

19. Zhu W. Vascular effects of adiponectin: molecular mechanisms and potential therapeutic intervention / W. Zhu, K. Cheng, P. Vanhoutte [et al.] // Clinical Science. – 2008. – Vol. 114. – P. 361-374.

**Реферат**

**УРОВНИ АДИПОКИНОВ И ПОКАЗАТЕЛИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЛАКУНАРНЫХ ИНСУЛЬТАХ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Дельва М.Ю.

Изучены уровни адипонектина, лептина, инсулина сыворотки крови, а также индекс инсулинорезистентности HOMA-IR при лакунарных инсультах у пациентов с нормальной массой тела и с абдоминальным ожирением II ст. Уровни инсулина и значения индекса HOMA-IR не изменяются в остром периоде лакунарных инсультов у пациентов разных весовых категорий. У пациентов с нормальной массой тела в остром периоде лакунарных инсультов уровни адипокинов также неизменны. У пациентов с абдоминальным ожирением II ст. при лакунарных инсультах наблюдается транзиторное изменение активности адипокинов в виде уменьшения уровня адипонектина и повышения уровня лептина сыворотки крови в 1-е сутки заболевания с последующим возвратом к исходным значениям на 10-е сутки. Этот феномен может быть одним из факторов недостаточного функционального восстановления у пациентов с абдоминальным ожирением в реабилитационном периоде лакунарных инсультов.

**Ключевые слова:** абдоминальное ожирение, лакунарный инсульт, адипонектин, лептин, индекс HOMA-IR.

Статья надійшла 15.01.2013 р.

Рецензент Литвиненко Н.В.

УДК 616.716-002-053-2-085.615.454

**В.О. Доброскок**

**ВДЦЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

**ПЕРЕБІГ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ ТА КЛІТИННИЙ СКЛАД ЕКСУДАТУ ПРИ ГОСТРОМУ ОДОНТОГЕННУМУ ОСТЕОМІЄЛІТІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ**

У роботі представлені клінічні результати обстеження і лікування 45 дітей з гострого одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи, яким в динаміці спостереження були використані вітчизняні багатокомпонентні мазі «Офлокаїн-Дарниця» та «Метилурацил-Дарниця», що застосовуються в різних фазах перебігу ранового процесу та імунomodulatory поліоксидоній. Вивчення стану поверхні рани, ранового каналу і клітин цитограм ексудата в групах порівняння дозволили встановити більш високу клінічну ефективність комплексного лікування при включенні до його складу імунomodulatory і двуфазного застосування мазей. Це підтверджено характером загоєння рани і збільшенням у цитограмах кількості нейтрофілів із збереженою структурою і клітин фагоцитарного ряду в групі порівняння.

**Ключові слова:** діти, остеомієліт нижньої щелепи, рановий процес.

Аналіз результатів наукових досліджень останнього десятиріччя засвідчує, що одонтогенні запальні процеси обличчя та шиї по частоті і розповсюдженості займають провідне місце в структурі спеціалізованих відділень щелепно-лицевої хірургії [3,7,14]. В літературних виданнях періодично з'являються публікації та дисертаційні роботи в яких висвітлюються окремі етіологічні моменти, патогенетичні механізми розвитку гострих одонтогенних гнійних захворювань [6,8,9,12,16,].

Дезорганізація захисно-адаптаційних систем організму у дітей сприяє активізації біологічних властивостей мікроорганізмів, збільшенню їх кількості та підвищенню агресивності. Якщо враховувати беззаперечний факт наявності в гнійних осередках одонтогенного походження асоціативної мікробної флори з вираженою поліантибактеріальною резистентністю, що суттєвим чином впливає на клінічні прояви перебігу запального процесу, то результативність лікування не завжди буває бажаною. Це потребує оптимізації діагностично-прогностичного тестування цих хворих, розробки ефективних методів і способів лікування, зокрема на місцевому рівні [2,5,14,15,].

Тому удосконалення методів безпосереднього впливу на перебіг ранового процесу фармакологічних препаратів з метою підвищення ефективності лікування з вивченням клітинного складу ексудату в залежності від фазності та застосування лікарських форм заслуговує на підвищену увагу. Наукові розробки в цьому напрямку мають вагомую актуальність у зв'язку з простотою виконання забору матеріалу для цитологічного дослідження та появою на фармацевтичному ринку значної кількості нових багатокомпонентних мазей і антисептичних розчинів, які відкривають перспективи можливості боротьби із поліантибіотикорезистентними мікробними штамами різних видів [2,4,7,11,14].

