

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПАТОЛОГІЧНИХ ВАГІНАЛЬНИХ ВИДІЛЕНЬ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2018.46.48-51>



С.М. БАКШЕВ

к. мед. н., лікар акушер-гінеколог, завідувач жіночою консультацією Київського міського пологового будинку № 3
ORCID: 0000-0003-4144-5965

А.В. КУЗЬМІНА

лікар акушер-гінеколог жіночої консультації Київського міського пологового будинку № 3, аспірант кафедри акушерства і гінекології №3 НМУ імені О.О. Богомольця
ORCID: 0000-0002-7687-958X

Н.В. МАШИР

лікар акушер-гінеколог жіночої консультації Київського міського пологового будинку № 3
ORCID: 0000-0001-7368-7622

Контакти:

Бакшев Сергій Миколайович
КМПБ №3, жіноча консультація
03148, Київ, Василя Кучера, 7
Тел.: +38 (044) 405 31 24

ВСТУП

Більшість жінок під час вагітності мають вагінальні виділення, які можуть бути фізіологічними або патологічними [11]. Головною метою роботи лікаря акушера-гінеколога є виявлення патологічних вагінальних виділень, які можуть завдати серйозної шкоди вагітним та їхнім дітям, включаючи передчасний розрив плодових оболонок, недоношеність, низьку масу тіла при народженні, хоріоамніоніт, післяпологовий ендометрит [4, 7, 9].

Зазвичай фізіологічні вагінальні виділення у жінок репродуктивного віку, які також називають фізіологічною лейкореєю, складають 1–4 мл протягом 24 годин. Як правило, вони прозорі, слизові та мають забарвлення від білого до жовтуватого. Вони зазвичай без запаху і можуть бути трохи густими. Характер фізіологічних виділень може змінюватися з часом. Наприклад, вони стають помітнішими при вищих концентраціях естрогенів (приміром, під час вагітності, при використанні естроген-прогестинних контрацептивів або під час овуляції). Лактобацили у звичайній піхвовій флорі підтримують нормальну кислотність цих виділень шляхом продукування перекису водню та молочної кислоти. Нормальний рН лейкореї у жінок репродуктивного віку становить 4,0–4,5 та створює несприятливе середовище для патогенів. У жінок постменопаузального періоду та дівчат у періоді пременоархе, рівень естрогенів в яких є низьким, рН піхви може становити 4,7 або навіть більше.

За нормального перебігу вагітності кількість виділень збільшується відповідно з терміном, найбільше їх спостерігається в третьому триместрі вагітності.

Вагінальний рН, вміст глікогену та кількість секретії впливають на кількість і тип мікроорганізмів, що знаходяться у піхві. Лактобацили обмежують ріст інших мікроорганізмів, виробляючи молочну кислоту і таким чином підтримуючи низький рН. Лактобацили також виробляють перекис водню, який є токсичним для анаеробів. Нормальна вагінальна бактеріальна популяція сприяє інгібуванню росту патологічних вагінальних мікроорганізмів [10].

Вагінальна флора нормальної безсимптомної жінки репродуктивного віку включає в себе численні аеробні або факультативні, а також облигатні анаеробні види бактерій [6].

При цьому анаеробних видів більше, вони переважають над аеробними приблизно на 10^{-1} . До таких анаеробів належать грамнегативні мікроорганізми, такі як *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium species*, *Veillonella species* та грампозитивні мікроорганізми, такі як *Propionibacterium species*, *Enterobacterium species*. Ці анаеробні бактерії викликають неспецифічний вагініт [1].

Під час вагітності слизова оболонка піхви тоншає і має більшу площу поверхні, що робить вагітних жінок більш сприйнятливими до інфекцій [5, 8]. Це, в свою чергу, призводить до появи патологічних вагінальних виділень, які в більшості випадків пов'язані з місцевим запальним процесом [2]. Відомо, що основними медіаторами запалення є прозапальні цитокіни, такі як фактор некрозу пухлини (ФНП) та інтерлейкін-1 (ІЛ-1), які відповідальні за клінічні прояви синдрому патологічних вагінальних виділень (СПВВ), хронізацію процесу запалення та виникнення рецидивів. Проведення однієї лише терапії антибіотиками спрямовано тільки на етіологію запалення (фактори вірулентності збудника), але не дає можливості впливати на ключові ланки його патогенезу [2] (рис. 1).

