

Патологія нижнього відділу генітального тракту – стратегія і тактика лікування

Інфекційні захворювання нижніх відділів генітального тракту є найпоширенішими серед населення. Залежно від характеру збудника вагініт класифікується на грибковий (переважно *Candida*), трихомонадний, бактеріальний або змішаної етіології. Вульвовагінальний кандидоз – найвідоміша з вагінальних інфекцій, поширеність якої, імовірно, спричинена самолікуванням протигрибковими препаратами, що продаються без рецептів, і рекламою у популярній пресі. Багато жінок припускаються помилки, вважаючи, що їхні вагінальні симптоми виникли через наявність дріжджової інфекції або через діагностичну помилку лікаря. Лікувальні заходи у цьому випадку передбачають застосування пероральних препаратів і ліків місцевого (топічного) використання. Фармакологія сьогодні розвивається шаленими темпами. Постійно з'являються нові лікарські засоби, у тому числі і для лікування кандидозу. В огляді продемонстровано, наскільки обґрунтованою і дійсно ефективною є топічна терапія препаратами Ломексин® та Тержинан під час лікування інфекційних захворювань нижніх відділів генітального тракту.

Ключові слова: вульвовагінальний кандидоз, *Candida albicans*, *Candida non-albicans*, бактеріальний вагіноз, цервіцит, Тержинан, лактобактерії, Ломексин®.

Пирогова Віра Іванівна, професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФГДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

З патології нижнього відділу генітального тракту вагінальні інфекції є джерелом значної захворюваності серед жінок. Вагінальні інфекції сьогодні представлені двома групами інфекцій – бактеріальні вагінальні інфекції та інфекції, які передаються статевим шляхом (ПСПШ). Головними причинами інфекційного вагініту є вульвовагінальний кандидоз, трихомоноз і бактеріальний вагіноз, які нині розглядаються як відображення порушення імунобіологічного стану організму. Ці особливості перебігу вагінітів та вагінозів складають певні труднощі як для лікаря, так і для пацієнтів, тому що через переважання полімікробної етіології процесів існує схильність до хронізації рецидивування процесу. Це не покращує комплаєнсу хворих і змушує їх ходити від лікаря до лікаря, сподіваючись знайти універсальну таблетку, яка вилікує від усього і надовго.

Особливої актуальності у сучасному світі набула проблема вагінального кандидозу, яка у структурі інфекційної патології нижніх відділів статевих органів є надзвичайно серйозною. Останніми роками частота цієї патології зросла більше ніж удвічі. Також збільшилася кількість хронічних і часто рецидивних форм грибкового ураження піхви. Так, близько 75% жінок протягом життя переносять хоча б один епізод вагінального кандидозу, а у 40–50% з них розвивається щонайменше один рецидив. Збудником захворювання є дріжджоподібні гриби роду *Candida*. Підвищення частоти кандидозних інфекцій пов'язано зі зміною структури збудників, які раніше були представлені виключно *C. albicans* (збудники захворювання у 80% випадків), а сьогодні існує тенденція до переважання видів *Candida non-albicans* (збудники захворювання у 20%), найпоширенішими з яких є *C. glabrata* та *C. parapsilosis*. Практикуючий лікар часто стикається з проблемою ідентифікації збудників, але не через труднощі проведення лабораторного обстеження, а тому, що за певних соціально-економічних умов пацієнтка він не завжди може відправити їх на поглиблене обстеження для чіткого з'ясування – якої природи ті чи інші зміни у їхньому здоров'ї.

На сьогодні відомо, що стратегією антибактеріальної терапії рецидивної вагінальної інфекції є, по-перше, усунення патогенної флори або надмірного розмноження аеробно-анаеробної вагінальної резидентної флори, а потім – відновлення нормального стану мікробіоти піхви.

За наявності певної кількості різноманітних конкуруючих підходів лікарі постійно вирішують питання: треба засто-

совувати системну терапію вагінальних інфекцій чи можна зрештою зупинитись на топічному (тобто місцевому) використанні антибактеріальних засобів? Конкуруючої позиції тут бути не може, тому що в різних умовах необхідно використовувати той чи інший підхід. Єдине, про що слід пам'ятати, – топічна терапія нині має деякі переваги: вона справляє менший токсичний вплив на пацієнтку. За наявності великої кількості екстрагенітальної патології (ЕГП) – травного тракту, печінки та ін. – не завжди можливо і реально призначити жінці системну терапію, хоча це буває краще потрібно.