В цьому аспекті заслуговують на увагу результати, отримані при лікуванні гострого гнійного лімфаденіту з пофазним диференційованим застосуванням мазей «Офлокаїн-Дарниця» та «Метилурацил-Дарниця», які продемонстрували свою виражену дієвість в комплексі етіопатогенетичної терапії, що стало підґрунтям успішного використання даних препаратів в нашій клініці [2].

**Метою** роботи було вивчення ефективності комплексного лікування гострого одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи у дітей із застосуванням поліоксидоній і вітчизняних багатокомпонентних мазей в залежності від фази перебігу ранового процесу.

**Матеріал та методи дослідження.** Під нашим наглядом та лікуванням знаходилось 45 дітей віком від 7 до 12 років із гострим одонтогенним остеомієлітом тіла нижньої щелепи з залучення 2-3 суміжних клітковинних просторів, яким після розтину остеофлегмони проводилась санація гнійних осередків і ранового каналу 0,05% водного розчину хлоргексидину біглюконату через систему пластикових катетерів протягом 4-5 діб до візуального визначення відсутності в промивних водах некротичних згустків.

Після санації гнійного осередку на ранову поверхню протягом перших 3 діб у всіх хворих накладали під асептичну пов'язку мазь «Офлокаїн-Дарниця», а в II і III фазах перебігу ранового процесу застосовували

«Метилурацил-Дарниця». Обстеження всіх хворих, визначення зовнішнього вигляду рани та ранового каналу проводилося на підставі візуального огляду, а для об'єктивної оцінки ранового процесу проводили вивчення клітинного складу мазків - перевідбитків, пофарбованих за Романовським – Гімзою і взятих із ранової поверхні на 1, 3, 6-7 та 10-11 добу після оперативного втручання за допомогою пристрою, запропонованого співробітниками нашої кафедри [10]. Комплексні ж лікувальні заходи у 23 дітей проводилися відповідно до базової методики, розробленої П.І. Ткаченко [6] з розрахунком всіх доз фармакологічних препаратів на кг/маси тіла з виключенням зі складу в цій групі тималіну, який рекомендував свого часу автор. Зате, до складу препаратів в другій групі хворих, що складалась з 22 осіб додатково було введено поліоксидоній, який відноситься до фармакотерапевтичної групи «цитокіни та імунomodulatory» і має різноспрямовані фармакологічні властивості, але перш за все, чинить прямий вплив на фагоцитуючі клітини, природні кілери та стимулює антитіло утворення [1].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розвиток гострого одонтогенного остеомиєліту тіла нижньої щелепи розпочинався у всіх дітей з погіршення загального стану, остуди, підвищення температури тіла до 38-39°C. Цьому передувала поява болі пульсуючого характеру в ділянці причинного зуба, яка поступово наростала та іррадіювала в різні анатомічні зони обличчя та ший. Погіршувався загальний стан дітей, сон, апетит, а при візуальному огляді визначалась асиметрія обличчя за рахунок інфільтративних змін та колатерального набряку м'яких тканин, прилеглих до відповідної ділянки нижньої щелепи. У переважній кількості хворих 39 (80,1%) із 45 шкіра над припухлістю була напружена з вираженими ознаками гіперемії, визначався симптом флюктуації.

У всіх хворих відмічалось обмежене відкривання рота, з якого відчувався неприємний запах, кількість ротової рідини була зменшена і мала в'язкий пінистий характер. Прослідковувалась сухість слизової оболонки порожнини рота, а слизова в ділянках перехідної складки і дна порожнини рота, прилеглих до зубо-альвеолярного сегменту, де розташовувався причинний зуб вибухала, була набрякла та гіперемована, визначався симптом флюктуації в ділянці перехідної складки. При цитологічному дослідженні гнійного ексудату, отриманого відразу після розтину гнійника, в препаратах на все поле зору визначалась виражена щільність їх фону за рахунок наявності значного вмісту детриту, а значна кількість деструктивних нейтрофілів і еритроцитів звичайної форми перекривали видимість всього іншого.

При огляді рани на першу добу після оперативного втручання в групах порівняння видимої зовнішньої різниці не визначалося. У всіх хворих простежувалась значна кількість гнійних виділень і з ранового ходу з наявністю включень частинок некротизованих тканин. Зберігалися виражені інфільтративні зміни та колатеральний набряк навколо рани. Стінки ранового каналу та тканини, що розташовувались в його глибині були місцями вкриті товстим шаром острівців фібринозно-некротичного нальоту.