Тантум Роза® (бензидаміну гідрохлорид) – єдиний в Україні нестероїдний протизапальний засіб для місцевого застосування, прицільно впливає на патогенез запалення за рахунок пригнічення прозапальних цитокінів, завдяки чому доцільно розглянути включення цього препарату до схем лікування СПВВ.



Рисунок 1. Етіологія та патогенез запалення. Точки впливу Тантум Роза® та антимікробних препаратів

Мета нашого дослідження – перевірити наступні твердження:

1. Комбінована терапія протизапальним засобом (Тантум Роза®) та антимікробним препаратом усуває гострі симптоми і попереджає рецидиви за рахунок пригнічення прозапальних цитокинів ефективніше, ніж монотерапія антимікробними препаратами.

2. Якщо після закінчення основного курсу комбіновано лікування призначити додатково профілактичний курс протизапальної терапії (Тантум Роза®), попередження рецидивів буде ще ефективнішим.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Виконано проспективне короткотривале дослідження невеликої групи вагітних, які знаходилися на обліку з вагітності в жіночій консультації Київського міського пологового будинку № 3.

У дослідження включалися вагітні з СПВВ, які мали одного статевого партнера та дали повну добровільну згоду на участь у лікуванні та дослідженні. Критерієм виключення були вагітні, які мали інфекції, що передаються статевим шляхом та супутню гінекологічну патологію, яка могла вплинути на процес дослідження.

В результаті для досягнення поставленої мети було відібрано 90 вагітних із СПВВ віком від 25 до 41 року, які надалі були розподілені по групах дослідження:

❶ I клінічна група – 30 пацієнток із СПВВ, яким проводилась інтравагінальна терапія антимікробним препаратом (містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО) протягом 12 днів;

❷ II клінічна група – 30 пацієнток із СПВВ, яким проводилась інтравагінальна терапія антимікробним препаратом (містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО) протягом 12 днів у комбінації з препаратом Тантум Роза® (бензидаміну гідрохлорид) протягом 7 днів (1 флакон на добу);

❸ III клінічна група – 30 пацієнток з таким же діагнозом, яким проводилась інтравагінальна терапія антимікробним препаратом (містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО) протягом 12 днів у комбінації з препаратом Тантум Роза® (бензидаміну гідрохлорид) протягом 7 днів (1 флакон на добу).

Після закінчення лікування з метою усунення місцевого запалення пацієнтки III групи отримували протирецидивний курс Тантум Роза® (1 флакон двічі на тиждень) упродовж трьох місяців спостереження (табл.).

Рандомізація жінок за групами відбувалася випадково, за наявності відповідних скарг. Оцінка проводилася за наяв-

ністю симптомів (патологічні виділення, свербіж, неприємний запах, печіння, дизурія) та об'єктивних ознак (набряк, гіперемія); за наявністю рецидивів протягом 3 місяців після закінчення терапії; за наявністю запального процесу в слизовій піхви, який визначався на підставі загального гінекологічного обстеження, бактеріоскопічних та бактеріологічних методів дослідження виділень з піхви та каналу шийки матки, вимірювання рН піхви, що здійснювали до лікування та після закінчення третього місяця терапії.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за загальноприйнятим методом варіаційної статистики. Відмінності між порівнюваними величинами визнавали статистично достовірними при рівні значущості $p < 0,05$. Статистичну обробку даних виконано з використанням прикладних статистичних пакетів MedStat 5, а також статистичних функцій програми Microsoft Excel 2014.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік вагітних жінок, які взяли участь у дослідженні, склав $30,3 \pm 0,6$ року. Середній гестаційний вік на момент взяття на облік з вагітності становив $9,39 \pm 0,59$ тижня.

Початок менархе більшість вагітних відмічали у віці $12,8 \pm 1,4$ року. Початок статевого життя відбувався в середньому в $16,0 \pm 2,9$ року. Паритет вагітностей у досліджуваних становив 2,5, при цьому паритет майбутніх пологів – 2.

Всі 90 (100%) вагітних скаржились на патологічні виділення зі статевих шляхів, 67 (74,4%) – на диспареунію, 46 (51,1%) – на дизурію, 57 (63,3%) – на свербіж, 38 (42,2%) – на неприємний запах вагінальних виділень, 48 (53,3%) – на печіння, 31 (34,4%) – на набрякність та гіперемію зовнішніх статевих органів, 42 (46,6%) – на зміни кольору вагінальних виділень (рис. 2).

Значення рН вагінального вмісту коливалося від 3,5 до 7,0 (в середньому становило $5,1 \pm 0,7$).

