

суттєве зростання гарднерельозу. У хворих з неплідністю зареєстровано високу частоту висіву стафілокока золотистого, стрептокока фекального, клебсієл.

У жінок, що мали порушену репродуктивну функцію, відзначається дисбіоз, при якому з високою частотою реєструється асоціативний тип контамінації геніталій видами патогенної мікрофлори, що призвело до зростання частоти формування бактеріального вагінозу, яка в 3 рази (34 %) перевищувала показники у жінок з непорушеною репродуктивною функцією.

**ВИСНОВКИ** У жінок з непорушеною репродуктивною функцією зміна біоценозу статевих шляхів характеризувалась високими показниками контамінації геніталій умовно-патогенною мікрофлорою та відсутністю лактобацил у 86,2 % обстежених.

У хворих з неплідністю в 3 рази частіше реєструвався бактеріальний вагіноз (34 %), гриби р. кандиди (39 %), в 2 рази частіше виявлявся патогенний стафілокок (12,2 %). Концентрації цих видів мікрофлори досягали діагностичного рівня; кількість нормальної мікрофлори була значно знижена. Частота діагностики хламідіозу у хворих обох груп складала 17,6 %, уреоплазмозу – 16,2 %.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Актуальные вопросы планирования семьи, сексологии и репродукции / Под ред. В. Воронина – К., 1998. – 190 с.
2. Анкирская А.Е. Проблемы хронической (персистирующей) хламидийной инфекции // Акуш. и гин. – 1999. – № 3. – С. 8-10.
3. Гордеева Г.Д. Бактеріальний вагіноз // Ліки України – 1998. – № 5. – С. 55.
4. Олійник Н.М., Маланчик І.М., Архіпова Н.О. Екологічні параметри мікробіоценозу піхви у жінок підвищеної групи ризику розвитку гнійно-запальних захворювань та їх корекція // Ліки – 1999. – № 1 – С. 14.

5. Dereli D., Ertem E., Tavmergen E.N., Serter D., Tavmergen E., Kocyigit F., Capanoglu R. Screening for herpes simplex virus in infertile women // Genitourin Med. – 1995. – Apr. – Vol. 71, №2. – P. 131-132.
6. Glynn J.R., Buve A., Carael M., Kahindo M., Macauley I.B., Musonda R.M., Jungmann E., Tembo F., Zekeng L. Decreased fertility among HIV-1-infected women attending antenatal clinics in three African cities // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. – 2000. – Dec. – Vol. 1, № 25(4). – P. 345-352.
7. Marrazzo J.M., Koutsky L.A., Kiviat N.B., Kuypers J.M., Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women // Am. J. Public Health. – 2001. – Jun. Vol. 91, № 6. – P. 947-952.
8. De Muylder X., Laga M., Tennstedt C., Van Dyck E., Aelbers G.N., Piot P. The role of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis in pelvic inflammatory disease and its sequelae in Zimbabwe // J. Infect. Dis. – 1990. – Aug. – Vol. 162, №2. – P. 501-505.
9. Thongkrajai P., Pengsaa P., Lulitanond V. An epidemiological survey of female reproductive health status: gynecological complaints and sexually-transmitted diseases // Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. – 1999. – Jun. – Vol. 30 №2. – P. 287-295.
10. Uzlova T.V., Teplova S.N., Medvedev B.I. The role of different microorganisms in the genesis of tubal-peritoneal infertility and in immunity. // Zh. Microbiol. Epidemiol. Immunobiol., – 2000. – Mar. – №2. – P. 95-97.
11. Баркалова Э.Л. Эффективность использования препаратов лактобактерий в комплексной терапии кандидозного вагинита // Дерматология і венерология. – 2002. – № 1 (15). – С. 25-27.
12. Белозоров О.П., Федець М.І., Федець О.І. Вивчення деяких імунологічних механізмів хламідійної інфекції // Фізіологічний журнал. – 2000. – №46 (2). – С. 51-55.
13. Мавров И.И. Современное состояние проблемы хламидийной инфекции // Дерматовенерология. Международный медицинский журнал. – 2000. – №3. – С. 101-106.
14. Гордеева Г.Д. Применение офлоксина-200 для комплексного лечения воспалительных заболеваний женских половых органов // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2001. – № 2. – С. 9-15.
15. Козлова В.М., Пухнер В.С. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М.: Авиценна, ЮНИТИ, 1995. – 317 с.
16. Сметник В.Б., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология // Руководство для врачей. – С.Пб.: Сотис, 1995. – 201 с.

