

Применение фторхинолонов IV поколения в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза

Е.Н. Борис^{1,2}, В.В. Суменко^{1,2}, Л.Н. Онищик^{1,3}, И.В. Малышева^{1,2}

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

²Украинский государственный институт репродуктологии НМАПО им. П.Л. Шупика

³Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины

В статье рассмотрены вопросы применения и эффективности препарата Максицин® (Юрия-Фарм, Украина) в качестве противомикробной терапии у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). После проведенного исследования получена положительная динамика субъективного и объективного состояния пациенток, отмечена хорошая переносимость и безопасность данного препарата.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), моксифлоксацин, Максицин®, репродуктивное здоровье, антимикробная терапия.

Под воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) понимают весь спектр воспалительных процессов верхнего отдела репродуктивного тракта у женщин. Значение воспаления двойственно. С биологической точки зрения, – это процесс защитно-приспособительного характера, направленный на уничтожение агента, вызвавшего повреждение, и восстановление поврежденной ткани; с клинических позиций – это болезнь, характеризующаяся не только местными, но и общими проявлениями: лихорадкой, изменением состава белков крови, явлениями интоксикации, увеличением скорости оседания эритроцитов и т.д. Они могут быть представлены как одной нозологической формой (эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит), так и любыми их сочетаниями [17, 18, 29].

Больные с ВЗОМТ составляют 60–65% всех пациенток на приеме у гинеколога, при этом именно воспалительные заболевания органов малого таза являются самой частой причиной негормонального бесплодия, эктопических беременностей, невынашивания беременности, пороков развития плода и др. Наиболее подвержены риску сексуально активные женщины в возрасте до 25 лет. Это связано с незрелостью у них структур шейки матки, которые служат барьером для восходящей инфекции и снижают восприимчивость к половым инфекциям. Чем больше сексуальных партнеров имеет женщина, тем больше риск развития у нее ВЗОМТ. Одиноким женщины имеют более высокий риск возникновения ВЗОМТ, чем замужние [9, 28, 31].

Женщины, которые регулярно пользуются спринцеваниями (восходящим душем), подвержены более высокому риску развития ВЗОМТ по сравнению с женщинами, которые ими не пользуются. У женщин, которые пользуются внутриматочными спиралями (ВМС), более высокий риск развития ВЗОМТ, чем у женщин, использующих другие противозачаточные средства или вообще не пользующихся ими. Однако этот риск может быть уменьшен, если перед установкой ВМС женщина будет проверена и пролечена от половых инфекций [2, 33, 46].

В одних случаях ВЗОМТ развиваются остро в течение нескольких дней после инфицирования, в других случаях

развиваются через несколько месяцев после инфицирования. В подавляющем большинстве случаев (в 75%) происходит инфицирование восходящим путем при наличии цервикита и вагинита [3, 7, 11].

ВОЗ считает, что 40% женщин с нелеченой гонококковой или хламидийной инфекцией приобретут воспалительные заболевания таза и у каждой четвертой из них возникнет бесплодие.

Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут принимать участие в формировании ВЗОМТ. Обычно обнаруживаются ассоциации от 3 до 8 видов микроорганизмов. Смешанная инфекция, с одной стороны, утяжеляет течение воспалительного процесса, а с другой – лишает его нозологической специфичности. Вероятнее всего, причиной формирования микст-инфекций является неэффективность антибактериальной терапии [8, 19].

Неправильно подобранный препарат, доза, режим приема, небрежность пациента в процессе лечения – все это приводит лишь к купированию острых симптомов и развитию хронического процесса. В дальнейшем, при последующих заражениях другими возбудителями, формируется ассоциация, которая, в свою очередь, целиком может передаваться партнеру [21, 32, 50].

В эпоху использования мощных химиотерапевтических препаратов, обладающих антимикробным эффектом, возбудители ВЗОМТ меняются очень часто. Так, в 50–60-е годы XX в. причиной тяжелых ВЗОМТ были золотистый стафилококк и клостридии; в 60–70-е годы – кишечная палочка, грамотрицательные анаэробы; в 70–80-е годы – условно-патогенные и грамотрицательные микроорганизмы; в 90-е годы доминирующими стали стрептококки, пневмококки, микобактерии туберкулеза, энтерококки, грамотрицательные анаэробы и стафилококки, резистентные к действию активно применяемых антибиотиков.

В настоящее время главенствующую роль в формировании ВЗОМТ представляет условно-патогенная флора. Установлено, что половым путем передается свыше 20 возбудителей [23, 24, 49].

Основной спектр микроорганизмов, ответственных за возникновение воспалительных заболеваний гениталий, состоит из следующих представителей: хламидии, гонококки, микоплазмы, уреаплазмы и трихомонады. Ежегодно в мире регистрируется 100 млн случаев заражения хламидиозом, 62 млн – гонореей, 170 млн – трихомониазом. Каждое по отдельности из этих заболеваний наносит значительный вред здоровью человека, однако в настоящее время наблюдается неуклонная тенденция к ассоциации этих возбудителей, возникновению так называемых микст-инфекций, что, несомненно, существенно ухудшает течение и прогноз заболевания [1, 6, 20].

