

4. Carroll S.G., Papaioannou S., Ntumazah I.L., Philpott-Howard J., Nicolaides K.H. Lower genital tract swabs in the prediction of intrauterine infection in preterm prelabour rupture of the membranes // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996; 103: 54-59.
5. Romero R., Yoon B.H., Mazar M., Gomez R., Gonzalez R., Diamond M.P., Baumann P., Araneda H., Kenney J.S., Cotton D.B. et al. A comparative study of the diagnostic performance of amniotic fluid glucose, white blood cell count, interleukin-6, and gram stain in the detection of microbial invasion in patients with preterm premature rupture of membranes // Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 169: 839-851.
6. Catov J. High cholesterol levels increased preterm birth risk // Am. J. Obstet. & Gynecol. – 2007; 197: 610 1-7.
7. Steer P., Flint K. Preterm labour and premature rupture of membrane // BMJ – 1999; 318: 1059-1062
8. Schucker J.L., Mercer B.M. Midtrimester premature rupture of the membranes. Semin Perinatol. 1996; 20: 389-400
9. Egarter C., Leitch H., Karas H., Wieser F., Husslein P., Kaider A., Schemper M. Antibiotic treatment in preterm premature rupture of membranes and neonatal morbidity: a metaanalysis // Am. J. Obstet. Gynecol. 1996; 174: 589-597.
10. Lovett S.M., Weiss J.D., Diogo M.J., Williams P.T., Garite T.J. A prospective, double-blind, randomized, controlled clinical trial of ampicillin-sulbactam for preterm premature rupture of membranes in women receiving antenatal corticosteroid therapy // Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 176: 1030-1038.
11. Ehrenberg H.M., Mercer B.M. Antibiotics and the management of preterm premature rupture of the fetal membranes // Clin Perinatol. 2001; 28: 807-818.
12. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W; ORACLE Collaborative Group. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial // ORACLE Collaborative Group. Lancet. 2001; 357: 979-988.
13. Flenady V., King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (Cochrane review) // Cochrane library, Issue 3, 2006.

УДК 618.3:618.15-002]-085

О.В. Кравченко, Л.М. Юр'єва, С.М. Ясніковська

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ПРЕПАРАТУ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ПРЕПАРАТУ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ
Обстежено 42 вагітних з бактеріальним вагінозом (БВ) з метою обґрунтування вибору найбільш ефективного засобу місцевої терапії. Критеріями ефективності лікування БВ були зниження негативних суб'єктивних проявів клінічних симптомів захворювання і нормалізація лабораторних показників. Встановлено, що Тержинан є ефективним комплексним препаратом для локальної терапії бактеріального вагінозу під час вагітності, із швидким настанням клінічного ефекту, нормалізацією мікроциркуляції слизової оболонки піхви, без системного ефекту.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Обследовано 42 беременных с бактериальным вагинозом (БВ) с целью мотивирования выбора самого эффективного препарата местной терапии. Критериями эффективности лечения БВ были понижения негативных субъективных проявлений клинических симптомов в заболевании и нормализации лабораторных показателей. Установлено, что Тержинан есть эффективным комплексным препаратом для локальной терапии бактериального вагиноза во время беременности, из быстрым клиническим эффектом нормализацией микроциркуляции слизистой оболочки влагалища, без системного эффекта.

SUBSTANTIATION OF THE CHOICE OF A LOCAL THERAPY PREPARATION IN THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS DURING PREGNANCY
42 pregnant women afflicted with the aim to substantiate the choice of the most effective medicines of a local therapy. The criteria of therapeutic efficacy of BV treatment were decrease of negative subjective clinical signs of the disease and normalization of laboratory results. Terzhynan appeared to be an effective complex preparation for the local therapy of BV during pregnancy with quick clinical effect, normalization of microcirculation of the vulval mucous membrane without systemic effect.

Ключові слова: вагітність, бактеріальний вагіноз, лікування, Тержинан.

Ключевые слова: беременность, бактериальный вагиноз, лечение, Тержинан.

Key words: pregnancy, bacterial vaginosis, treatment, Terzhynan.

ВСТУП. Бактеріальний вагіноз (БВ), дисбактеріоз вагінальної екосистеми, є одним із трьох найбільш частих інфекційних захворювань нижнього відділу статевої системи і становить від 30 до 35%, поряд із вагінальним кандидозом (20-

25%), і трихомонадним вагінітом (5-25%). У жінок репродуктивного віку дисбактеріоз піхви зустрічається в 21-64% випадків, а у вагітних цей показник досягає 26%. БВ є причиною формування патологічних станів в перинатальному періоді, а

саме передчасного розриву плідних оболонок (ПРПО), передчасних пологів і внутрішньоутробного інфікування плода [4]. У пацієнок із БВ післяпологовий період в 10 разів частіше, в порівнянні із здоровими породіллями, ускладнюється післяпологовим ендометритом [1, 6].