УДК 618.15-002-022.7-085.331

**Хлібовська О.І., Бойчук А.В.**

**КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “ТРИХОПОЛ” ПРИ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ**

**Тернопільська державна медична академія ім.І.Я. Горбачевського**

**КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “ТРИХОПОЛ” ПРИ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ** – Наведені результати досліджень із застосування препарату “Трихопол” (“ПОЛЬФАРМА”) для комплексного лікування бактеріального вагінозу. “Трихопол” призначали перорально і у вигляді вагінальних таблеток. Представлені дослідження ефективності даного препарату. Згідно з отриманими результатами трихопол можна вважати препаратом вибору при терапії бактеріального вагінозу.

**КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧЕСКІЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА “ТРИХОПОЛ” ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИЙНОГО ВАГИНОЗА** – Наведены данные исследования препарата “Трихопол” (“ПОЛФАРМА”) для комплексной терапии бактериального вагиноза. Трихопол назначали перорально и в виде вагинальных таблеток. Представленные данные эффективности данного препарата. Исходя из полученных результатов, трихопол можно считать препаратом выбора при лечении бактериального вагиноза.

**CLINICAL AND PHARMACOLOGICAL ASPECT OF USAGE TRICHOPOL FOR TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS** – The article is devoted to analysis of investigation of usage TRICHOPOL POLPHARMA for treatment of bacterial vaginosis. TRICHOPOL was prescribed per os and vaginal application. The investigators presented the efficiency of TRICHOPOL. According to the results TRICHOPOL can be considered as the medicine of the first line at the treatment of bacterial vaginosis.

**Ключові слова:** трихопол “ПОЛЬФАРМА”, бактеріальний вагіноз, вагінальні таблетки.

**Ключевые слова:** трихопол “ПОЛФАРМА”, бактериальный вагиноз, вагинальные таблетки.

**Key words:** TRICHOPOL “POLPHARMA”, bacterial vaginosis, vaginal application.

**ВСТУП** Запальні захворювання жіночих статевих органів – одна з актуальних медичних проблем, що суттєво впливають на здоров'я мільйонів жінок дітородного віку [1,4]. Жінки із запальними захворюваннями статевих органів складають 60-70 % гінекологічних хворих, які звертаються за медичною допомогою в жіночу консультацію. В останні роки значну увагу звертають на бактеріальний вагіноз (БВ) [1, 2, 3, 4].

Бактеріальний вагіноз – стан дисбіозу вагінального біотипу, який характеризується високою концентрацією облігатно- та факультативно-анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів та різким зниженням кількості чи відсутністю молочнокислих бактерій в вагінальних виділеннях. При БВ спостерігається проліферація умовно-патогенної флори: Bacteroides, Peptococcus, Peptostreptococcus, Mobiluncus spp, Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis. Поширеність БВ складає від 4 до 64 %, а, за даними Е.Ф. Кіра, зустрічається у 95 % [1, 2, 3, 4].