Не слід забувати, що природа передбачила досить потужний бар'єрний захист верхніх відділів генітального тракту, адже це та ділянка, яка призначена для виношування і народження дитини, тому має бути добре захищеною від інфікування. Анатомічні особливості жіночої статеві системи (наприклад, зімкнена статеві щілина або складчасті стінки піхви) діють до певного часу. Після початку статевого життя чи пологів цей анатомічний бар'єр не є таким вираженим. Вузко-складчастий канал шийки матки і закриті внутрішні і зовнішні вічка – знову ж таки після пологів або після різноманітних інструментальних втручань у порожнині матки також виступають не повністю спроможним захисним бар'єром. Густий слиз у каналі шийки матки і велика кількість різноманітних імунокомпетентних структур (зокрема лімфоїдні структури), які щільно представлені у навколоматковій і навколошийковій клітковині, є продукцією секреторного імуноглобуліну А (синтезується місцево лімфоцитами) і бактеріоцинів, що продукуються резидентною лактобактеріальною флорою піхви. Саме ця бар'єрна функція шийки матки постійно піддається впливу шкідливих факторів, тому надзвичайно важливо при існуванні різних моментів неспроможності цих бар'єрів своєчасно попереджати висхідне інфікування.

Для того щоб попередити висхідне інфікування, лікарю слід звернути увагу на природу інфекцій, які спричинюють патологію, в першу чергу цервіцитів. Цервіцити ізольованими практично не бувають, вони завжди виникають на тлі вагінітів і вагінозів. Саме бактеріальний вагіноз створює умови для того, щоб полегшити інвазію таких збудників, як трихомонади, хламідії, вірус папіломи людини (ВПЛ), в уразливий епітелій шийки матки.

У розвитку хронічного бактеріального вагінозу відіграє значну роль *Gardnerella vaginalis*. Фермент сіалідаза, який продукує *Gardnerella vaginalis*, руйнує захисний шар слизо-

вої оболонки піхви (імуноглобуліни А), полегшуючи адгезію мікроорганізмів і утворення біоплівки на поверхні слизової оболонки, що створює умови для реплікації ВПЛ та підвищення його стійкості.

Крім того, треба розрізнити гострий і хронічний цервіцит. Гострий цервіцит сьогодні майже не спостерігається, це досить рідкісне захворювання. Пригадується випадок гострого цервіциту, який виник після пологів при інфікуванні стрептококами групи В. У хворой – кровотеча під час пологів, після пологів – розриви шийки матки, ослаблений імунітет. На тлі такого інфікування це практично був некроз шийки матки. Гострий цервіцит можна спостерігати і у разі інвазії гонококами, що сьогодні також спостерігається нечасто.

Багато жінок із вагінальними виділеннями вдаються до самолікування протигрибковими препаратами, які в аптеках продають без рецептів, зволікаючи з належною терапією. Тоді лікарі стикаються з проблемою хронічного цервіциту, що підтримується хронічними вагінітами і вагінозами.

Вилікувати цервіцит без відновлення мікробіоти піхви майже неможливо. Але треба пам'ятати про те, що цервіцит – це серйозна проблема, передусім для жінок, що прагнуть завагітніти. На сьогодні між цервіцитом і хронічним ендометритом поставлено знак рівності. Виявлення цервіциту у 90% випадків означає, що у цих пацієнок обов'язково наявний хронічний ендометрит. Якщо цервіцит своєчасно не лікувати, надалі це призводить до сальпінгітів та сальпінгоофоритів.

Здебільшого хронічний цервіцит, а хронічне запалення сьогодні розглядається як тригер проліферативних і злоякісних процесів, є процесом, який підтримує і зумовлює розвиток у майбутньому дисплазій і злоякісного переродження шийки матки, особливо при поєднанні з інфікуванням ВПЛ з високоонкогенними штамми. Тому з безлічі препаратів, які сьогодні використовують для поєднаної терапії вагінітів, вагінозів і цервіцитів слід обирати препарати з доведеною ефективністю.