Цитологічне дослідження мазків - відбитків, отриманих із ранових поверхонь у хворих обох груп не виявили суттєвих відмінностей. На все поле зору визначалась наявність детриту, значної кількості еритроцитів, нейтрофілів, поодинокі форми яких були зі збереженою структурою. Проглядалися поодинокі моноцити, лімфоцити і макрофаги як з ознаками дегрануляції, так і звичайної форми (рис.1).

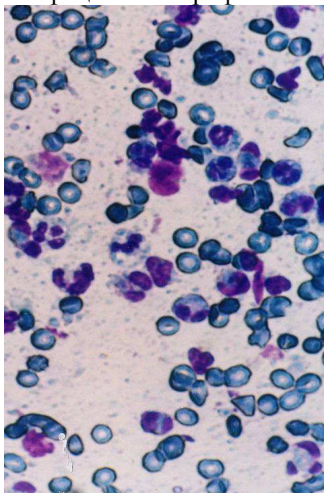


Рис.1. Мікрофотограма мазка – відбитка з поверхні рани на першу добу після розтину остеофлегмони у хворої В., 8 років Історія хвороби № 7841. Визначається наявність детриту, значної кількості еритроцитів, нейтрофілів в переважній більшості деструйованих, поди-нокі моноцити, лімфоцити, макрофаги.

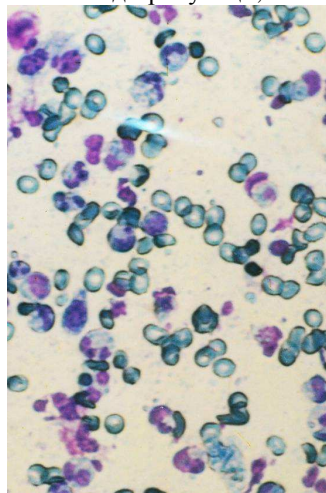


Рис.2. Мікрофотограма мазка – відбитка з поверхні рани на 3 добу після розтину остеофлегмони у хворої В., 8 років, історія хвороби № 7841. Визначається наявність помірної кількості детриту, еритроцитів, нейтрофіли деструйовані та зі збереженою структурою, поди-нокі моноцити, лімфоцити, макрофаги.

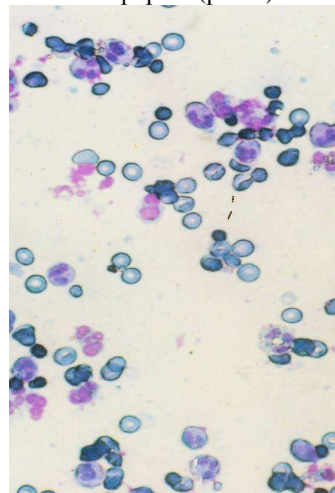


Рис. 3. Мікрофотограма мазка - відбитка з поверхні рани на 7 добу після розтину остеофлегмони у хворої В., 8 років, історія хвороби № 7841. В цитограмі наявні незначна кількість детриту, еритроцити зі збереженою структурою, клітини лімфо- моноцитарного ряду та макрофаги.

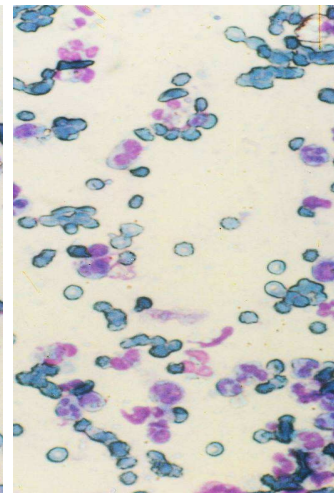


Рис.4. Мікрофотограма мазка - відбитка з поверхні рани на 7 добу після розтину остеофлегмони у хворого М., 10 років, історія хвороби № 1235. Наявна незначна кількість детриту, еритроцитів, різних форм нейтрофілів, в більшості випадків зі збереженою структурою та збільшення ділянок скупчення клітин фагоцитарного ряду.

