУО

Види мікроорганізмів	Значення показників по біотипам до лікування n = 55				Значення показників по біотипам після лікування n = 55			
	Піхва		Цервікальний канал		Піхва		Цервікальний канал	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стафілокок епідермальний	19±2,5	34,5±5,2	19±2,5	34,5±5,2	3±0,4	5,4±2,3*	-	-
Стафілокок золотистий	17±2,3	30±4,1	17±2,3	30±4,1	-	-	-	-
Стрептокок фекальний	15±2,0	27,2±4,8	15±2,0	27,2±4,8	-	-	-	-
Кишкова паличка	19±2,5	34,5±5,2	17±2,3	30±4,1	1±0,1	1,8±1,3*	-	-
Клебсієлла	6±0,8	10,9±3,2	6±0,8	10,9±3,2	-	-	-	-
Ентеробактер	10±1,8	18,1±4,0	8±1,07	14,5±3,6	-	-	-	-
Протей	8±1,07	14,5±3,6	6±0,8	10,9±3,2	-	-	-	-
Псевдомонади	5±0,67	9±2,9	5±0,67	9±2,9	-	-	-	-
Пептострептококи	12±1,6	21,8±4,3	12±1,6	21,8±4,3	-	-	-	-

*Примітка: p<0,05

Таблиця 3

Кількісні показники біоценозу різних біотопів організму жінок групи порівняння фертильного віку із ЗЗОМТ до та після лікування еритроміцином Lg КУО

Види мікроорганізмів	Значення показників по біотипам до лікування n = 52				Значення показників по біотипам після лікування n = 52			
	Піхва		Цервікальний канал		Піхва		Цервікальний канал	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стафілокок епідермальний	18±0,52	34,6±5,3	15±1,5	28,8±4,9	5±0,6	9,6±3,0*	-	-
Стафілокок золотистий	15±1,5	28,8±4,9	15±1,5	28,8±4,9	-	-	-	-
Стрептокок фекальний	12±1,6	23±4,5	10±1,3	19,2±4,1	1±0,1	1,9±1,3*	-	-
Кишкова паличка	13±1,8	25±4,6	13±1,8	25±4,6	1±0,1	1,9±1,3*	4±0,55	7,6±2,7*
Клебсієлла	5±0,6	9,6±3,0	4±0,55	7,6±2,7	-	-	-	-
Ентеробактер	6±0,33	11,5±3,2	5±0,6	9,6±3,0	-	-	-	-
Протей	4±0,55	7,6±2,7	3±0,4	5,7±2,3	-	-	-	-
Псевдомонади	3±0,4	5,7±2,3	3±0,4	5,7±2,3	-	-	-	-
Пентострептококи	5±0,6	9,6±3,0	5±0,6	9,6±3,0	-	-	-	-

*Примітка: p<0,05

Обидві схеми лікування (азитроміцином та препаратом порівняння) забезпечували бактеріологічну ефективність: 92,5% для у та 85,3% для еритроміцину, однак з очевидною перевагою азитроміцину.

Встановлено, що азитроміцин та еритроміцин мають порівнювану клінічну ефективність згідно показників ПЦР - діагностики. Показники клінічного одужання становили 97% для азитроміцину та 86,7% для еритроміцину, що також свідчить про переваги терапією азитроміцином (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняльна характеристика ефективності лікування жінок із ЗЗОМТ

Збудник ВЗОМТ	Значення показників ПЦР – діагностики при застосуванні азитроміцину n = 55				Значення показників ПЦР – діагностики при застосуванні еритроміцину n = 52			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Chlamidia Trachomatis	17±2,3	30±4,1	2±0,2	3,6±1,8*	18±0,52	34,6±5,3	3±0,4	5,7±2,3*
Gardnerella vaginalis	19±2,5	34,5±5,2	-	-	15±1,5	28,8±4,9	1±0,1	1,9±1,3*
Mycoplasma hominis	15±2,0	27,2±4,8	1±0,1	1,8±1,3*	13±1,8	25±4,6	3±0,4	5,7±2,3*
Ureaplasma Urealiticum	19±2,5	34,5±5,2	3±0,4	5,7±2,3*	17±2,3	32,6±5,2	3±0,4	5,7±2,3*