Фактори ризику розвитку БВ: наявність в анамнезі запальних процесів в органах малого таза, фонові захворювання шийки матки, порушення менструального циклу, застосування гормональних та внутрішньоматкових засобів контрацепції, наявність великої кількості статевих партнерів. Мікробіологія бактеріального вагінозу вивчена, визначений спектр БВ-асоційованих мікроорганізмів. До них

належать облигатно-анаеробні бактерії роду *Bacteroides*, *Fusobacterium* *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*, а також мікроаерофіли *Gardnerella vaginalis* та *Mycoplasma hominis*. Виділити домінуючого збудника неможливо, в середньому вагінальний мікроценоз складають 5-6 асоціантів. *Gardnerella vaginalis* – це факультативний анаероб, нерухомий, поліморфний, грамваріабельний. Росте на живильних середовищах, збагачених CO<sub>2</sub> при 35 °С. Він індол-, нітрат-, уреазнегативний. *Gardnerella vaginalis* не утворює капсул, тому легко піддається дії несприятливих факторів (медикаментозної терапії і антимікробних агентів). В процесі своєї життєдіяльності *Gardnerella vaginalis* утворює шляхом ферментації із глікогену епітелію вагіни оцтову кислоту, інколи молочну, янтарну і мурашину. Однак при зростанні проліферації *Gardnerella vaginalis* на фоні пригнічення її головних антагоністів – лактобактерій – набуває патогенних властивостей, які проявляються в продукуванні деякими штамами ферменту спалідази, активної до глобулярних глікопротеїдів слизової оболонки вагіни. Цей фермент близький до аналогічного ферменту деяких патогенних бактерій. Саме його продукуванням і пояснюється головний клінічний симптом БВ – значні, гомогенні, іноді піністі виділення. Пінистість зумовлюється CO<sub>2</sub>, що утворюється при ферментації глюкози і гліпурату в оцтову кислоту. Реакція екзотермічна, тому у хворих інколи відмічаються свербіння і печія слизової вагіни. Крім того, до патогенних факторів *Gardnerella vaginalis* можна віднести і встановлену при її асоціації з уреоплазмами продукцію мікрокапсули, що сприяє резервуванню і розмноженню *Gardnerella vaginalis* внутрішньоклітинно в епітеліальних клітинах, а також трихомонадах. *Mycoplasma hominis* зустрічається у 24-75 % жінок з БВ і 13-22 % без нього. *Mobiluncus* – це вигнуті, грама-ріабельні рухомі мікроорганізми. Він індол-, каталазо-, оксидазо- і H<sub>2</sub>S-негативний, не утворює спор. Ріст в бульйоні стимулюється кроплячою чи конячою сироваткою, ферментацією карбогідратів, таких, як мальтоза чи глікоген. Мікроорганізми *Mobiluncus* мають грампозитивну клітинну стінку, джгутики і рухаються штопороподібно у вологому препараті вагінальних виділень і в чистій культурі. *Mobiluncus* – це лише один із збудників БВ. В 1978 році з'явилися дані, що анаеробні бактерії беруть участь в патогенезі БВ. Вони представлені: *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella bivia*, *Prevotella disiens*, *Porphyromonas* spp. Поліаміни – продукти життєдіяльності анаеробів, які зумовлюють специфічний запах виділень при БВ, а також підвищення рН вагінального вмісту.

Така міжмікробна асоціація підтримується специфічними катаболітами, які виробляються як гарднерелами, так і облигатно анаеробними бактеріями [1].

Таким чином, бактеріальний вагіноз – це полімікробне захворювання, яке призводить до порушення специфічних функцій жіночого організму. І тому актуальним є пошук ефективних засобів для лікування цих захворювань [1].

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності препарату "Трихопол" при лікуванні бактеріального вагінозу.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Проведено обстеження 30 пацієнток репродуктивного віку з бактеріальним вагінозом наявним ще до вагітності. Діагноз бактеріального вагінозу вважали обґрунтованим за наявності хоча б трьох із чотирьох ознак: гомогенних значних виділень, адгезованих на слизовій оболонці вагіни, з неприємним запахом; виявлення "ключових" клітин (злуцені клітини плоского епітелія, вкриті грамваріабельними організмами); позитивний амінотест (пооява "рибного" запаху при змішуванні у однакових кількостях виділень з вагіни та 10 % розчину КОН); рН вагінального вмісту > 4,5.