Комплексне мікробіологічне дослідження аномальних вагінальних виділень показало зростання колоній умовно-патогенних мікроорганізмів. Найпоширенішим виявленим мікроорганізмом була *Candida albicans*, яку виділили у 36 (40%) пацієнток, *Escherichia coli* була виділена у 6 (6,7%), *Staphylococcus aureus* – у 5 (5,6%), *Klebsiella species* – у 3 (3,3%), *Gardnerella vaginalis* у 9 (10%), *Streptococcus species* у 3 (3,3%), *Prevotella* – у 4 (4,4%), *Bacteroides* – у 3 (3,3%), *Fusobacterium species* – у 4 (4,4%), *Veillonella species* – у 3 (3,3%). Також у пацієнток були виділені грампозитивні мікроорганізми, такі як *Propionibacterium species* – у 2 (2,2%), *Eubacterium species* – у 2 (2,2%) і *Enterobacterium species* – у 2 (2,2%) вагітних. Зразки 8 (8,9%) вагітних жінок не мали росту колоній умовно-патогенних мікроорганізмів (рис. 3). Групи, що досліджувалися, за переліченими параметрами статистично значуще не відрізнялися ($p > 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Динаміка симптомів під час лікування

Відсутність або суттєве зменшення свербіжу та печіння жінки груп II та III відчували вже з 2-го дня лікування в порівнянні з вагітними групи I, які покращення відчули на 4-й день. Суттєве зменшення виділень пацієнтки усіх трьох груп відчували з 4-го дня лікування.

Таблиця. Розподіл вагітних із СПВВ за клінічними групами в залежності від виду лікування

Група вагітних	Основний курс	Профілактичний курс
I (n = 30)	Антимікробний препарат	
II (n = 30)	Антимікробний препарат + протизапальний (Тантум Роза®)	
III (n = 30)	Антимікробний препарат + протизапальний (Тантум Роза®)	Протизапальний препарат (Тантум Роза®)