Факторами, способствующими возникновению ВЗОМТ, являются не вовремя начатое или неправильное лечение, са-

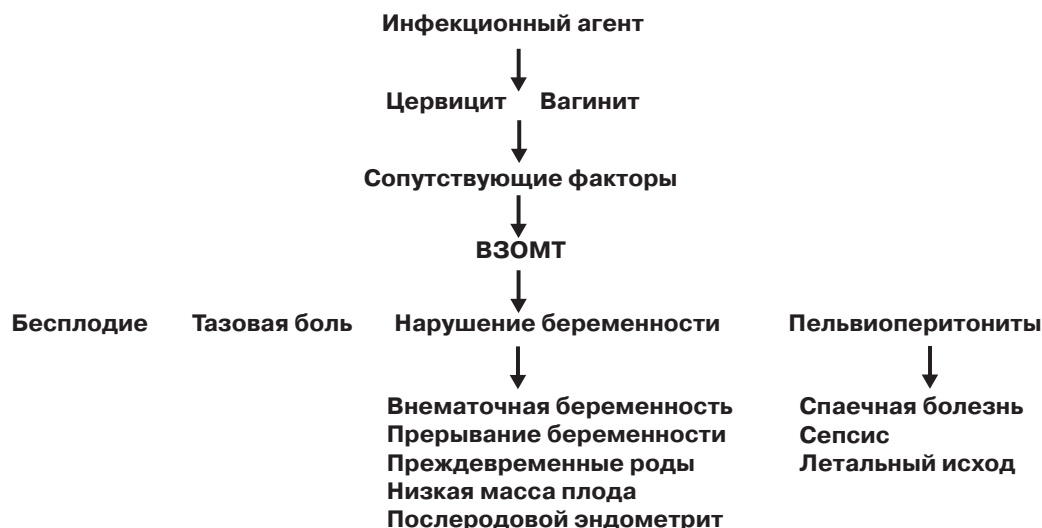


Рис. 1. Причины возникновения и осложнения ВЗОМТ

Таблица 1

Клинические симптомы ВЗОМТ

Симптомы ВЗОМТ	Клинические проявления
Болевой синдром	Наиболее часто - периодическая боль внизу живота, часто связанная с менструацией. Иррадиация боли в область промежности, поясничный и крестцовый отделы. Часто боль по интенсивности не соответствует изменениям в половых органах. Возможны зуд в промежности, чувство распирания, жара в области промежности
Нарушения менструального цикла	Менометроррагия, олигоопсомея, дисменорея, предменструальные, постменструальные мажущие выделения
Нарушение половой функции	Изменение либидо, аноргазмия, вагинизм, диспареуния, бесплодие
Патологические выделения из влагалища	Чаще слизисто-гнойные
Дизурический синдром	Частое мочеиспускание с чувством покалывания, режями
Общая симптоматика	Повышение температуры тела, слабость, общая утомляемость, психоэмоциональные расстройства

молечение основного заболевания, иммунологические нарушения, сопутствующие заболевания. В некоторых случаях причины возникновения ВЗОМТ не выяснены.

Ранняя диагностика и адекватное лечение могут предотвратить осложнения ВЗОМТ. Если лечение не проведено, могут возникать поражения репродуктивных органов женщины: трубное бесплодие, внематочную беременность, хроническую тазовую боль (встречается у 18% женщин с ВЗОМТ), тубоовариальный абсцесс (одна из причин смертности женщин от ВЗОМТ), пельвиоперитонит (рис. 1).

Клинические симптомы ВЗОМТ приведены в табл. 1.

ВЗОМТ являются одной из главных причин самопроизвольного аборта, преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела, послеродового эндометрита. Осложне-

ния течения беременности и родов возникают у 50–70% беременных с ВЗОМТ. Диагностические критерии ВЗОМТ (CDC, USA, 2006) приведены в табл. 2.

Воспалительные заболевания органов малого таза вызываются разнообразными микроорганизмами. Среди них преобладают возбудители, передаваемые половым путем (*N. gonorrhoeas*, *C. trachomatis*), а также аэробы семейства *Enterobacteriaceae*, стрептококки и анаэробы, входящие в состав нормальной микрофлоры влагалища – *Bacteroidesspp.*, *Peptostreptococcuspp.*, *G. vaginalis* и др. Поэтому препараты для терапии этих инфекций должны обладать высокой активностью в отношении данных микроорганизмов [40, 47, 48].

Антимикробные препараты группы фторхинолонов занимают видное место в лечении бактериальных инфекций. В

Таблица 2

Диагностические критерии ВЗОМТ (CDC, USA, 2006 г.)