Перед початком лікування всім пацієнткам проводилось загальноклінічне, бактеріологічне, імуноферментне і кольпоскопічне обстеження. Контрольне обстеження проводилось через 10 днів (після закінчення першого етапу лікування) та через 15 днів (після закінчення курсу лікування).

Лікування бактеріального вагінозу проводилось в два етапи. На першому етапі призначались препарати для елімінації анаеробної і умовно-патогенної мікрофлори. Другий етап лікування направлений на відновлення нормальної мікрофлори вагіни. На першому етапі призначали трихопол (метронідазол) "ПОЛЬФАРМА" перорально по 500 мг (2 таблетки) двічі на добу протягом 7 днів з одночасним застосуванням вагінальних таблеток (500 мг) по 1 таблетці на ніч протягом 10 днів. На другому етапі протягом 10-15 днів призначали вагілак вагінально по 1 свічці на ніч.

Трихопол (метронідазол) – це представник класу нітроїмідазолів, синтетичний антибактерійний і антипротозойний засіб. Він легко проникає в мікробні клітини; метаболізує в цитоплазмі до проміжних продуктів, які інактивують ДНК, порушуючи процес реплікації. Швидкий ефект не залежить від зовнішнього впливу чи фази росту бактерій. Активний щодо анаеробного протозою (*Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolica*, *Giardia lamblia*), анаеробних бактерій. Індукує продукцію інтерферону, має високу біодоступність. Форма випуску: таблетки по 250 мг, вагінальні таблетки по 500 мг.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Вік хворих коливався від 20 до 35 років. Запальні захворювання жіночих статевих органів перенесли 35 % обстежуваних. Ускладнення після родів, штучних абортів і самовільних викиднів мали 23 % жінок. Наведені дані свідчать, що наявність в анамнезі захворювань інфекційно-запального характеру, насамперед з локалізацією в статевих шляхах, є сприятливим чинником для розвитку дисбіотичного стану вагіни.

Проаналізовані результати дослідження. У жінок з БВ основною була скарга на значні виділення зі статевих шляхів сірого чи білого кольору, часто з неприємним запахом, що особливо підсилюються після менструації у 100 % обстежуваних. Свербіж і печію в ділянці вагіни зауважували 86 %, у ділянці зовнішніх статевих органів – 89 % обстежуваних. Дизуричні розлади – у 23 % жінок.

**Таблиця 1. Скарги пацієнток до і після лікування**

Скарги, %	До лікування	Після лікування
Білі	100	11
Свербіж і печія в ділянці вагіни	86	3
Свербіж і печія в ділянці зовнішніх статевих органів	89	2
Дизуричні розлади	23	1
Скарги відсутні	0	83

Кольпоскопічне дослідження підтвердило наявність запальної реакції в вагіні практично у всіх пацієнток (ознаки кольпиту виявлялися у вигляді дрібних вогнищ правильних обрисів). На основі проведеного обстеження виявлено аеробно-анаеробні асоціації мікроорганізмів з переважанням анаеробів. *Gardnerella Vaginalis* виділено у 89 % жінок, в усіх випадках в асоціації з облигатними і факультативними анаеробами. *Mobiluncus* виявлено у 45 %. Під час першого обстеження до лікування БВ у 100 % жінок у мазках, фарбованих за Грамом 1 % водним розчином метиленового синього, було виявлено ключові клітини, позитивний амінотест 82,1 %, рН вагінального вмісту становив 5,4.

Після проведеного поєднаного лікування покращувався загальний стан жінок, зменшувались або зникали суб'єктивні скарги. При бактеріоскопічному обстеженні після лікування достовірно зменшувалась кількість різних видів мікроорганізмів і одночасно зростала кількість лактобацил (у 67 %). При повторному обстеженні кількість лактобацил переважала у 89 % обстежуваних.

