

фология плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела. – Иваново, 2005.– 382 с.

9. Стольный В.Н., Кочетов А.М. Роль онтогенетических изменений в перивентрикулярных зонах головного мозга плодов и новорожденных в разви-

тии различных вариантов нарушений мозгового кровообращения // Патогенез, клиника и терапия экстремальных состояний: материалы научно-практической конференции / под ред. проф. В.Т. Долгих. – Омск: Изд-во Омской гос. мед. академии, 1998. – 130 с.

УДК 612.336:616-08:618.15-008.8

І.Ю. Кузьміна, О.О. Кузьміна, О.В. Ткачова, О.О. Гришина
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ
РІЗНОМАНІТНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ РІЗНОМАНІТНОЇ ЕТІОЛОГІЇ. Проведено лікування 46 жінок, хворих на трихомоніаз, і 30 жінок з бактеріальним вагінозом, які були поділені на дві порівнянні клінічні групи. Пацієнткам 1 групи був призначений препарат “Секнідазол” у дозі 2 г одноразово per os. Хворі 2 групи одержували препарат “Секнідазол” у тому ж дозуванні та імуномодулятор нового покоління “Імуномакс”. Отримані дані дозволяють вважати, що при хронічних урогенітальних інфекціях терапію необхідно сполучати з імуномодуляторами. Імуномакс сприяє підвищенню імунітету до збудників запального процесу й приводить до повного клінічного одужання.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ. Проведено лечение 46 женщин, больных трихомониазом, и 30 женщин с бактериальным вагинозом, которые были разделены поровну на две сопоставимые по клинике группы. Пациенткам 1 группы был назначен препарат “Секнидазол” в дозе 2 г однократно per os. Больные 2 группы получали препарат “Секнидазол” в той же дозировке и иммуномодулятор нового поколения “Иммуномакс”. Полученные данные позволяют считать, что при хронических урогенитальных инфекциях терапию необходимо сочетать с иммуномодуляторами. Иммуномакс способствует повышению иммунитета к возбудителям воспалительного процесса и приводит к полному клиническому выздоровлению.

MODERN ASPECTS OF THERAPY OF CHRONIC UROGENITAL INFECTIONS OF DIFFERENT ETIOLOGY. There was conducted treatment of 46 women with trichomoniasis infections and 30 women with bacterial vaginosis who were divided into two groups. Patients of the 1-st group were prescribed Secnidazol in a dose of 2 g unitary per os. The patients of the 2-nd group received Secnidazol in the same dosage and immunomodulator of new generation Immunomax. The received data allow to consider, that at chronic urogenital infection contaminations, the therapy is necessary for combining with immunity factors. Immunomax promotes rising of immunity to originators of inflammatory process and leads to complete clinical recovery.

Ключові слова: урогенітальні інфекції, терапія, імуномодулюючий фактор.

Ключевые слова: урогенитальные инфекции, терапия, иммуномодулирующий фактор.

Key words: urogenital infections, therapy, immunomodulating factor.

ВСТУП. Проблема лікування урогенітальних інфекцій є найбільш актуальною в сучасній гінекології. Значна поширеність, висока контагіозність та широкий спектр мікробної флори змушує клініцистів удосконалювати терапевтичну тактику цієї патології [1]. Особливо важливим є пошук нових терапевтичних препаратів при хронічних запальних процесах, коли урогенітальні інфекції виробили стійкість до різноманітних фармакологічних препаратів [2]. У даній ситуації найчастіше доводиться не тільки вдаватися до

призначення специфічної терапії з урахуванням чутливості організму жінки до тої або іншої мікробної флори, але й паралельно нормалізувати роботу всіх ланок імунітету за рахунок безпосереднього впливу на макрофагальну-моноцитарну ланку [3].

Клінічні ознаки бактеріального вагінозу й сечостатевого трихомоніазу часто бувають подібні. Найімовірніше, деяка схожість проявів зумовлена особливостями життєдіяльності збудників. Сечостатевий трихомоніаз виникає в результаті інфікування факульту-

тативним аеробним мікроорганізмом – *Trichomonas vaginalis*. Вагінальна патогенна флора при бактеріальних вагінозах вивчена недостатньо. Провідну роль у виникненні захворювання відводять *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis* [4]. Важливість проблеми трихомоніазу зумовлена не тільки його небезпекою для здоров'я, але й важкими ускладненнями, які можуть бути причиною безплідності, патології вагітності, пологів, дитячої смертності, народження неповноцінного потомства [5].