Симптомы	Клинические и лабораторные данные	Дополнительные методы диагностики
Болезненность при пальпации в нижней части живота	Температура тела выше 38,3°C Повышение СОЭ Повышение уровня С-реактивного протеина	Гистопатология: обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия
Болезненность в области придатков	Патологические выделения из шейки матки или влагалища	УЗ-признаки: утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с наличием в брюшной полости свободной жидкости или тубоовариального образования
Болезненные тракции шейки матки	Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками и хламидиями	Обнаружение при лапароскопии признаков, соответствующих ВЗОМТ

настоящее время группа фторхинолонов насчитывает около 15 препаратов, часть из которых зарегистрирована в Украине. Фторхинолоны обладают преимущественной активностью в отношении грамотрицательных бактерий, а активность в отношении грамположительных микробов существенно ниже. Между тем рост резистентности среди грамположительных микробов привел к интенсивному поиску препаратов с активностью в отношении этих микроорганизмов. В результате были выявлены новые высокоактивные соединения, в т.ч. и в группе фторхинолонов, отличительной особенностью которых является повышенная активность в отношении грамположительных микробов, атипичных микроорганизмов и анаэробов при сохранении высокой активности в отношении грамотрицательных бактерий, свойственной ранним фторхинолонам [4, 5, 30]. К таким препаратам относится моксифлоксацин, представленный фармацевтической компанией «Юрия-фарм» (Украина).

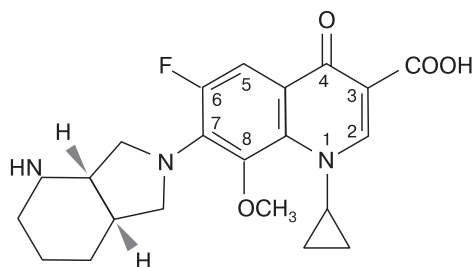
Моксифлоксацин – новый 8-метоксихинолон широкого спектра действия с высокой активностью в отношении как грам (+) и грам (-) аэробов, так и внутриклеточных возбудителей и анаэробов. Обладает активностью в отношении микроорганизмов, резистентных к другим классам антибактериальных препаратов, включая пенициллино- и макролидорезистентные пневмококки и β-лактамазопродуцирующие штаммы *Haemophilus influenzae*. Высокая активность против перечисленных возбудителей и хороший фармакокинетический профиль позволяют применять моксифлоксацин для терапии ВЗОМТ. В контролируемых клинических исследованиях были продемонстрированы высокая эффективность и безопасность моксифлоксацина при внебольничной пневмонии, обострениях хронического бронхита, синусите, инфекциях кожи, мягких тканей, органов малого таза. При полиэтиологичных инфекциях (в гинекологии, абдоминальной хирургии и др.) применение моксифлоксацина позволит обеспечить более удобную и безопасную монотерапию и сократить затраты на лечение [34, 35, 41].

Из небольшой группы препаратов, ранее использовавшихся исключительно для лечения инфекций мочевыводящих путей, хинолоны превратились в один из доминирующих классов антимикробных препаратов (АМП). Вторая волна в развитии хинолонов связана с появлением фторированных производных, обладающих гораздо более высокой активностью в отношении широкого спектра микроорганизмов, включая грамположительные возбудители инфекций (*Staphylococcus aureus*) и грамотрицательную микрофлору, улучшенной фармакокинетикой, появлением форм для парентерального введения и вследствие этого – расширением показаний к применению [13, 14, 38].

«Золотым» стандартом хинолонов II поколения стал ципрофлоксацин, который с большим успехом используется для лечения многих инфекций. Существенный недостаток препаратов этого поколения – низкая активность в отношении пневмококков, внутриклеточных возбудителей (хламидий, микоплазм) и анаэробов. Эта проблема разрешена с разработкой фторхинолонов III–IV поколений [10, 22, 42].

Единственным представителем фторхинолонов IV поколения, применяющимся в настоящее время, является моксифлоксацин. Многие из вновь разработанных препаратов не достигли пациентов или были быстро отозваны с рынка вследствие развития тяжелых нежелательных реакций. Максидин® (Юрия-Фарм, Украина) – один из новых препаратов, который стал успешно применяться при лечении ВЗОМТ.

Наиболее важными в молекуле фторхинолонов, отвечающими за их антимикробные свойства, являются группы, занимающие позиции 1, 7 и 8. Циклопропиловая группа в положении 1 обеспечивает активность против грамотрицатель-



1-Циклопропил-7[(3,3)-2,8-диаза-бицикло(4.3.0)-8-ил]-6-фтор-1,4-дигидро-4-оксо-3-хинолонкарбоновой кислоты гидрохлорид
Рис. 2. Химическая структура моксифлоксацина

ных микроорганизмов (рис. 2). Присоединение дополнительного кольца в позиции 7 придает высокую активность по отношению к грамположительной микрофлоре, включая пневмококки. Добавление в структуру молекулы метокси-группы в положении 8 привело к повышению активности в отношении анаэробов без увеличения риска потенциальной фототоксичности [26, 27, 43].

Моксифлоксацин, как и все фторхинолоны, оказывает бактерицидное действие за счет ингибирования ферментов класса топоизомераз – ДНК-гиразы (топоизомеразы II) и топоизомеразы IV. Основной мишенью моксифлоксацина в грамположительных микроорганизмах преимущественно является топоизомераза IV, а в грамотрицательных бактериях – ДНК-гираза (рис. 3). Моксифлоксацин обладает высокой активностью против грамположительных и грамотрицательных бактерий (включая микроорганизмы, устойчивые к другим классам АМП), атипичных возбудителей и анаэробов [12, 25, 39].