*Примітка: p<0,05

По закінченню лікування проводили контроль методом ПЦР-діагностики, DUO, цитологічні, бактеріоскопічні, бактеріологічні дослідження. Слід зазначити, що лікування Зітролексом не тільки пригнічувало патогенні мікроорганізми, але й сприяло відновленню нормального

біоценозу в більшості випадків без додаткових лактобактеріопрепаратів. При цьому цитограма характеризувалася наявністю великої кількості лактобактеріоформних паличок, відсутністю іншої мікрофлори та лейкоцитів (рис. 6).



Рис. 6. Цитограма. Нормалізація біоцинозу піхви після лікування. Візуалізується сквамозний епітелій з базофільною та еозинофільною цитоплазмою, наявність лактобактеріоформних паличок, відсутність лейкоцитів. Фарбування за Папаніколау, X 600.

Під час заключного візиту жінками була оцінена комплаєнтність (задоволеність) проведеною терапією в основній групі та групі контролю з точки зору лікаря та пацієнта. Критеріями оцінки по п'ятибальній шкалі (вищий бал: оцінка «відмінно» - 100%) були визначені ефективність лікування та зручність вживання препаратів. Найбільш високо (97%) була оцінена зручність вживання препарату «Зітролекс®» (АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Великобританія) в якості протимікробної терапії у жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу (рис. 7).

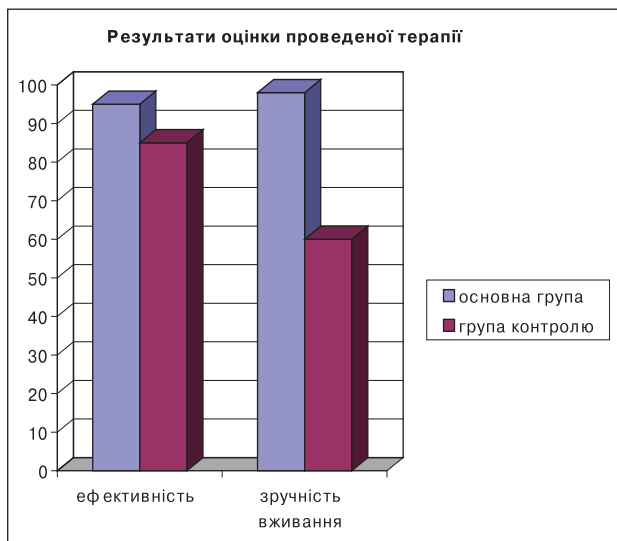


Рис. 7. Результати оцінки пероральної антимікробної терапії в досліджуваних групах

Результати даних досліджень доводять достовірну ефективність застосування препарату «Зітролекс®» (АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Великобританія) в якості протимікробної терапії у жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу, оскільки $p < 0,05$, при $n = 107$ (табл. 2, 4).

ВИСНОВКИ:

Проведені дослідження підтвердили, що при ЗЗОМТ у жінок репродуктивного віку провідним етіологічним фактором в розвитку цієї групи захворювань залишається мікробний фактор. Отримані результати показали найбільш високу ефективність застосування препарату «Зітролекс®» в складі комплексної терапії в порівнянні з лікуванням традиційною схемою з еритроміцином, значно менше лікарське навантаження та меншу частоту небажаних реакцій на «Зітролекс®».

Зручність використання азитроміцину, безпечність та добра переносимість препарату забезпечують високу комплаєнтність хворими до рекомендованого режиму терапії.