Розвитку бактеріального вагінозу сприяють як ендогенні (зміна гормонального статусу, зниження імунологічної реактивності, порушення мікробіоценозу кишечника), так і екзогенні фактори (попередня антибактеріальна терапія, використання внутрішньоматкових контрацептивів, часта зміна статевих партнерів та ін.) [5].

Широке поширення трихомоніазу, ускладнення перенесеної інфекції, що призводить до ураження репродуктивних органів, сприяли пошуку й розробці ефективних методів лікування трихомонадної інфекції. Відомо, що для лікування бактеріального вагінозу й сечостатевого трихомоніазу використовують препарати групи нітроїмідазолів (метронідазол) [3].

При торпідному і хронічному процесі через порушення імунітету, зміні васкуляризації й розвитку рубцевої тканини в уражених органах порушується морфологічна структура слизової оболонки піхви, що приводить до лікарської стійкості трихомонад до призначених доз [2]. У зв'язку із чим, у цей час застосовуються нові похідні нітроїмідазолу: орнідазол, що містить хлорметилу групу, тинідазол, що включає етилову групу, секнідазол, що містить диметилу групу. Нітроїмідазоли мають бактерицидну дію відносно найпростіших, анаеробних мікроорганізмів, а також *Helicobacter pylori*. У процесі метаболізму нітроїмідазолів утворюються речовини, які ушкоджують молекули ДНК, у результаті чого їх реплікація стає неможливою. Для підвищення ефективності лікування велике значення має спільне використання антибактеріальних і антисептичних засобів разом з імуномодулюючою терапією. Імуномакс® – новий імуномодулюючий препарат, що представляє собою кислий пептидоглікан рослинного походження. Імуномодулююча дія препарату полягає в значному підвищенні ефективності імунного захисту при різних інфекціях [6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під нашим спостереженням перебувало 46 жінок, хворих на трихомоніаз, і 30 жінок з бактеріальним вагінозом. Вік пацієнток коливався в межах від 19 до 45 років. У відібрану групу не входили жінки із запальними захворюваннями хламідійної, мікоплазмової, кандидозної етіології.

Тривалість захворювання трихомоніазом до 2-х місяців відзначалася у 20 жінок (43,5 %), більше 2-х місяців – у 26 жінок (56,5 %). Характер клінічного

перебігу захворювання залежав від його тривалості. Клінічні прояви в жінок терміном до 2-х місяців характеризувалися рясними пінистими виділеннями з неприємним запахом і свербіжем, відзначалася виразна гіперемія стінок піхви, піхвової частини шийки матки, великих та малих статевих губ. При тривалості захворювання більш 2-х місяців клінічні прояви характеризувалися помірними виділеннями з піхви, періодично виникаючим свербіжем. Діагноз урогенітального трихомоніазу встановлювали на підставі бактеріоскопічних і культуральних досліджень.

Діагноз бактеріальний вагіноз був встановлений з використанням тестів скринінг-діагностики [5]. Комплекс включає чотири діагностичних тести:

- патологічний характер виділень із піхви у вигляді гомогенних, вершкоподібних, адгезивних на слизовій оболонці піхви та неприємний запах;
- рН виділень із піхви > 4,5;
- виявлення “ключових” клітин при мікроскопії вологих, нефарбованих препаратів вагінальних виділень й мазка, зафарбованого за Грамом;
- позитивний аміно-тест (пооява рибного запаху при змішуванні у рівних кількостях виділень з піхви й 10 % розчину КОН).

Діагноз встановлювався при наявності не менш 3-х з вище перерахованих симптомів. У ході мікробіологічного дослідження виділень з піхви у жінок із бактеріальним вагінозом була виявлена мікробна флора, характерна для даного захворювання. Переважали морфотипи облигатних аеробів, подібних до бактероїдів, пептострептококи, “ключові клітини”, мобілункус і *Gardnerella vaginalis*. Кількість лактобактерій обчислювали одиницями в рідких полях зору, або вони були відсутні взагалі.

Пацієнтки були поділені на дві порівнянні групи, у кожну з яких входило 23 жінки із сечостатевим трихомоніазом і 15 жінок з бактеріальним вагінозом.