Моксифлоксацин метаболизируется в печени путем конъюгации с образованием двух метаболитов: M₁ (ацетилглюкуронид) и M₂ (сульфопроизводное моксифлоксацина). M₁ имеет высокую степень связывания с белками плазмы (89,5%), а M₂ практически не связывается – 4,8% (рис. 4). Учитывая особенности метаболизма, не требуется коррекции дозы пациентам с заболеваниями печени и почек.

Цель нашего исследования – изучить эффективность и безопасность монотерапии новым фторхинолоном IV поколения Максидин® («Юрия-Фарм», Украина) в сравнении с комплексной антибактериальной терапией (цефалоспорины III поколения + метронидазол + противогрибковый препарат), которая традиционно была рекомендована протоколами ВОЗ, МЗ Украины, при лечении женщин с ВЗОМТ.

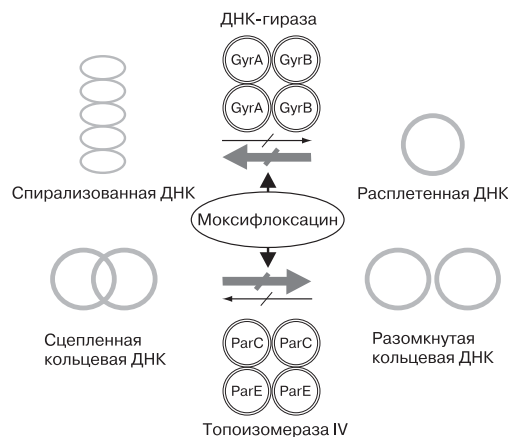


Рис. 3. Механизм действия моксифлоксацина

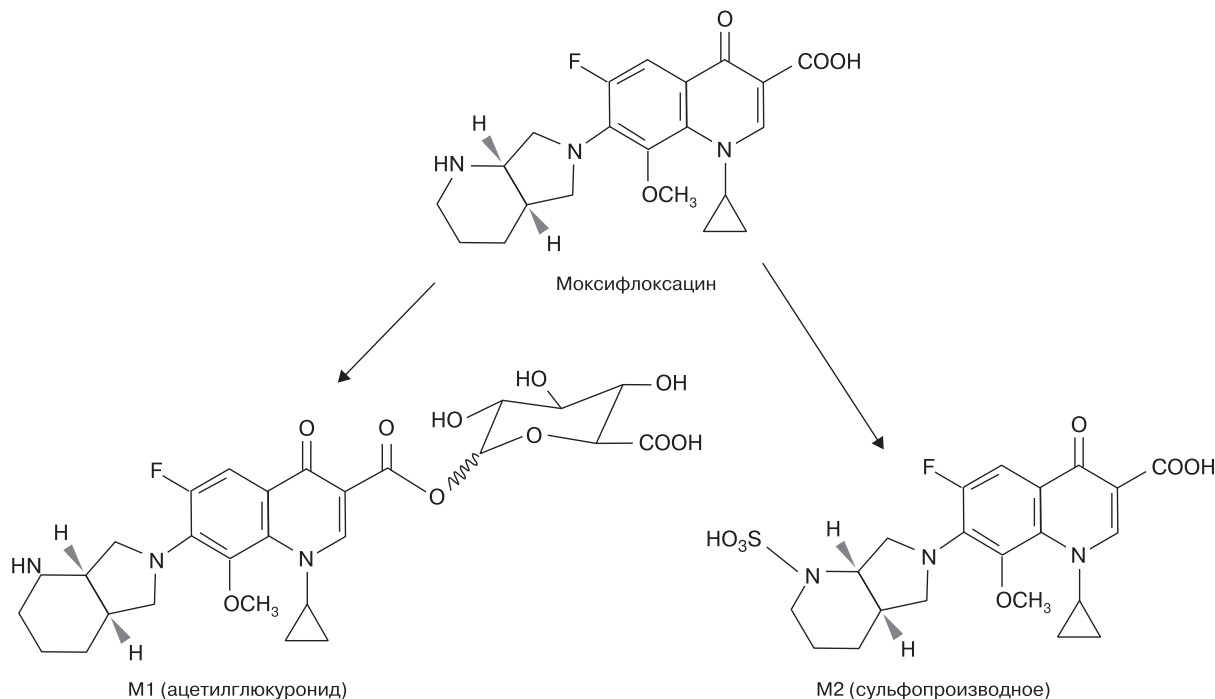


Рис. 4. Метаболизм моксифлоксацина в печени

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика проводится обширное клиническое исследование применения отечественного фторхинолона IV поколения, первым этапом которого было обследование 55 пациенток с ВЗОМТ. Пациентки были разделены на 2 группы – основную та группу сравнения. Средний возраст обследуемых составил от 19 до 37 лет.