Сьогодні метою лікування БВ є відновлення нормального мікробіоценозу піхви, терапія має бути етіотропно та патогенетично обґрунтованою, а препарати, які використовуються, повинні діяти ефективно та різнонаправлено. Під час вагітності та лактації, при наявності екстрагенітальної патології, перевагу віддають препаратам місцевої дії, які не мають системного ефекту. Місцеве призначення лікарських форм дає змогу створити достатню концентрацію лікарських препаратів в місцях ураження, а також досягти швидкого фармакотерапевтичного ефекту. При виборі засобу для лікування вагінальної інфекції під час вагітності слід звертати увагу на його склад, на дозування компонентів та їх безпечність по відношенню до плоду.

Найбільш ефективними засобами у лікуванні БВ, починаючи з I триместру вагітності, є препарати активні у відношенні анаеробів, похідні 5-нітроімідазолів (5-НІАЗ), які рекомендовані міжнародними протоколами ВООЗ та Наказами і клінічними протоколами МОЗ України [3, 4, 5].

Саме Тержинан (Бушара-Рекордаті, Франція), є оригінальним препаратом місцевого призначення, що містить 200 мг тернідазолу (похідний 5-НІАЗ), 100 мг неоміцину, 100 000 ністатину, 3 мг преднізолону.

Поєднання 5-НІАЗ із неоміцином, аміноглікозидом I покоління, розширює антибактеріальний спектр дії. Неоміцин діє бактеріцидно на більшість умовно-патогенних мікроорганізмів, а саме на грампозитивні (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus Spp.*) та грамнегативні мікроорганізми (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella Spp.*, *Proteus vulgaris*, *Shigella Spp.*), синьогнійну паличку (*P. aeruginosa*), ентеробактерії.

Вигідним є поєднання тернідазолу і ністатину, так як по-перше, на тлі використання 5-НІАЗ в 60% активується кандидозна інфекція, по-друге, переважання в структурі інфекційних захворювань бактеріально-грибкових асоціацій сьогодні перевищує 50%.

Для досягнення швидкого клінічного протизапального ефекту до складу препарату додають глюкокортикоїд, преднізолон в мікродозі – 3 мг, що у 10 разів менше тієї дози, яка має системну дію.

Масло гвоздики та герані посилюють протизапальну дію компонентів препарату і мають репараційні властивості.

Мета дослідження – вивчення ефективності використання препарату місцевої дії "Тержинан" для лікування дисбактеріозу піхви у вагітних в I триместрі вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 42 пацієнтки із бактеріальним вагінозом в I триместрі вагітності.

Діагностичними критеріями БВ були результати мікроскопічного дослідження піхвового вмісту, визначення його рН, наявність "ключових клітин", позитивного амінового тесту.

Матеріал із піхви брали до проведення мануального дослідження, після введення дзеркал. Мікробіологічне дослідження проводилось трьохкратно: в момент поступлення пацієнтки, через 3-4 дні після початку терапії і через 2 тижні після припинення місцевого антибактеріального лікування.

У 61,9% обстежених дисбактеріоз піхви діагностований вперше, під час вагітності, у 40,5% – мав місце рецидив захворювання в I триместрі.

Лікування дисбіозу піхви проводилось Тержинаном у вигляді піхвових таблеток протягом 10 днів. В якості критеріїв оцінки ефективності препарату були обрані:

- термін клінічного та лабораторного покращення;
- відсоток вилікуваності пацієнок;
- необхідність в доповнюючому використанні інших препаратів;
- частота рецидивів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Аналіз ефективності лікування показав, що клінічне покращення на тлі прийому Тержинану відмічалось вже на 1-2-й день від початку курсу терапії, зникнення скарг, зменшення виділень із піхви.

Контрольні дослідження матеріалу із піхви виявили мікробіологічне покращення на 3-й день місцевого лікування дисбіозу.

Через 2 тижні по завершенню терапії у 39 (92,8%) вагітних лабораторні ознаки бактеріального вагінозу були відсутні, відновлений біоценоз, елімінована патогенна мікрофлора, нормалізоване рН піхвового вмісту, з'явилися лактобацили, збільшилась їх концентрація.

У жодної із обстежених лікування дисбіозу піхви не ускладнилось мікотичним кольпітом, тому не було необхідності у доповнюючому використанні інших препаратів. У 100% жінок, які отримували Тержинан в I триместрі, вагітність завершилась народженням здорової дитини.