Жінкам 1-ї групи, що перебували під спостереженням, був призначений препарат “Секнідазол” (тагера форте) у дозі 2 г одноразово per os. Пацієнтки 2-ї групи одержували препарат “Секнідазол” у тому ж дозуванні, однак з огляду на хронічний запальний процес, їм додатково був призначений імуномодулятор нового покоління “Імуномакс”. Препарат призначався внутрішньом'язово по 200 ОД через день 6 разів. Одночасно лікування одержували статеві партнери спостережувальних жінок. Контроль проводили протягом трьох менструальних циклів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У першій групі через три доби від початку лікування секнідазолом кількість виділень різко зменшилася, але через тиждень у 5 пацієнток даної групи (13,2 %) виділення ще залишалися рясними. Почуття свербіжу й печіння зберігалося після терапії у 8 жінок (34,7 %) із трихомоніазом. При контрольному дослідженні через 14 днів у 6 пацієнток (26,0 %) були виявлені трихомонади в піхвових виділеннях і в одній (6,6 %) – гарднерели. У десяти жінок (43,4 %)

із трихомонадозом протягом 3 місяців наступив рецидив захворювання. Як побічні реакції після прийому секнідазолу 2 пацієнтки (5,3 %) відзначали легку нудоту і у восьми (21 %) короткочасно зберігався металевий присмак у роті.

У другій групі через три доби від початку терапії секнідазолом (тагера форте) разом з імуномаксом кількість виділень різко зменшилася, а через тиждень вони практично зникли у всіх обстежених (100 %) хворих. Через 5 днів після цього почуття свербежу й печіння зникло. Через 10 днів після початку лікування трихомонади й гарднерели не були виявлені в жодній хворій. При контрольному дослідженні через 20 днів після закінчення лікування гарднерели і трихомонади не були виявлені ні в однієї пацієнтки. У хворих нормалізувалася кількість лейкоцитів у мазках. Пацієнтки перебували під спос-

тереженням 3 місяці. Рецидив захворювання ні в однієї з хворих даної групи не наступив. Після прийому секнідазолу разом з імуномаксом побічні реакції від прийому препаратів 3 пацієнтки (7,8 %) відзначали легку нудоту й 2 (5,3 %) – неприємний присмак металу в роті. Симптоми мали короткочасний характер.

З огляду на складний етіопатогенез урогенітальних інфекцій, терапія повинна сприяти пришвидшено регенерації, нормалізації мікрофлори піхви, профілактиці рецидивів захворювання.

При визначенні імунологічного статусу пацієнток до й після лікування встановлено, що в другій групі хворих, що одержували в комплексній терапії препарат “Імуномакс”, нормалізується імунна система через її стимуляцію й зниження рівня антитіл. На нашу думку, це привело до вираженого позитивного ефекту (табл. 1).

Таблиця 1. Показники імунограми до та після лікування у жінок з урогенітальними інфекціями

Індекс	Індекс	Індекс	І група (n=20)				Індекс	Індекс	Індекс
			Індекс	Індекс	Індекс	Індекс			
Ю. С. К.	4 у 6	, , в±896	+в4796	* +в* 96	ддвд9	, явн96	±чв496	±яв* 96	+в+ч496
	пТ1кКззаб	±в* 8886	+в+Н86	* в 86	, вн86	±вд886	±в 86	±в76	+в+446
С. Ц. К.	ю8пабб	* Нв* 896	+в4ч96	* дв±96	бйав 9	дд96	±7в±96	* ±в796	+в+дя96
	пТ1кКззаб	±в±86	+в+486	* в* 6	чв±86	в±6	±в±86	, в46	+в+ч6
С. П. К.	4 у 6	, , в±896	+в+Н96	* +в±96	ддчв79	, Нв* 96	±чв±96	±яв±96	+в+ч496
	пТ1кКззаб	±в±8886	+в+ч86	* в±86	, вн886	±в* 886	±в±86	±вд6	+в+д6
Оузо	ю8пабб	±, в7896	+в4* 96	* 4в±96	бйавн96	дНв±96	±явн96	* , в±96	+в+дч96
	пТ1кКззаб	±в 6	+в±, 6	* в±6	чв±6	* в* 6	±в±6	6 в76	+в±, 6
С		±±в±896	+в4+96	* Нвн96	Ндв796	дявд96	* ±в±96	* , вн96	+в+д, 96
		+в4С	+в+* С	±вдС	дв С	±вдС	+в±С	±в±С	+в+±С

Примітка. Статистично значимі різниці між показниками у групах до і після лікування порівняно з контролем: * – p < 0,05, ** – p < 0,01, *** – p < 0,001.