Всем пациенткам было проведено клиническое обследование: тщательный сбор анамнеза, гинекологический осмотр, УЗИ, общий анализ крови с лейкоцитарной формулой. Для цитологического, бактериоскопического и бактериологического исследований по общепринятой методике проводился забор выделений с поверхности шейки матки, из цервикального канала, влагалища.

Для выявления этиологического фактора ВЗОМТ были проведены: ПЦР-диагностика, метод DUO для выявления *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma Urealiticum*, цитологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследование, которые указывали на воспалительный процесс, определяли возбудителей заболевания и устанавливали показатели биоценоза разных биотопов организма.

При наличии воспалительного процесса, вызванного стафилококковой и стрептококковой микрофлорой, цитогарма характеризуется наличием клеточных элементов воспаления, мелкими кокками, расположенными диффузно, и кокками, расположенными цепочками (рис. 5). При выявлении *Gardnerella sp.* в цитогармах определялись «ключевые» клетки. При микотических поражениях определялись гифы псевдомицелия и хламидоспоры, грибы рода *Candida*, а для хламидийной инфекции характерны элементы хронического воспаления, дегенеративные изменения эпителия с цитоплазматическими включениями типа ретикулярных и элементарных телец (рис. 6).

В основную группу входило 29 пациенток, которые получали монотерапию моксифлоксацином под торговой

маркой Максицин® («Юрия-Фарм», Украина) 1 раз в сутки в дозе 400 мг внутривенно в течение 5 сут + флуконазол внутривенно.

Группу сравнения нашего исследования составили 26 женщин с ВЗОМТ, которые получали общепринятую комбинированную антибактериальную терапию (цефалоспорины III поколения + метронидазол + флуконазол (внутривенно) в течение 10 сут.

Моксифлоксацин – новый фторхинолон IV поколения, обладающий высокой активностью в отношении грамположительных кокков, включая полирезистентные штаммы, грамотрицательные бактерии, атипичные возбудители и анаэробы. Благодаря оптимальной фармакокинетике он принимается 1 раз в сутки. Препарат хорошо переносится больными, высокоэффективен при лечении инфекций органов малого таза. Перспективно применение моксифлоксацина при интраабдоминальных инфекциях.

Благодаря широкому спектру активности моксифлоксацина, включающему большинство возбудителей гинекологических инфекций, он может быть хорошей альтернативой традиционным 2–3-компонентным схемам лечения.

Для оценки внутригрупповой динамики при условии нормального распределения данных и равенства дисперсий использовали парный критерий Стьюдента. За уровень статистической значимости принимали достоверные значения при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристики клинической картины пациенток в обеих группах были однородными. Частота различных признаков и выраженность симптомов ВЗОМТ (например, повышение температуры тела, слабость, утомляемость, тазовая боль, патологические вагинальные выделения, диспареуния, дизурические расстройства) зависела от выявленной нозологии (табл. 3).

Таблица 3

Нозологические формы ВЗОМТ

Нозология	Основная группа, n=29		Группа сравнения, n=26	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Тубоовариальный абсцесс	6	20,7	4	15,4
Острый сальпингоофорит	11	37,8	13	50
Эндометрит	9	31,3	7	26,9
Пельвиоперитонит	3	10,2	2	7,7

Таблица 4

Динамика выраженности симптомов ВЗОМТ

Симптомы	Основная группа, n=29				Группа сравнения, n=26			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Повышение температуры тела	29	100	-	-	26	100	-	-
Слабость, утомляемость	27	93,1	2	6,9	25	96,1	4	15,4
Тазовая боль	23	79,3	-	-	22	84,6	2	7,7
Бели	19	65,5	2	6,9	25	96,1	4	15,4
Диспареуния	14	48,3	1	3,4	17	65,4	5	19,2
Дизурические расстройства	11	37,9	1	3,4	9	34,6	4	15,4

Поражение верхних отделов полового тракта при ВЗОМТ в большинстве случаев происходит восходящим путем из влагалища и шейки матки. Инфекция может ограничиваться трубами (сальпингит) или затрагивать также и яичники (сальпингоофорит). Следствием инфекционного поражения является нарушение нормальной структуры репродуктивных органов на макро- и микроуровне. Даже незначительный воспалительный процесс может приводить к выраженным функциональным нарушениям. Значительное воспаление, затрагивающее интраперитонеальные структуры, приводит к образованию тубоовариального абсцесса, частыми последствиями которого являются окклюзия маточных труб и развитие спаечного процесса.

Пассивный транспорт микроорганизмов признается всеми исследователями, хотя точные механизмы его возникновения не установлены. Предполагают, что определенную роль в этом вопросе играет сократительная деятельность матки, маточных труб, отрицательное давление в брюшной полости за счет сокращения диафрагмы.

Следует обратить внимание, что в 83 % случаев при определении биотопов организма женщин с данной патологией микроорганизмы встречались в ассоциациях.

Проведенные нами исследования показали, что в микробном спектре микробиоценоза урогенитальных органов пациенток с ВЗОМТ присутствовала разнообразная мик-

рофлора, среди которой есть представители патогенной и условно-патогенной флоры, а также инфекций, которые передаются половым путем.