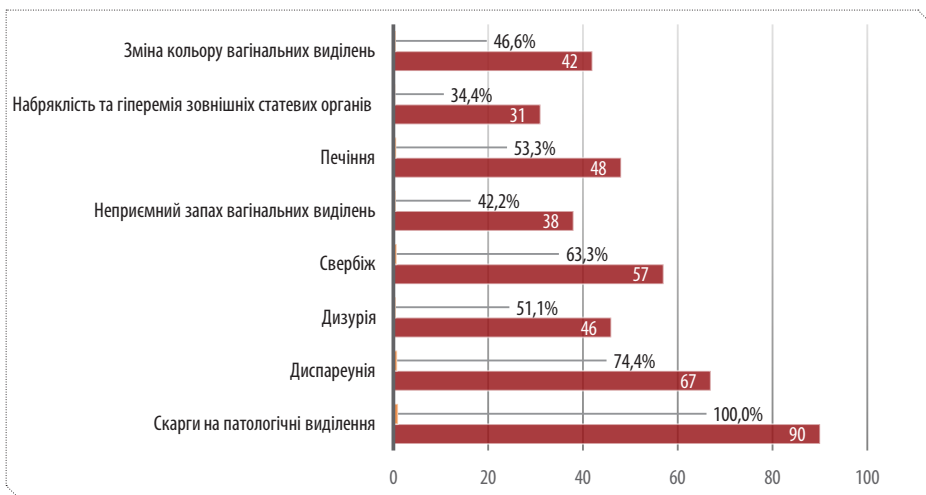


Рисунок 2. Основні скарги вагітних з СПВВ, абс. ч., %

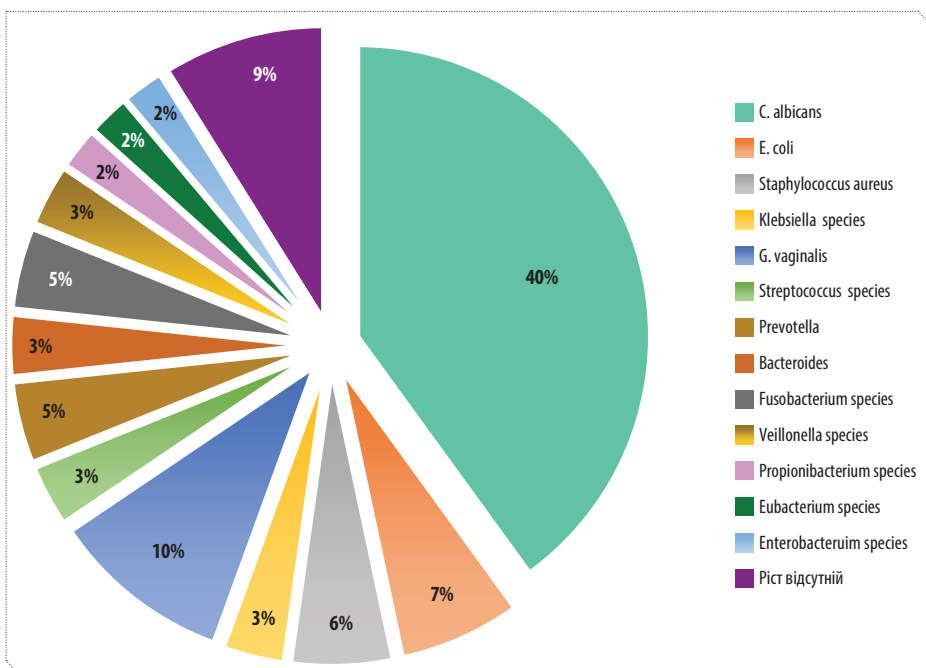


Рисунок 3. Склад умовно-патогенної мікрофлори у вагітних із СПВВ, %

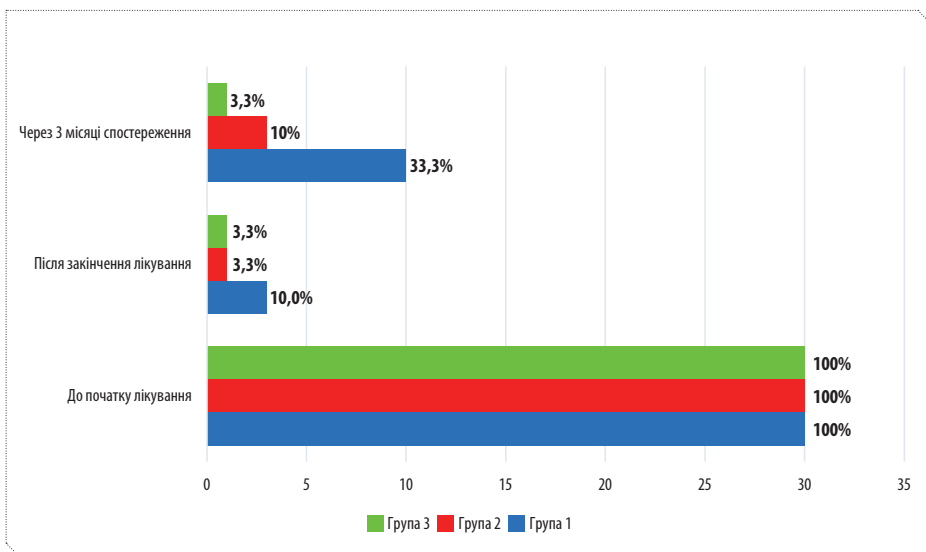


Рисунок 4. Кількість вагітних із СПВВ на різних етапах лікування*, %
* відмінність поміж групами вірогідна при $p < 0,05$

Результати відразу після закінчення лікування

Відразу після закінчення лікування в I групі було 3 (10%) симптомні пацієнтки, в II групі – 1 (3,3%), в III групі – 1 (3,3%) із залишковими явищами СПВВ ($p < 0,05$). Кращий ефект у II та III групах можна пояснити поєднанням специфічної протизапальної дії препарату Тантум Роза® та антимікробного ефекту комбінації неоміцину, поліміксину і ністатину. Відразу після закінчення курсу лікування у вагітних усіх трьох груп відзначалося зниження рівня рН до 3,5–4,5 (в середньому $3,7 \pm 0,3$).

Результати через 3 місяці після закінчення лікування

При контрольному комплексному мікробіологічному дослідженні вагінальних виділень через 3 місяці після закінчення лікування виявлено, що у 10 (33,3%) вагітних I групи відбувся рецидив СПВВ, тоді як у II клінічній групі повернення симптомів відмічалося тільки у 3 (10%) вагітних, а в III клінічній групі рецидив стався лише у 1 (3,3%) вагітної завдяки ліквідації місцевого запалення за допомогою препарату Тантум Роза® ($p < 0,05$) (рис. 4).