**ВИСНОВКИ** Таким чином, згідно з отриманими результатами трихопол можна вважати препаратом вибору при комплексній терапії бактеріального вагінозу.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз// Акушерство и гинекология. – 1995. – №6. – С.13-16.  
 2. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.Ф. Диагностика и лечение сексуально-трансмиссионных заболеваний в гинекологической практике (методическое пособие). – С.Пб.: “Яблочко СО”, 1996. – 47с.

3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – С.Пб.:ООО “Нева-Люкс”, 2001. – 364с.  
 4. Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations// Amer. J. Med. – 1983. – Vol.74, № 1. – P.14-22.

УДК 618.15-002-085.331-06:[618.3-06:616.98-097:578:578.828.6

**Однокоз Т.О., Камінський В.В., Єщенко О.Г.**

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ ПРЕПАРАТОМ “НЕО-ПЕНОТРАН” У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ**

**КМАПО ім. П.Л. Шупика**

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ ПРЕПАРАТОМ “НЕО-ПЕНОТРАН” У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ – В статті представлено короткий огляд літератури та результати клінічного дослідження препарату “Нео-Пенотран” (вагінальні супозиторії №14) виробництва компанії “Шерінг” (Німеччина) при бактеріальному вагінозі у ВІЛ-інфікованих вагітних. В дослідженні брали участь 29 вагітних жінок, інфікованих ВІЛ. Показана висока терапевтична ефективність препарату та його вплив на стан біоценозу піхви, відсутність проявів токсичного ефекту. Нео-Пенотран рекомендується для клінічного застосування в лікуванні бактеріального вагінозу у ВІЛ-інфікованих вагітних.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВАГИНОЗОВ ПРЕПАРАТОМ “НЕО-ПЕНОТРАН” У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ – В статье представлены короткий обзор литературы и результаты клинического исследования препарата “Нео-Пенотран” (вагинальные суппозитории №14) производства компании “Шеринг”(Германия) при бактериальном вагинозе у ВИЧ-инфицированных беременных. В исследовании принимали участие 29 беременных женщин, инфицированных ВИЧ. Показана высокая терапевтическая эффективность препарата и его влияние на состояние биоценоза влагалища, отсутствие проявлений токсического эффекта. Нео-пенотран рекомендуется для клинического применения при лечении бактериальных вагинозов у ВИЧ-инфицированных беременных.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ ПРЕПАРАТОМ “НЕО-ПЕНОТРАН” У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ – The article presents a short review of the literature and results of clinical research of medicine “Neo-Penotran” (intravaginal suppositories № 14) manufactured by company “Schering” (Germany) at bacterial vaginosis in HIV-infected pregnant women. 29 HIV-infected pregnant women participated in research. The high therapeutic efficiency of a drug and its influence on a condition of vaginal biocenosis, absence of development of toxiferous effect is shown. Neo-Penotran is recommended for clinical application in treatment of bacterial vaginosis in HIV-infected pregnant women.

**Ключові слова:** бактеріальний вагіноз, ВІЛ-інфіковані вагітні, лікування, нео-пенотран.

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, ВИЧ-инфицированные беременные, лечение, нео-пенотран.

**Key words:** bacterial vaginosis, HIV -infected pregnant women, treatment, Neo-Penotran.

**Вступ** Епідемія ВІЛ/СНІДУ впродовж останнього десятиріччя стала значною проблемою для всього людства [5].

Протягом останніх 5-ти років Україна за темпами росту кількості ВІЛ-інфікованих займає одне з перших місць у Східній Європі. Особливу занепокоєність викликає той факт, що найбільшого значення сьогодні серед шляхів інфікування набирає гетеросексуальний статевий контакт [5,6].