Один з представників цієї групи препаратів – широко відомий Тержинан. Який добре зарекомендував себе на практиці, цей багатокомпонентний препарат для топічної терапії має значущі переваги, тому що містить:

- тернідазол, який має широкий спектр дії на анаероби, аероби і трихомонади;
- неоміцин – антибіотик потужного спектра дії, здатний боротися з бактеріальними збудниками, як грампозитивними, так і грамнегативними;
- преднізолон – глюкокортикоїд протизапального місцевого характеру, що сприяє швидкому купіруванню тих проявів, до яких призводить патологія нижнього відділу генітального тракту;
- ністатин – дуже ефективний проти *Candida*.

Слід наголосити, що на сьогодні відзначається висока чутливість *Candida* до ністатину. Раніше його, як і пеніцилін, ампіцилін та ін., довгий час застосовували під час лікування багатьох інфекцій. Це врешті-решт призвело до втрати збудниками чутливості, через що лікарі припинили їх використовувати. Наразі змінилося коло збудників, знову з'явилася чутливість до цієї групи антибіотиків, тому лікування ністатином має позитивний терапевтичний ефект.

Слід окремо підкреслити переваги тернідазолу – це сполука, синтезована спеціально для місцевого (топічного) застосування, яка не всмоктується системно. Використовуючи його під час вагітності, важливо пам'ятати про той момент, що немає ризику впливу на плід.

Численними закордонними і вітчизняними дослідженнями на сьогодні доведена ефективність Тержинану при лікуванні вагінітів і цервіцитів. Для кращого розуміння переваг цього препарату не можна не зупинитись на результатах дослідження, яке присвячено порівнянню ефективності

Тержинану з свічками з хлоргексидином. Хлоргексидин – це хороший антисептик, але має певні особливості. Він діє переважно на аеробну флору, тому сьогодні позиціонується для лікування аеробного вагініту. Якщо йдеться про лікування бактеріальних чи змішаних інфекцій, то перевага надається Тержинану, який не тільки усуває запалення і незаражує уражені хворобою ділянки (протизапальний і антибактеріальний ефекти), а й завдяки комбінованій дії охоплює протитрихомонадні та протигрибкові спектри боротьби з інфекцією. Такі властивості засобу дозволяють використовувати його при різних формах перебігу захворювання, паралельно лікуючи й інші інфекції, які можуть маскуватися за симптомами молочниці в організмі.

Оцінювання мікробіологічної ефективності Тержинану продемонструвало більш ефективні результати лікування порівняно з препаратами, які містять хлоргексидин, тому що стосовно терапії міст-інфекції Тержинан був на рівні майже 100% виліковування, інші – на рівні 80%.

На сьогодні доведено, що одним з важливих елементів бар'єрного захисту верхніх відділів генітального тракту є наявність імуноглобулінів (зокрема імуноглобуліну А). Дослідження, проведені професором А.Я. Сенчуком (Національний медичний університет імені О.О. Богомольця), підтвердили, що за використання Тержинану активізується продукція імуноглобулінів А, що так само покращує антимікробний вплив.

Заслугує на увагу ще одне надзвичайно цікаве дослідження щодо ефективності Тержинану при різних змішаних інфекціях, зокрема при ураженні ВПЛ. На сьогодні чітко відомо, що ураження ВПЛ є невиліковною хворобою. Ще не вироблено жодного препарату (ані інтерферонів, ані інших цикловірів), який би впливав на цей вірус. Водночас, за наявності вагінітів, вагінозів збільшується ризик і створюються умови для інфікування ВПЛ. Слід докладніше розповісти про результати дослідження щодо оцінювання зміни вірусного навантаження і частоти виявлення папіломавірусної інфекції у жінок після лікування Тержинаном. Зверніть увагу:

- у 4% пацієнтів відсутність вірусного навантаження свідчить про те, що пройшла елімінація вірусу; важко сказати, що це виключно завдяки лікуванню Тержинаном, адже не слід виключати і саме елімінацію вірусу у молодих жінок, і це доведений факт;
- у 77% жінок зниження вірусного навантаження свідчить про зменшення запальних процесів в епітелії шийки матки, що також сприяє елімінації, тобто зменшенню кількості вірусів у тканинах;
- в 11% хворих не спостерігалось ніяких змін;
- у 9% – незначне підвищення вірусного навантаження.