Вміст лімфоцитотоксичних антитіл (ЛАТ) у першій та другій групах хворих до лікування був значно підвищеним й становив у середньому (33,1±1,2) % (p < 0,001) і (33,7±1,0) % (p < 0,001) відповідно при нормі (11,1±0,6) %. Однак після лікування в другій групі спостерігалось достовірне зниження показника ЛАТ, що підтверджує виражений ефект імуномодулюючої терапії. Гетерофільні гемолізени (ГГ) в обох групах до лікування трохи перевищували норму: (0,68±0,07) (p < 0,05) у першій групі й (0,70±0,05) (p < 0,05) – у другій. Кількість циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в обстежуваних пацієнток обох груп було в межах норми. Порушень вмісту В-лімфоцитів також не виявлено. До лікування в першій і другій групах спостерігалось деяке зниження активних Т-лімфоцитів (20,2±2,3) і (20,1±2,1) % відповідно, p < 0,05 і Т-супресорів (15,6±1,3) і (15,1±1,1) % відповідно, p < 0,05. Отримані дані пояснюють виражений і стійкий ефект застосування препарату “Імуномакс” у комп-

лексній терапії запальних захворювань жіночих статевих органів на тлі урогенітальних інфекцій. Очевидно, виражений терапевтичний ефект препарату “Імуномакс” полягає в здатності до регуляції експресії на мембранах клітин молекул головного комплексу гістосумісності I типу й активації імунокомпетентних клітин, підвищенню фагоцитарної активності, утворенню імуноглобулінів, посиленню цитотоксичності природних кілерів.

ВИСНОВКИ. Таким чином, отримані нами дані дозволяють вважати, що при хронічних урогенітальних інфекціях терапію необхідно сполучити з імуномодуляторами (“Імуномакс”). Це сприяє повноцінному клінічному одужанню, значному збільшенню терміну ремісії, попередженню рецидивів захворювання, підвищенню ефективності дії антисептичних і антибактеріальних препаратів. Імуномакс сприяє підвищенню імунітету до збудників запального процесу й приводить до повного клінічного одужання.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ полягають у вивченні механізму дії препарату “Імуно-макс” при папіломавірусній (ПВІ) і герпетичній інфекції (ГІ) геніталій. Планується проведення лікування урогенітальної інфекції за допомогою імуно-максу, завдяки його виразного протівірусного ефек-

ту на тлі імуностимулюючої терапії. З огляду на той факт, що на сьогодні відсутні специфічні протівірусні препарати й вакцини, які діють на ПВІ та ГІ, вважається, що повного усунення вірусу з організму досягти неможливо. Завдання терапії – усунення клінічних і субклінічних форм ПВІ і ГІ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кубанова А.А., Аковбян В.А. Эффективность секнидазола при лечении урогенитального трихомониаза // Акушерство и гинекология. – 2001. – №5. – С.47.
2. Межевитинова Е.А., Ходжаева З.С. Трихомонадный вульвовагинит: пути повышения эффективности лечения // Российский вестник акушерства и гинекологии. – 2000. – № 3. – С. 124-128.
3. Калюжная Л.Д., Горбасенко Н.В. Опыт применения наксоджина для терапии урогенитальных инфекций. // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 4. – С. 29-32.

4. Кулаков В.И. Инфекции, передаваемые половым путем, – проблема настоящего и будущего. // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 3-6.
5. Аполихина И.А., Шахова А.Д. Опыт применения секнидазола для лечения бактериального вагиноза. // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 6. – С. 245-246.
6. Новиков А. Г., Логунова З. В., Потекаев Н. Н. Опыт применения иммуномодулятора “Иммуномакс”. // Русский медицинский журнал, 2004. Т. 12, № 13. – С. 819–820.

УДК 618.145-007.415-091.8-078.33

М.О. Щербина, І.Ю. Кузьміна, Н.Ю. Курічова, І.Ю. Плахотна
АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ФЕРМЕНТІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ЖІНОК З
ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІЯ У ПЕРІОД ПЕРИМЕНОПАУЗИ

Харківський національний медичний університет

АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ФЕРМЕНТІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ЖІНОК З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІЯ У ПЕРІОД ПЕРИМЕНОПАУЗИ. Вивчено морфологічну структуру ендометрія залежно від активності металопротеїназ. Отримані дані дозволять диференційовано підходити до терапії гіперпластичних процесів в ендометрії у період перименопаузи.

АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. Изучена морфологическая структура эндометрия в зависимости от активности металлопротеиназ. Полученные данные позволяют дифференцированно подходить к терапии гиперпластических процессов в эндометрии в периоде перименопаузы.

ACTIVITY OF SOME ENZYMES OF BLOOD SERUM IN WOMEN WITH HYPERPLASIA ENDOMETRIUM IN PERI MENOPAUSE PERIOD. The morphological structure of endometrium in dependence on activity of metalloproteasins was investigated. The received data will allow to differentiatly approach to the therapy of hyperplastic processes in endometrium in the perimenopause period.

Ключові слова: гіперплазія, ендометрит, активність металопротеїназ, терапія.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, активность металлопротеиназ, терапия.

Key words: hyperpasia endometrium, activity of enzymes, therapy.