Полученные данные показывают, что видовой состав микроорганизмов полностью попадает в спектр действия препаратов, которые использовались в ходе исследования для лечения женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Преимущества эффективности моксифлоксацина по сравнению со стандартной схемой лечения отображены в табл. 4, 5.

Обе схемы лечения (Максидин® и антибиотики сравнения) обеспечивали бактериологическую эффективность: 92% для Максидина и 87% для традиционной схемы лечения, с очевидным преимуществом моксифлоксацина. Установлено, что моксифлоксацин и препараты стандартной схемы лечения имеют сравнительную клиническую эффективность согласно показателям ПЦР-диагностики.

Во время заключительного визита женщинами была оценена комплаентность проведенной терапии в основной группе и группе контроля с точки зрения врача и пациента. Критериями оценки по пятибалльной шкале (высший бал: оценка «отлично» – 100%) были определены эффективность лечения и удобство использования препаратов. Наиболее высоко (92%) была оценена эффективность лечения

Таблица 5

Сравнительная характеристика эффективности лечения женщин с ВЗОМТ

Возбудитель ВЗОМТ	Значение показателей ПЦР-диагностики при использовании Максидин®, n=29				Значение показателей ПЦР-диагностики при использовании традиционной схемы, n=26			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Chlamidia Trachomatis	14	48,3	-	-	15	57,7	1	3,8
Gardnerella vaginalis	11	37,9	-	-	13	50	2	7,7
Mycoplasma hominis	19	65,5	-	-	21	80,8	1	3,8
Ureaplasma Urealiticum	17	58,6	-	-	15	57,7	-	-

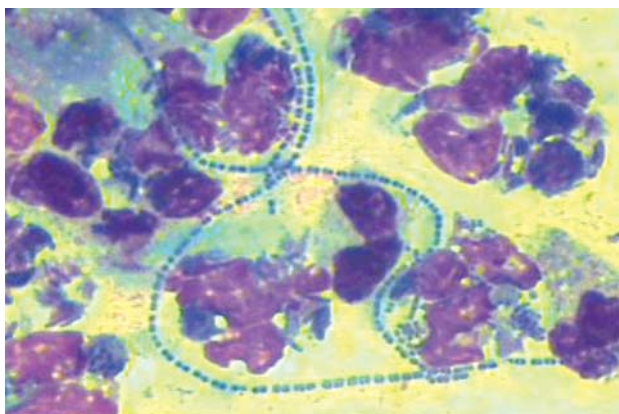


Рис. 5. Цитограмма. Изменения, характерные для воспалительного процесса, вызванного стрептококковой микрофлорой. Окраска по Паппенгейму. X 1000

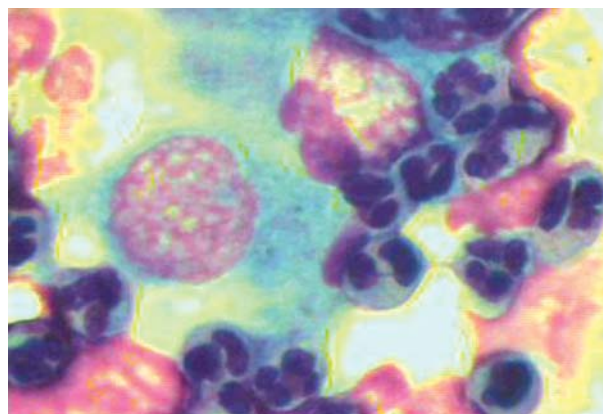


Рис. 6. Цитограмма. Изменения характерные для воспалительного процесса, вызванного хламидиозом. Визуализируются элементы хронического воспаления, дегенеративные изменения эпителия. Окраска по Паппенгейму. X 1000

препаратом Максицин® («Юрия-Фарм», Украина) в качестве антибактериальной монотерапии у женщин с ВЗОМТ (рис. 7).

После окончания лечения проводился контроль методом ПЦР – диагностики, DUO, цитологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследования. При этом цитограмма характеризовалась наличием большого количества лактобактериоформных палочек, отсутствием другой микрофлоры и лейкоцитов (рис. 8).

Результаты начатого нами исследования позволяют сделать вывод об эффективности использования препарата Максицин® в качестве противомикробной терапии у женщин с ВЗОМТ.

Выводы

Проведенное исследование подтвердило, что при ВЗОМТ у женщин фертильного возраста ведущим этиологическим фактором в развитии данной группы заболеваний остается микробный фактор. Полученные результаты показали более высокую эффективность использования препарата Максицин® 1 раз в сутки в сравнении с традиционной схемой лечения, значительно меньшую медикаментозную нагрузку и меньшую частоту нежелательных реакций.

Удобство применения, безопасность и хорошая переносимость препарата обеспечивают высокую комплаентность пациентами рекомендованного режима терапии.

Результаты данных клинических исследований позволяют рекомендовать Максицин® для лечения воспалительных заболеваний органов малого таза.