ВИСНОВКИ. Місцева терапія бактеріального вагінозу в ранні терміни вагітності Тержинаном дає змогу відновити біоценоз піхви із високим відсотком вилікуваності та мінімальною кількістю рецидивів. Відсутність системного ефекту, швидке настання клінічної дії, безпечність під час вагітності дає змогу рекомендувати Тержинан для використання його з ранніх термінів гестації.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. В подальшому нами планується продовжити роботу над оцінкою перинатальних наслідків і впливу на них запропонованого комплексу лікування БВ у вагітних.

Література

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / Под ред. Проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО "Алматео", 2006. – С. 508-517.
2. Пирогова В.І., Склярова В.О. Ефективність та безпечність застосування місцевої терапії для корекції дисбіозу нижніх відділів статевих шляхів у вагітних // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №4/24. – С. 105-108.
3. Компендіум – 2006 – лікарські препарати: В 2 т./

за ред. В.М.Коваленка, О.П.Вікторова. – К.: МОПІОН, 2006. – 1126 с.

4. Наказ МОЗ України №906 "Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги "Перинатальні інфекції" від 27.12.2006.

5. WHO drug information, 1988, Т. 2, № 4, Р. 200-205.

6. Congenital and Perinatal Infections: Prevention, Diagnosis and Treatment / Mari-Louise Newell. – Cambridge University Press, 2000. – 343 p.

УДК 618.3:618.621.31

О.В. Кравченко, Є.С. Карлійчук

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РЕПРОДУКТИВНИХ ГОРМОНІВ ПРИ ВИКИДНІ,
ЩО НЕ ВІДБУВСЯ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РЕПРОДУКТИВНИХ ГОРМОНІВ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ. Обстежено 138 жінок з викиднем, що не відбувся. Визначали вміст гормонів: естрадіолу, прогестерону, пролактину, хоріонічного гонадотропіну. Встановлено, що при викидні, що не відбувся в ранні терміни гестації відмічається достовірне зниження рівнів хоріонічного гонадотропіну, прогестерону, естрадіолу. Найбільш значущим було зниження рівня хоріонічного гонадотропіну на 47,45% в 5-6 тижнів гестації та на 40,28% в 7-8 тижнів гестації. Особливо вираженим є зниження рівнів репродуктивних гормонів в терміні гестації 5-6 тижнів.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ НЕСОСТОЯВШЕМСЯ ВЫКИДЫШЕ. Обследовано 138 женщин с несостоявшимся выкидышем. Определяли состав гормонов: эстрадиола, прогестерона, пролактина, хорионического гонадотропина. Установлено, что при несостоявшемся выкидыше в ранние сроки гестации наблюдается достоверное понижение уровней хорионического гонадотропина, прогестерона, эстрадиола. Наиболее ощутимым было понижение уровня хорионического гонадотропина на 47,45 % в 5-6 недель гестации и на 40,28 % в 7-8 недель гестации. Особенно выраженным есть понижение уровней репродуктивных гормонов в сроке гестации 5-6 недель.

PECULIARITIES OF CHANGES OF REPRODUCTIVE HORMONES IN CASE OF MISSED 138 women with missed abortion were examined. The content of hormones was determined: estradiole, progesteron, prolactine, chorionic gonadotropine. The reduction of the levels of chorionic gonadotropine, progesteron, estradiole was found to take place in case of missed abortion in the early terms of gestation. The reduction of the level of chorionic gonadotropine was the most marked on 47,45 % in the 5-6 weeks of gestation and on 40,28 % in the 7-8 weeks of gestations. The reduction of levels of reproductive hormones is especially marked during the 5-6 weeks of gestation.

Ключові слова: репродуктивні гормони, викидень, що не відбувся.

Ключевые слова: репродуктивные гормоны, несостоявшийся выкидыш.

Key words: reproductive hormones, missed abortion.

ВСТУП. Серед акушерських ускладнень, що не мають тенденції до зниження, велику частку займає невиношування (10-26%), а в його структурі – викидень, що не відбувся (8-12%). Затримка в матці плідного яйця, що не розвивається негативно впливає на стан здоров'я жінки і, навіть загрожує її життю, частіше всього внаслідок важких гемостазіологічних порушень. До 75% репродуктивних втрат при викидні, що не відбувся припадає на ембріональний період.

Мета дослідження – вивчити особливості функціонального стану децидуально-трофобластичної системи за рахунок змін рівнів репродуктивних гормонів у здорових вагітних та жінок із викиднем, що не відбувся саме в I триместрі гестації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами проаналізовано особливості перебігу вагітності у 138 жінок з викиднем, що не відбувся в терміні 5-8 тижнів. Жінки з важкою екстрагенітальною патологією