У більшості вагітних II та особливо III клінічної групи було досягнуто нормалізації біоценозу статевих шляхів із домінуванням морфотипів лактобацил. Це відбулося за рахунок того, що бензидаміну гідрохлорид, який входить до складу препарату Тантум Роза®, є потужним інгібітором прозапальних цитокінів. У свою чергу нормалізація рівня прозапальних цитокінів та ліквідація місцевого запалення сприяють відновленню нормальної лактофлори [3]. В групі I відзначалося зменшення кількості лактобацил та деяке підвищення рівня рН до 4,9–5,3, що й призвело до більшої кількості рецидивів.

ВИСНОВКИ

Вагінальні виділення під час вагітності є поширеним явищем, проте потрібно відрізнати патологічні вагінальні виділення від фізіологічної лейкореї вагітності, яка є нормою упродовж вагітності та збільшується з терміном гестації. Патологічні вагінальні виділення належать до клінічних проявів СПВВ, в основі якого лежить хронічний

запальний процес, що клінічно проявляється рецидивами захворювання. Результати виконаного дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

1. Комбінована терапія специфічним протизапальним препаратом (Тантум Роза®) та антимікробним препаратом

більш ефективно усуває гострі симптоми і попереджає рецидиви, ніж монотерапія антимікробним засобом.

2. Якщо після закінчення основного курсу лікування додатково призначити профілактичний курс Тантум Роза®, попередження рецидивів буде ще ефективнішим.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Грищенко, В.І.

Акушерство і гінекологія. Книга 1. Акушерство / В.І. Грищенко. – К.: Медицина, 2017. – 424 с.

Grishchenko, V.I.

Obstetrics and gynecology. Book 1. Obstetrics. Kyiv. Medicine (2017): 424 p.

2. Татарчук, Т.Ф.

Еволюція лічечно-діагностическої тактики при синдромі вагінальних виділень / Т.Ф. Татарчук // Здоров'я України. Гінекологія. – 2017. – Тематический номер.

Tatarchuk, T.F.

"Evolution of diagnostic and treatment tactics in vaginal discharge syndrome." Health of Ukraine. Gynecology. Themed number (2017).

3. Татарчук, Т.Ф.

Что нового в диагностике и лечении синдрома аномальных вагинальных выделений? / Т.Ф. Татарчук // Репродуктивна ендокринологія. – 2018. – №6 (44). – С. 40–42.

Tatarchuk, T.F.

"What is new in the diagnostics and treatment of abnormal vaginal discharge syndrome?" Reproductive endocrinology 6.44 (2018): 40–42.

4. Acobsson, B.J., Ernevi, P.P., Hidekel, L.C.

"Bacterial vaginosis in early pregnancy may predispose for preterm birth and postpartum endometritis." Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 81.11 (2002): 1006–10.

5. Apea-Kubi, K.A., Yamaguchi, S., Sakyi, B., et al.

"Neisseria gonorrhoea, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum infection in antenatal and gynecological patients at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana." Japanese Journal of Infectious Diseases 57.6 (2004): 253–6.

6. Bradshaw, C.S., Morton, A.N., Garland, S.M., et al.

"Higher-risk behavioural practices associated with bacterial vaginosis compared with Vaginal candidiasis." Obstet Gynecol 106 (2005): 105.

7. Larsson, P.-G., Fahraeus, L., Carlsson, B., et al.

"Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study." BMC Women's Health 7 (2007): 20.

8. Nicolai, L.M., Ethier, K.A., Kershaw, T.S., et al.

"Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence." American Journal of Obstetrics and Gynecology 188.1 (2003): 63–70.

9. Passini, R. Jr, Tedesco, R.P., Marba, S.T., et al.

"Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors." BMC Pregnancy and Childbirth 10 (2010): 22.

10. Sexton, J., Garnett, G., Rottingen, J.A.

"Meta-analysis and meta-regression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted disease on susceptibility to HIV infection." Sex Transm Dis 32 (2005): 351–7.

11. Witkin, S.S., Inglis, S.R., Polanczky, M.

"Detection of Chlamydia trachomatis and Trichomonas vaginalis by polymerase chain reaction in introital specimens from pregnant women." Am J Obstet Gynecol 175 (1996): 165–7. □

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПАТОЛОГІЧНИХ ВАГІНАЛЬНИХ ВИДІЛЕНЬ

С.М. Бакшеев, к. мед. н., лікар акушер-гінеколог, завідувач жіночою консультацією Київського міського пологового будинку № 3

А.В. Кузьміна, лікар акушер-гінеколог жіночої консультації Київського міського пологового будинку № 3

Н.В. Машир, лікар акушер-гінеколог жіночої консультації Київського міського пологового будинку № 3

Вагінальні виділення під час вагітності є поширеним явищем, проте потрібно відрізнити патологічні вагінальні виділення від фізіологічної лейкоїї вагітності, яка є нормою упродовж вагітності та збільшується з терміном гестації. Під час вагітності слизова оболонка піхва тоншає і має більшу площу поверхні, що робить вагітних жінок більш сприйнятливими до інфекцій. Це, в свою чергу, призводить до появи патологічних вагінальних виділень, які в більшості випадків пов'язані з місцевим запальним процесом. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що проведення монотерапії антибіотиками спрямоване тільки на етіологію запалення, не дає можливості впливати на ключові ланки його патогенезу.