Отже, під час терапії Тержинаном спостерігався ще і диференційно-діагностичний момент, тобто було виявлено, хто з цих жінок заслуговує на найбільшу увагу, кого слід частіше обстежувати – і це пацієнтки, у яких фіксують підвищення вірусного навантаження. Цей факт свідчить про активну реплікацію вірусу і ризик проліферативних та злоякісних перетворень у шийці матки.

Лактобактерії як одна з основних резидентних бактерій піхви відповідає за наявність нормального стану мікробіоти піхви. Переважно всі антисептики та антибактеріальні препарати, які застосовують під час топічної терапії, впливають на лактобактерії. Проводили дослідження у різних регіонах, у тому числі і в клініці на базі Львівського національного медичного університету, щодо використання Тержинану у терапії вагінальних інфекцій, які довели, що внаслідок комплексних впливів різних складників препарату створюються умови для відновлення пулу лактобактерій. При цьому діє конкурентна боротьба за продукти харчування для мікроорганізмів і відповідно спостерігається зростання і нормалі-

зачія саме титру лактобактерій, що відзначено у переважній більшості пацієнтів.

Важливим залишається питання стосовно парадоксів лікування. Після проведення антибактеріальної терапії симптоми зникають, жінка почувається добре, але через певний час (до 1–2 міс) у неї знову може розвинути кандидоз піхви. Чому? По-перше, для бактерій і для *Candida* потрібний різний кислотний стан піхви. Бактерії не люблять кислотний стан, залужують середовище, *Candida* обоюють кислотне середовище (рН 4–3,8), що є сприятливим моментом для їхнього росту. По-друге, про що наголошувалось раніше, – серед причин рецидивів вагінального кандидозу сьогодні переважають збудники *Candida non-albicans*.

Аналізуючи спектр збудників бактеріального вагінозу за останні понад 30 років, можна дійти висновку, як кардинально змінювалась ситуація. Збільшилась кількість *C. glabrata* (перше місце серед збудників *C. non-albicans*), також збільшилась кількість випадків ураження *C. parapsilosis* та іншими бактеріями роду *Candida*, які у сукупності займають сьогодні до 20% у структурі збудників кандидозу. Головна особливість цих збудників – вони не чутливі до флуконазолів. Лікарі призначають і системну терапію, і місцеву, а у пацієнок все одно формується рецидивний тип вульвовагінального кандидозу. Тому слід звернути особливу увагу на причини, через які лікування не дає ефекту за наявності рецидивного вульвовагінального кандидозу.

Відомо, що кожний мікроорганізм має певні механізми агресії – вірулентності. *Candida* виробляє ферменти (кислі аспарагінові протеази), основна мета яких забезпечити проникнення гіфів *Candida* між клітинами слизової оболонки, доходячи до підслизової оболонки. Сьогодні усе частіше діагностують такий агресивний вагінальний кандидоз, коли гриби «проростають» через слизову оболонку у підслизовий шар саме внаслідок того, що наявні кислі аспарагінові протеази. Вони гідролізують імуноглобуліни, розривають міжклітинні зв'язки. Відповідно для того, щоб вплинути на цей патогенетичний механізм, необхідно не просто руйнувати клітину гриба, а блокувати його моменти інвазивності.

Особливості епідеміології вагінітів на сучасному етапі, а також необхідність відповідності обраного препарату зазначеним вище стандартам примушують проводити подальший пошук «ідеального» препарату для санації піхви при вульвовагінальному кандидозі. З цього приводу слід наголосити, що на сьогодні розроблено єдиний протигрибковий препарат, який має вплив на кислі аспарагінові протеази, – Ломексин® (діюча речовина – оригінальний інноваційний фентиконазол, патент на який має лише компанія «Рекордаті груп»). Він випускається у формі вагінальних капсул і 2% крему. Фунгіцидні властивості препарату зумовлені шкідливою дією на клітинну мембрану грибів завдяки пригніченню біосинтезу ергостеролу, а також блокуванню цитохромоксидази та пероксидази. Однак, на відміну від інших місцевих азолів, Ломексин® безпосередньо пригнічує кислі протеази *Candida*, які пошкоджують слизову оболонку піхви і спричиняють запалення, та інгібує їхню продукцію. Нейтралізація кислих протеаз сприяє швидкому зменшенню проявів інфекції (біль, свербіж, печіння). Особливістю фентиконазолу є збереження фунгіцидного ефекту як у кислому, так і в нейтральному середовищі піхви, на відміну від більшості місцевих азолів.