На 3 добу спостереження у всіх хворих зберігалась асиметрія обличчя, але інфільтративні зміни і колатеральний набряк навколо рани були виражені значно менше, як і ступінь гіперемії шкіри біля неї. Ранова поверхня, стінки ранового каналу і його дно мали сіруватий відтінок, але візуально встановлено, що в другій групі спостереження вони мали на своїй поверхні меншу кількість осередків некрозу і менших за розмірами ніж в першій групі хворих.

Клітинний склад ексудату першої і другої груп на цей час мав деякі відмінності. Так у дітей, котрі отримували загальноприйняте лікування в мазках – перевідбитках визначалась наявність значної кількості (до 65%) деструйованих форм нейтрофілів на фоні помірності детритних мас і еритроцитів. Визначалися поодинокі лімфоцити, моноцити, макрофаги (рис.2). На цей же час у другій групі хворих, яка додатково отримувала поліоксидоній, цитологічна картина характеризувалась присутністю незначної кількості фонових детритних мас, еритроцитів та превалюванням нейтрофілів зі збереженою структурою і збільшенням лімфоцитів, моноцитів, макрофагів, що розташовувалися як окремо, так і у вигляді скупчень.

На 6 та 7 добу спостереження при об'єктивному та інструментальному обстеженні ран в обох групах порівняння виявлені незначна гіперемія шкіри, відчутне зменшення ознак інфільтративних змін та розміру зони набряку. Ранова поверхня і стінки ранового каналу були представлені острівцями соковитої грануляційної тканини, які реагували на дотик кровоточивістю, однак у дітей 1 групи на дні ранового каналу де не де визначалися ділянки, вкриті щільним шаром сіруватого фібрину.

При цитологічному дослідженні клітинного складу цитограм дітей 1 групи встановлено, що в них визначалась незначна кількість детриту, еритроцитів, збільшувалась кількість нейтрофілів зі збереженою структурою та поодиноких клітин лімфо – моноцитарного ряду та макрофагів (рис.3). У другій же групі спостереження на цей період обстеження кількість клітин, що приймають безпосередньо активну участь у фагоцитарних реакціях значно збільшилась (рис. 4).

При клінічному обстеженні ран на 10-11 добу ознаки запалення навколо рани були відсутні, але зберігались незначні прояви інфільтративних змін навколо неї та по ходу ранового каналу, який був вивільнений чистими яскраво – червоними дрібнозернистими грануляціями, прослідковувалась контракція країв рани, виділень не спостерігалось. Цитологічна картина ексудату в обох групах була майже ідентичною і несла «скупку» інформацію, адже клітинний склад мазків – перевідбитків був представлений переважно поодинокими еритроцитами, нейтрофілами без ознак дегенеративних змін та лімфоцитами, яких було трохи більше в другій групі.

#### Висновки

1. Клітини різних форм фагоцитарного ряду ранового ексудату об'єктивно відображають механізм загоєння і активність репаративної регенерації в рані, обумовлюючи вираженість клінічних проявів і морфологічну стадійність ранового процесу. Враховуючи високу діагностичну значимість визначення кількісних і якісних характеристик його клітинного складу, ці показники слід використовувати для встановлення якості регенерації тканин гнійної рани та проведення корекції лікувальної стратегії за необхідності.
2. Співставлення даних дослідження клінічних ознак перебігу ранового процесу, клітинного складу ексудату обґрунтовують біологічну доцільність і підтверджують високу ефективність сумісного застосування в складі комплексу лікувальних заходів гострого одонтогенного остеомиєліту у дітей імунomodulatory поліоксидонія і двофазних мазей.

*Перспективи подальших досліджень. Об'єктивна оцінка за перебігом ранового процесу, а відповідно і ефективністю лікування можлива лише за умов динамічного спостереження за кількісним складом клітин фагоцитарного ряду в ексудаті, їх структурою у порівняльному співставленні з клінічними проявами загоєння гнійних ран різного походження і локалізації.*