В результаті спостерігається активне залучення в епідемію ВІЛ молодих жінок та дітей, народжених ними. Відомо, що рівень трансмісії ВІЛ від матері до дитини становить в Україні 29,6 %, тобто при неадекватному веденні вагітності та пологів у ВІЛ-інфікованих жінок кожна третя дитина народиться ВІЛ-інфікованою [5,6]. Тому зниження трансмісії ВІЛ від матері до дитини є найактуальнішою проблемою сучасної перинатальної інфектології [2,5].

Бактеріальний вагіноз(БВ) спостерігається у 86,1% ВІЛ-інфікованих вагітних жінок та в основному має безсимптомний перебіг [2,4]. БВ розглядається як дисбаланс піхви, в основі якого є порушення процесів мікробіоценозу [3].

В нормі рН вагінального секрету складає 3,8-4,2, що зумовлено продукцією молочної кислоти штамами лактобацил, які обумовлюють колонізаційну резистентність біотопу та перешкоджають значному росту інших 20-30 видів бактерій, що в нормі знаходяться в піхві в незначній кількості. При дестабілізації екосистеми настає різке зменшення кількості лактобацил, підвищення рН піхвового секрету більше 4,5. При цьому створюються умови для масивного розмноження таких мікроорганізмів як гарднерелли, облигатно-анаеробні бактерії, вегетування яких ще більше пригнічує лактофлору та стимулює ріст різних умовно-патогенних мікроорганізмів [3].

Бактеріальний вагіноз у ВІЛ-інфікованих вагітних призводить до таких ускладнень вагітності як передчасні пологи та пологи, передчасний розрив плідного міхура, хоріоамніоніт та інфікування навколоплідних вод, гіпотрофія плода, післяпологові гнійно-септичні порушення [4,5]. Ризик перинатальної трансмісії ВІЛ при БВ збільшується в 2-4 рази [4,5].

Метою даного дослідження було вивчення ефективності лікування бактеріального вагінозу препаратом “Нео-Пенотран” у ВІЛ-інфікованих вагітних.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Для вирішення поставленої цілі було проведено комплексне клініко-лабораторне, мікробіологічне обстеження 29 жінок в терміні 16-18 тижнів вагітності, на початкових стадіях ВІЛ-інфекції, з діагнозом бактеріального вагінозу.

Діагноз бактеріального вагінозу встановлювали на основі скарг, даних анамнезу, клінічних та мікроскопічних досліджень мазків (при підтвердженні *Gardnerella vaginalis*), рН-метрії піхви за допомогою індикаторного паперу та еталонної шкали при рН>4,5 та проведення амінотесту. Для виявлення “ключових” клітин мікроскопію піхвових мазків проводили після фарбування за Грамом. Діагноз бактеріального вагінозу ставили при поєднанні 3-х позитивних методів скринінгу. У 15 жінок (основна група) після підтвердження діагнозу бактеріального вагінозу проводилось лікування препаратом “Нео-Пенотран” компанії “Шерінг” (Німеччина) у вигляді вагінальних супозиторіїв. Одна свічка препарату “Нео-Пенотран” містить 500 мг метронідазолу + 100 мг міконазолу нітрату.

Нео-пенотран застосовували по 1-му супозиторію 2 рази на день інтравагінально протягом 7-ми днів. Інші 14 жінок (контрольна група) після встановленого діагнозу бактеріального вагінозу приймали метронідазол 250 мг + ністатин 500 тис. 4 рази на добу per os протягом 7-ми днів (згідно з рекомендаціями з медичної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам, ВООЗ, 2001). Клінічне та мікробіологічне дослідження проводилось перед лікуванням, на 8-10 та 21-23-й дні від початку лікування.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** В переважній кількості обстежених вагітних жінок як контрольної, так і основної групи скарги були відсутні (25 випадків, що склало 86,2 %). У 4-х (13,8 %) жінок спостерігались