Отже, під час терапії препаратом Ломексин® спостерігаються два паралельні моменти: руйнація самої клітини гриба та усунення факторів вірулентності. Закордонними і вітчизняними дослідженнями доведено, що такий ефект притаманний тільки фентиконазолу, а саме – препарату Ломексин®. Ефективність препарату без залежності від середовища піхви необхідна для надійної терапії, оскільки у широких клінічних

практиці кислотність (рН) виділень зазвичай не визначають.

Коли лікар стикається з проблемою рецидивного вульвовагінального кандидозу, у першу чергу він повинен згадати про Ломексин®. За результатами досліджень, препарат, руйнуючи клітини грибів, не впливає на лактобактерії, а навпаки, створює умови для зростання пулу лактобактерій. Ефективне лікування за наявності усього спектра грибів, які можуть спричинити вульвовагінальний кандидоз, у тому числі рецидивний, притаманно для Ломексину. Для руйнування *C. albicans* потрібна найменша доза Ломексину, трохи більша – для *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, а от *C. krusei*, *C. tropicalis* вимагають створення у тканинах досить високої мінімальної інгібувальної концентрації протигрибкового препарату, що досягається саме під час застосування Ломексину.

Ще однією перевагою препарату Ломексин® є термін дії у тканинах – 72 год. Це означає, що чим довше він діє, тим більше комплаєнс пацієнтів, тобто не треба ходити зі жменю препаратів, аби приймати їх тричі на добу. Тому ці 72 год є надзвичайно важливими. Використання препарату за наявності таких його характеристик дає досить високий ефект виліковуваності, який зберігається після наступних менструальних циклів. Адже відомо, що кожний цикл – провокація рецидиву вагінального кандидозу. За даними прямих порівняльних досліджень, лікування препаратом Ломексин® продемонструвало більшу ефективність порівняно з препаратами клотримазолу або кетоконазолу.

Крім того, з'ясовано, що фентиконазол демонструє антибактеріальну дію стосовно спектра бактерій, які зазвичай пов'язують із грибковою суперінфекцією шкіри і вагінальними інфекціями, а також протипаразитарну дію щодо найпростіших *Trichomonas vaginalis*.

Отже, фентиконазол може бути ідеальним альтернативним засобом для місцевого застосування під час багатокомпонентного лікування змішаних інфекцій, включаючи грибові, бактеріальні інфекції (у тому числі *Gardnerella vaginalis*), дерматофіти та/або *Trichomonas spp.*

Інтравагінальне застосування фентиконазолу пов'язане з високим показником мікробіологічної ефективності у хворих на вагінальний кандидоз, трихомоноз, бактеріальний вагіноз та зі змішаною інфекцією.

Існують різні схеми використання препарату Ломексин® для лікування пацієнок. Особливої уваги заслуговує вагінальна капсула Ломексин® 1000 мг. Для лікування інфекцій, спричинених *Trichomonas vaginalis*, та змішаних інфекцій (*Trichomonas* + *Candida*) слід застосовувати 1 капсулу 1000 мг. За необхідності – повторно застосувати через 24 год.

Для лікування інфекцій, спричинених *Candida*, слід 1 капсулу 1000 мг застосовувати одноразово ввечері. Якщо симптоми зберігаються, повторно застосувати 1 капсулу 1000 мг через 3 дні. Через 30 днів після закінчення терапії спостерігається 100% виліковування. Пацієнткам, які страждають на рецидивний кандидоз, лікування слід проводити 4–5 разів на рік: основний курс Ломексину той самий, додатково протягом трьох наступних місяців після останнього дня менструації застосовувати 1 капсулу 600 мг одноразово ввечері (для порівняння: схема протирецидивної терапії флуконазолом триває 6 міс, що не сприяє комплаєнсу жінки та не додає їй здоров'я).

Ломексин® створює високу дозозалежну та тривалу (72 год) концентрацію фентиконазолу у піхві, крім того, його низька біодоступність (0,6%) забезпечує безпечність застосування та відсутність системної дії.