Результати даних клінічних досліджень дозволяють рекомендувати «Зітролекс®» в якості препарату вибору в лікуванні запальних захворювань органів малого тазу у жінок репродуктивного віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ершов Г.В. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / Ершов Г.В., Бочкарев Д.Н. и соавт. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – № 6(2). – С. 201–203.
2. Жилка Н.О. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд) / Жилка Н.О, Іркіна Т.К, Степаненко В.А – К., 2001. – С. 68.
3. Михайлов И.Б., Ярославский В.К. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии: [руководство для врачей] – СПб.: «Фолиант», 2001. – С. 185-190.
4. Подольский В.В. Хронические воспалительные заболевания половых органов – основная угроза репродуктивному здоровью / Подольский В.В, Дронова В.Л. // Doctor. – 2001. – № 5 (9). – С. 18-20.
5. Репродуктивное здоровье женщины и оценка его состояния в современных условиях / Подольский В.В., Шкиряк-Нижник З.А., Горovenko Н.Г., Дронова В.Л. [и др.] // Здоровье женщины. – 2002. – № 3 (2). – С. 111-117.
6. Серов В.Н. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов: методическое пособие. / Серов В.Н., Тихомиров А.Л. - М., 2002 – 24 с.
7. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: руководство для врачей / В.Сметник,

Л.Тумилович. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 560 с.

8. Ball P, Stahlmann R, Kubin R, et al. Safety profile of oral and intravenous moxifloxacin: cumulative data from clinical trials and postmarketing studies // Clin Ther. - 2004; 26: 940–50.
9. Brunham R, Binns B, Guijon F, Danforth D, Kosseim ML, Rand F, et al. Etiology and outcome of acute pelvic inflammatory disease // J. Infect Dis. - 1988; 158: 510–7.
10. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; 55 (RR-6): 1–84.
11. Culley C.M., Lacy M.K., Klutman N., Edwards B. Moxifloxacin: Clinical efficacy and safety // Am. J. Health-Syst. Pharm. – 2001. – 58 (05). – P. 379–388.
12. Haggerty CL, Shulz R, Ness RB. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease // Obstet Gynecol. - 2003; 102: 934–9.
13. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) randomized trial // Am J Obstet Gynecol. - 2002; 186: 929–37.
14. Pelvic inflammatory disease. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, Lemont SM, Stamm WE, Plot P et al editors. Sexually transmitted disease: pelvic inflammatory disease. 3rd ed. New York (NY): McGraw Hill; 1999. p. 783–810.
15. Ross JDC. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease and perihepatitis. Int J STD AIDS 2001; 12 (suppl 3): 84–7.
16. Ross J D C, Cronj H S, Paszkowski T, Rakoczi I, Vildaite D, Kureishi A, Alefelder M, Arvis P, Reimnitz P and on behalf of the MAIDEN Study Group Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial // Sex. Transm. Inf. - 2006; 82; 446–451.
17. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? // Sex Transm Infect. - 2000; 76: 80.
18. Stass H, Kubitzka D, Unger S. The effects of food on the oral bioavailability of moxifloxacin in healthy male volunteers. In: Moxifloxacin in practice. Volume 3 / Ed. By D. Adam, R. Finch. – Oxford: Maxim Medical Magdalene Centre, 2000: 15–23.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Каминский В.В.^{1,3,4}, Борис О.М.^{1,2,4}, Суменко В.В.^{1,2},
Бондарук О.Я.^{1,2,3}, Онищик Л.М.^{1,2,3}

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

²Украинский государственный институт репродуктологии НМАПО имени П.Л.Шупика,

³Киивский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины

⁴Центр из доказательной медицины кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л.Шупика

В статье рассмотрены вопросы применения и эффективности препарата “Зитролекс®” (АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Великобритания) в качестве противомикробной терапии у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). После проведенного исследования получена положительная динамика субъективного и объективного состояния обследуемых женщин, отмечена хорошая переносимость и безопасность данного препарата.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), “Зитролекс®”, репродуктивное здоровье, антимикробная терапия.

SUMMARY

THE NEW VIEW ON TREATMENT OF THE INFLAMMATORY GYNAECOLOGICAL DISEASES

Kaminsky V. V., Boris E. N., Sumenko V. V.,
Bondaruk O. Y., Onischik L. M.

The article represents the results of studying an effects of “Zitrolex®” (ALEXPHEARM GMBH LTD, United Kingdom) as antibacterial preparation for women with inflammatory gynaecological diseases. We get positive dynamics of women's subjective and objective status, good reactions and safety of this preparation.

Key words: inflammatory gynaecological diseases, azitromycin, “Zitrolex®”, reproductive health, antibacterial therapy.