#### Література

1. Абатуров А.Е. Инициация воспалительного процесса при вирусных и бактериальных заболеваниях, возможности и перспективы медикаментозного управления / А. Е. Абатуров, А. П. Волосовец, Е. И. Юлиш // Харьков. - 2011. - 391 с.
2. Білоконь С.О. Ефективність використання вітчизняних багатокомпонентних мазей в дитячій щелепно-лицевій хірургії за даними цитограм ранового каналу / С.О. Білоконь // Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2003. - Т.3. № 2. - С.16-18.
3. Вакуленко К.М. Прогнозування перебігу та корекція лікування гострих одонтогенних гнійно-запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / К.М. Вакуленко // - Харків. 2012. - 18 с.
4. Митченко М.П. Профілактика та лікування альвеоліту у хворих на цукровий діабет типу 2: дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: Спец. 14.01.22 «Стоматологія» // М.П. Митченко // - Полтава, 2011. - 151с.
5. Одушкіна Н.В. Посадне застосування гальванічного струму з антибіотиками в комплексному лікуванні одонтогенних запальних захворювань у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» // Н.В. Одушкіна // - Полтава, 2008. - 20 с.
6. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування / П.І. Ткаченко // Дис. д-ра мед. наук. - Полтава. 1998. - 416 с.
7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев // - Киев: «Червона рута - Гурс». 2004. - 1062 с.
8. Ткаченко П.І. Особиста точка зору на етіологію та патогенез гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей / П.І. Ткаченко // Український стоматологічний альманах. - 2006. № 5. - С. 38-43.
9. Ткаченко П.І. Клініко-мікробіологічна характеристика гострого остеомиєліту тіла нижньої щелепи / П.І.Ткаченко, С.О. Білоконь, Н.М. Лохматова // Український стоматологічний альманах. - 2007. - №6. - С.55-58.
10. Ткаченко П.І. Рац. пропозиція РП №0032 Україна / Пристрій для забору цитологічного матеріалу / П.І. Ткаченко, М.П. Митченко // заявник та патентовласник ВДНЗ України «УМСА». - Протокол № 2 від 18.06.2009.
11. Ткаченко П.І. Вплив лізоукіду на кількісні та якісні характеристики цитограм із поверхні післяекстракційного згустку лунки / П.І. Ткаченко, М.П. Митченко // Світ медицини і біології. - 2009. - №3 - С.156-161.
12. Ткаченко П.І. Клініко-рентгенологічна характеристика гострого остеомиєліту нижньої щелепи у дітей та його наслідки / П.І. Ткаченко, О.В.Гуржій, В.О.Добросок // Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2012. Т.12. Випуск 1-2. - С.68-72.
13. Сторожева М.В. Сорбційна терапія у комплексному лікуванні хворих з гострими гнійно-запальними процесами порожнини рота: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 - «Стоматологія» / М.В.Сторожева // - Харків, 2008. - 19 с.
14. Харьков Л.В. Справочник хирурга-стоматолога./ Л.В Харьков, Л.Н. Яковенко, Т.В. Кава // - Москва: Книга плюс. 2002. - 384 с.

15. Черкесов И.В. Обоснование применения мирамистина для лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / И.В. Черкесов // Вестник РГМУ. – 2005. – №3. – С.86.  
16. Чеснокова А.А. Микробиологические аспекты этиологии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / А.А. Чеснокова, А.С. Барило // Современная стоматология. – 2005. – №4. – С.107-110.

Реферати

**ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА И КЛЕТочный СОСТАВ ЭКССУДАТА ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ**

**Доброскок В.А.**

В работе представлены клинические результаты обследования и лечения 45 детей с острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, которым в динамике наблюдения были использованы отечественные многокомпонентные мази «Офлокаин-Дарница» и «Метилурацил-Дарница», что применяются в разных фазах течения раневого процесса и иммуномодулятор полиоксидоний. Изучение состояния поверхности раны, раневого канала и клеток цитограм экссудата в группах сравнения позволили установить более высокую клиническую эффективность комплексного лечения при включении в его состав иммуномодулятора и двухфазного применения мазей. Это подтверждено характером заживления раны и увеличением в цитограмах количества нейтрофилов с сохраненной структурой и клеток фагоцитарного ряда в группе сравнения.

**Ключевые слова:** дети, остеомиелит нижней челюсти, раневой процесс.

Стаття надійшла 15.01.2013 р.

**THE COURSE OF WOUND HEALING AND CELL COMPOSITION OF FLUID IN ACUTE ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS OF THE MANDIBLE IN CHILDREN**

**Dobroskok V.A.**

In the work predstavlennyy Clinical Results of Survey and treatment of 45 children with osteomyelitis ostrym odonotohennym Lower jaw, kotorym in dynamics observations were published yspolzovany otechestvennyye mnogokomponentnyye ointment "Oflokayn-Darnitsa" and "methyluracil-Darnitsa" something prymenyayutnya in raznykh first forum phases of wound healing process and immunomodulator polyoxidonium. Study Status surface wound, wound channel and cytogram exudate cells in groups compared allowed the establish more than vysokuyu klynycheskuyu Efficiency comprehensive treatment at inclusion in the ego composition immunomodulator and dvufaznoho Application of ointments. This is confirmed by the nature of the wound and zazhyvlenyya Increase in numbers of neutrophils with tsytohrammah sohranennoy strukturoy phagocytic cells and rows in the group compared.