Застосування фторхінолонів IV покоління в комплексній терапії запальних захворювань органів малого таза

О.Н. Борис, В.В. Семенко, Л.Н. Онищик, І.В. Мальцева

У статті розглянуті питання використання та ефективності препарату Максицин® (Юрія-Фарм, Україна) в якості протимікробної терапії в жінок із запальними захворюваннями органів малого таза (ЗЗОМТ). Після проведеного дослідження отримана позитивна динаміка суб'єктивного та об'єктивного стану пацієнток, зазначена добра переносимість та безпечність даного препарату.

Ключові слова: запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ), моксифлоксацин, Максицин®, репродуктивне здоров'я, протимікробна терапія.

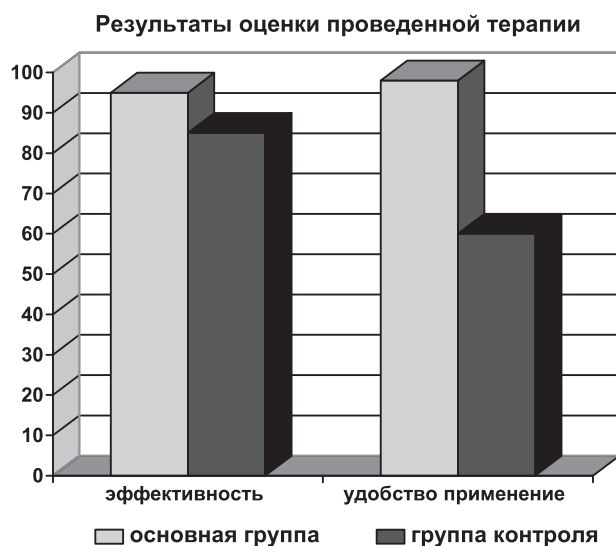


Рис. 7. Результаты оценки антимикробной терапии в основной группе и группе сравнения

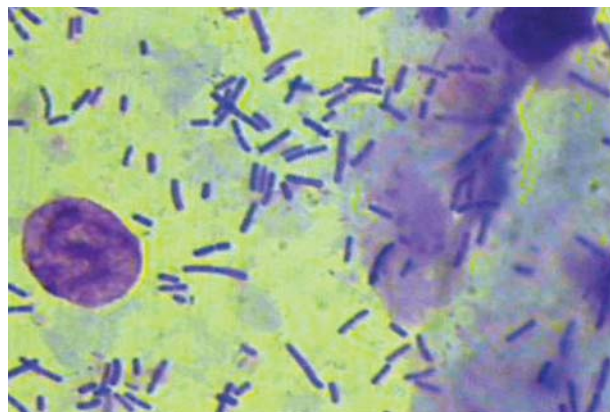


Рис. 8. Цитограмма. Нормализация биоценоза влагалища после лечения. Визуализируются «голое» ядро и наличие лактобактериоформных палочек, отсутствие лейкоцитов. Окраска по Паппенгейму. X 1000

The use of fluoroquinolones IV generation in the treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs

E.N. Boris, V.V. Sumenko, L.N. Onishchik, I.V. Malysheva

The article represents the results of studying an effects of Maxicin® as antibacterial preparation for women with inflammatory gynecological diseases. We get positive dynamics of women s subjective and objective status, good reactions and safety of this preparation.

Key words: *inflammatory gynecological diseases, moxifloxacin, Maxicin®, reproductive health, antibacterial therapy.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии. – СПб.: Спецлит, 2000. – 220с.
2. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. СПб., 1994. – 137 с.
3. Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и перинатологии. – М., 1996. – С. 6.
4. Бондарев Н.Э. Оптимизация диагностики и лечения смешанных сексуально-трансмиссионных заболеваний в гинекологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1997. – 20 с.
5. Венцела Р.П. Внутрибольничные инфекции. М., 1990. 656 с.
6. Гуртовой Б. Л., Серов В.Н., Макацария А.Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. – М., 1981. – 256 с.
7. Ершов Г.В., Бочкарев Д.Н. и соавт. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – № 6 (2). – С. 201–203.
8. Жилка Н.О., Іркіна Т.К., Степаненко В.А. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). – К., 2001. – С. 68.
9. Кейт Л.Г., Бергер Г.С., Эдельман Д.А. Репродуктивное здоровье. – Т. 2. Редкие инфекции. – М., 1988. – 416 с.
10. Краснополюский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. – М., 1984. – 234 с.
11. Корхов В.В., Сафронова М.М. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний вульвы и влагалища. – М., 1995. – С. 7–8.
12. Кьюмерле Х.П., Брендел К. Клиническая фармакология при беременности / Под ред. Х.П. Кьюмерле, К. Брендела: Пер. с англ. В 2 т. – Т. 2. – М., 1987. – 352 с.
13. Минбаев О.А., Елисеева М.Ю., Масихи К.Н. и др. Гроприносин – высокоэффективный иммуностимулятор для «трудных» пациентов с нарушениями в иммунной системе // Трудный пациент. – 2009. – № 8–9. – Р. 5–12.
14. Михайлов И.Б., Ярославский В.К. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии»: Руководство для врачей. – СПб.: «Фолиант», 2001. – С. 185–190.
15. Подольский В.В., Шкиряк-Нижник З.А., Горovenko Н.Г., Дронова В.Л. [и др.] Репродуктивное здоровье женщины и оценка его состояния в современных условиях // Здоровье женщины. – 2002. – № 3 (2). – С. 111–117.
16. Подольский В.В., Дронова В.Л. Хронические воспалительные заболевания половых органов – основная угроза репродуктивному здоровью // Doctor. – 2001. – № 5 (9). – С. 18–20. 17. *****
18. Подзолкова Н.М., Созаева Л.Г., Осадчев В.Б. Папилломовирусная и герпетическая инфекция в акушерстве и гинекологии / Учебно-методическое пособие. – М., 2002. – 77 с.
19. Прилепская В.Н., Быковская О.В. Уреаплазменная инфекция: клиника, диагностика, лечение. Патология шейки матки // Генитальные инфекции. – 2006. – № 1. – С. 46–52.
20. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для практических врачей / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М.: «Литтерра», 2005. – С. 724–727.
21. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютонник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 19, 1 (395). – С. 46–50.
22. Серов В.Н., Тихомиров А.Л. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов: Метод. пособие. – М., 2002 – 24 с.
23. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей

- /В. Сметник, Л. Тумилевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 560 с.
24. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Г.М. Савельевой. – М.: «МИА», 2006. – С. 487–501.
25. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. – М., 1989. – 512 с.
26. Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д. Акушерский перитонит: Диагностика, клиника, лечение. – М., 1997. – 250 с.
27. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М., 1996. – 245 с.
28. Тихомиров А.Л., Сарсаня С.И. Воспалительные заболевания органов малого таза. Современные особенности лечения // Врач. – 2005. – № 6. – С. 72–74.
29. Уткин Е.В., Голиков Г.Я. Современные принципы диагностики и терапии воспалительных заболеваний придатков матки: Метод. рекомендации. – Кемерово: Летопись, 2004. – 51 с.
30. Ушкалова Е.А. Применение азитромицина для профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза и урогенитального хламидиоза // Фарматека. – 2005. – № 2 (98). – С. 14–26.
31. Хаджиева Э.Д. Перитонит после кесарева сечения: Учебное пособие. – СПб., 1997. – 28 с.
32. Хашукова А.З., Леонова Е.И. Инновационные технологии в диагностике и мониторинге воспалительных заболеваний органов малого таза: 9-й Российский научный форум «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 555–556.
33. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов // Гинекология. – 2006. – № 8 (4). – С. 8–15.
34. Banikarim C., Chacko M.R. Pelvic inflammatory disease in adolescents // Semin Pediatr Infect Dis. – 2005; 16 (3). – 305–309.
35. 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.
36. Brunham R.C., Binns B., Guijon F. et al. Etiology and outcome of acute pelvic inflammatory disease // J. Infect Dis. - 1988; 158:510–517.
37. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines // MMWR. – 2002; 51 (RR-6): 48–52.
38. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 // MMWR. – 2002; 55 (RR-6):1–84.
39. 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.
40. Jaiyeoba O., Soper D.E. A practical approach to the diagnosis of pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol. – 2011; 2011:753037.
41. Haggerty C.L., Shulz R., Ness R.B. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease // Obstet Gynecol. – 2003; 102: 934–939.
42. Hasko G., Pacher P. // J Leukoc Biol. A2A receptors in inflammation and injury: lessons learned from transgenic animals. – 2008; 83 (3): 447–455.
43. Kataoka S., Yamada T., Chou K., Nishida R. Association between preterm birth and vaginal colonisation by Mycoplasma in early pregnancy // J Clin Microbiol. – 2006; 44 (1): 51–55.
44. Leysens A., Vanhoenacker F.M., Libere C. Pelvic inflammatory disease // JBR–BTR. 2011; 94 (3): 128–129.
45. Lurie S., Asala H., Harari O.S. et al. Uterine cervical non-gonococcal and non-chlamydial bacterial flora and its antibiotic sensitivity in women with pelvic inflammatory disease: did it vary over 20 years? //Isr Med Assoc J. – 2010; 12 (12): 747–750.
46. Ness R.B., Soper D.E., Holley R.L. 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: 929–937.
47. Patel S.V., Baxi R.K., Kotecha P.V. et al. Association between pelvic inflammatory disease and abortions // Indian J Sex Transm Dis. – 2010; 31 (2): 127–128.
48. Pelvic inflammatory disease. In: Holmes K.K., Sparling P.F. Mardh P. Lemont S.M. Stamm W.E. Plot P. et al editors. Sexually transmitted disease: pelvic inflammatory disease. 3rd ed. New York (NY): McGraw Hill; 1999. – P. 783–810.
49. Ross J.D.C. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease and perihepatitis // Int J STD AIDS. – 2001; 12 (suppl 3): 84–87.
50. Ross J.D. Is Mycoplasma genitalium a cause of pelvic inflammatory disease? //Infect Dis Clin North Am. – 2005; 19 (2): 407–413.