Отже, Ломексин® 1000 мг дає можливість лікувати хворих на вагінальний кандидоз, трихомоноз, бактеріальний вагіноз зі змішаною інфекцією у короткий термін, що значно покращує комплаєнс та ефективність терапії. Питання комплаєнсу дуже важливе, особливо сьогодні, ураховуючи інтен-

сивний темп життя, щільний графік роботи та відряджень. Тому Ломексин® 1000 мг є препаратом вибору для забезпечення інтимного здоров'я пацієнок, особливо жінок, які ведуть активний спосіб життя.

Не можна обійти увагою ще один нюанс: як зробити лікування ефективнішим? Вульвовагінальний кандидоз не належить до інфекцій, що передаються статевим шляхом, але анатомічна будова статевих органів чоловіків передбачає можливість інфікування. Тому одночасно з лікуванням жінки для виключення можливого повторного зараження повинен лікуватися і її сексуальний партнер. Використання чоловіками препарату Ломексин® крем 2% покращує наслідки лікування, і поки воно триває, потрібно утримуватись, за можливості, від статевих актів або, принаймні, захищатися за допомогою пре-

зерватива. Захищеними статеві акти повинні бути і якийсь час після закінчення курсу – це допоможе уникнути рецидивів.

Підсумовуючи наведене вище, можна стверджувати: препарат Ломексин® 1000 мг завдяки унікальному потрійному механізму дії, широкому спектру активності проти патогенних мікроорганізмів, зазвичай причетних до вульвовагініту, а також можливості індивідуалізації терапії та покращення комплаєнсу, на чому сьогодні базуються всі підходи до лікування, зарекомендував себе як препарат вибору для лікування вагінального кандидозу, трихомонозу, бактеріального вагінозу та змішаної інфекції і може бути рекомендований для широкого застосування у гінекологічній практиці.

Підготувала О.М. Гончук

Патология нижнего отдела генитального тракта – стратегия и тактика лечения

Инфекционные заболевания нижних отделов генитального тракта являются самыми распространенными среди населения. В зависимости от характера возбудителя вагинит классифицируется на грибковый (преимущественно Candida), трихомонадный, бактериальный или смешанной этиологии. Вульвовагинальный кандидоз – самая известная из вагинальных инфекций, распространенность которой, вероятно, вызвана самолечением противогрибковыми препаратами, которые продаются без рецептов, и рекламой в популярной прессе. Многие женщины допускают ошибку, считая, что их вагинальные симптомы возникли из-за наличия дрожжевой инфекции или из-за диагностической ошибки врача. Лечебные мероприятия в этом случае предусматривают применение пероральных препаратов и лекарств местного (топического) назначения. Фармакология сегодня развивается бешеными темпами. Постоянно появляются новые лекарственные средства, в том числе и для лечения кандидоза. В обзоре продемонстрировано, насколько обоснованной и действительно эффективной является топическая терапия препаратами Ломексин® и Тержинан в лечении инфекционных заболеваний нижних отделов генитального тракта.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, *Candida albicans*, *Candida non-albicans*, бактериальный вагиноз, цервицит, Тержинан, лактобактерии, Ломексин®.

Pathology of the lower part of the genital tract – the strategy and tactics of treatment

Infectious diseases of the lower parts of the genital tract are the most common among the population. Depending on the nature of the pathogen, vaginitis is classified into fungal (predominantly Candida), trichomonadic, bacterial or mixed etiology. Vulvovaginal candidiasis is the most famous of vaginal infections, the prevalence of which is likely to be due to the self-medication of antimycotic drugs for sale without prescription and advertising in the popular press. Many women are mistaken in believing that their vaginal symptoms are due to a yeast infection, or thinking of a doctor's diagnostic error. Therapeutic measures in this case involve the use of oral and local (topical) prescription drugs. Pharmacology today is developing at a crazy pace. A lot of new medicines, including those for the treatment of candidiasis, are constantly emerging. The review presents how substantiated and really effective is topical therapy with Terzigan and Lomexin® in the treatment of uncomplicated, complicated and recurrent candidiasis vulvovaginitis caused by *C. albicans* and *C. non-albicans*

Key words: vulvovaginal candidiasis, *Candida albicans*, *Candida non-albicans*, cervicitis, Terzhinan, lactobacilli, Lomexin®.

(Список літератури знаходиться в редакції)