**Key words:** children, osteomyelitis of the mandible, wound process.

Рецензент Каськова Л.Ф.

УДК 615.281:615.454.1:615.15-002

**К.В. Дроговоз, О.С. Бусыгин, Г.В. Зайченко**  
ДНУ лікарських засобів та медичної продукції, м.  
Харків

**КОМБІНОВАНИЙ КРЕМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНИХ БАКТЕРІАЛЬНО-ГРИБКОВИХ ВАГІНІТІВ**

За останні роки в структурі гінекологічних захворювань збільшилась кількість інфекційних захворювань нижнього відділу генітального тракту, викликаних мікроорганізмами, що входять до складу нормальної мікрофлори піхви, які за певних обставин набули патогенних властивостей. Частіше за все етіологічним фактором виступає не один мікроорганізм, а їх асоціація, так звана мікстинфекція. Аналіз фармацевтичного ринку України виявив недостатній асортимент вітчизняних препаратів з одночасною протигрибковою та антибактеріальною дією. У зв'язку з цим розроблені нові комбіновані вагінальні креми, які містять кліндаміцин, міконазол та тербінафін. Метою даного дослідження стало порівняльне вивчення ефективності кремів з міконазолом та тербінафіном при травматично-бактеріально-грибковому вагініті в експерименті у щурів. Було доведено гарний лікувальний ефект обох досліджуваних препаратів та кращу ефективність крему з тербінафіном по відношенню до крему з міконазолом.

**Ключові слова:** неспецифічний вагініт, вагінальний крем, кліндаміцин, міконазол, тербінафін.

*Робота є фрагментом науково - дослідної роботи програми Національного фармацевтичного університету з проблем МОЗ України «Фармакологічне дослідження біологічно активних речовин та лікарських засобів синтетичного та рослинного походження та їх застосування в медичній практиці» (№ державної реєстрації 0103U000478).*

Серед гінекологічних інфекційних захворювань за останні роки в популяції домінують інфекційні захворювання піхви та шийки матки, за рахунок чого інтерес лікарів акушерів-гінекологів до даної патології не згасає [2,7,8]. В структурі сексуально-трансмісивних інфекцій збільшилась кількість запальних захворювань, викликаних мікроорганізмами, що входять до складу нормальної мікрофлори піхви [1, 3]. За певних обставин умовно-патогенна флора набуває патогенних властивостей та може викликати таке захворювання, як несе-

UDC 615.281:615.454.1:615.15-002

**K.V. Drogovoz, O.S. Busygin, G.V. Zaichenko**  
SSC of Pharmaceuticals and Medical Products,  
Kharkiv

**COMBINED CREAMS FOR NON-SPECIFIC BACTERIAL-FUNGAL VAGINITIS TREATMENT**

In recent years, the number of inflammatory diseases of the lower genital tract caused by microorganisms represented in the normal vaginal microflora, which have acquired pathogenic properties under certain circumstances, has increased in the structure of gynecological diseases. Most frequently, the causative factor is not one microorganism but their association, so-called mixed infection. An analysis of Ukrainian pharmaceutical market showed an insufficient range of domestic products that would exert simultaneous antifungal and antibacterial action. In this respect, novel combined vaginal creams containing clindamycin, miconazole, terbinafine have been developed. The objective of this study was a comparative experimental examination of efficiency of miconazole- and terbinafine-containing creams at bacterial-traumatic-fungal vaginitis in rats. A good therapeutic effect of both studied medicinal products and higher efficiency of terbinafine-containing cream as related to miconazole-containing cream have been proved.

**Key words:** non-specific vaginitis, vaginal cream, clindamycin, miconazole, terbinafine.

In recent years, infectious diseases of the vagina and uterine cervix have dominated in the population, thus the concerns of obstetrician-gynecologists about this pathology remain topical [2, 15, 16]. The number of inflammatory diseases caused by microorganisms represented in the normal vaginal microflora has increased in the structure of sexually transmitted diseases [1, 3]. Under certain circumstances opportunistic flora acquires pathogenic properties and may cause such disease as non-specific vaginitis. Development of