Виконано проспективне короткотривале дослідження 90 вагітних віком від 25 до 41 року з синдромом патологічних вагінальних виділень. Вагітні були розподілені на групи залежно від лікування:

I група – 30 пацієнток, яким проводилась терапія антимікробним препаратом протягом 12 днів;

II група – 30 пацієнток, яким проводилась терапія антимікробним препаратом протягом 12 днів у комбінації з протизапальним препаратом Тантум Роза® протягом 7 днів;

III група – 30 пацієнток, яким проводилась терапія антимікробним препаратом протягом 12 днів у комбінації з препаратом Тантум Роза® протягом 7 днів. Після закінчення лікування з метою усунення місцевого запалення пацієнтки III групи отримували протирецидивний курс Тантум Роза® (один флакон двічі на тиждень) упродовж трьох місяців.

Результати дослідження показали, що комбінована терапія специфічним протизапальним препаратом (Тантум Роза®) та антимікробним препаратом більш ефективно усуває гострі симптоми і попереджає рецидиви, ніж монотерапія антимікробним засобом; додаткове призначення профілактичного курсу Тантум Роза® після закінчення основного курсу терапії ефективно попереджає рецидиви синдрому патологічних вагінальних виділень. Це відбувається за рахунок того, що бензидаміну гідрохлорид, який входить до складу препарату Тантум Роза®, є потужним інгібітором прозапальних цитокінів.

Ключові слова: вагітні, синдром патологічних вагінальних виділень, Тантум Роза.

ЭФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ

С.Н. Бакшеев, к. мед. н., врач акушер-гинеколог, заведующий женской консультацией Киевского городского родильного дома № 3

А.В. Кузьмина, врач акушер-гинеколог женской консультации Киевского городского родильного дома № 3

Н.В. Машир, врач акушер-гинеколог женской консультации Киевского городского родильного дома № 3

Вагинальные выделения во время беременности являются распространенным явлением, однако нужно отличать патологические вагинальные выделения от физиологической лейкоїи беременности, которая является нормой на протяжении беременности и увеличивается со сроком гестации. Во время беременности слизистая оболочка влагалища становится тоньше и имеет большую площадь поверхности, что делает беременных женщин более восприимчивыми к инфекциям. Это, в свою очередь, приводит к появлению патологических вагинальных выделений, которые в большинстве случаев связаны с местным воспалительным процессом. Исходя из этого, можно сделать вывод, что проведение монотерапии антибиотиками направлено только на этиологию воспаления, не дает возможности влиять на ключевые звенья его патогенеза.

Выполнено проспективное кратковременное исследование 90 беременных в возрасте от 25 до 41 года с синдромом патологических вагинальных выделений. Беременные были разделены на группы в зависимости от лечения:

I группа – 30 пациенток, которым проводилась терапия антимикробным препаратом в течение 12 дней;

II группа – 30 пациенток, которым проводилась терапия антимикробным препаратом в течение 12 дней в сочетании с противовоспалительным препаратом Тантум Роза® в течение 7 дней;

III группа – 30 пациенток, которым проводилась терапия антимикробным препаратом в течение 12 дней в сочетании с препаратом Тантум Роза®, применяемым в течение 7 дней. После окончания лечения с целью устранения местного воспаления пациентки III группы получали противорцидивный курс Тантум Роза® (один флакон дважды в неделю) в течение трех месяцев.

Результаты исследования показали, что комбинированная терапия специфическим противовоспалительным препаратом (Тантум Роза®) и антимикробным препаратом более эффективно устраняет острые симптомы и предупреждает рецидивы, чем монотерапия антимикробным средством; дополнительное назначение профилактического курса Тантум Роза® после окончания основного курса терапии эффективно предупреждает рецидивы синдрома патологических вагинальных выделений. Это происходит за счет того, что бензидамина гидрохлорид, входящий в состав препарата Тантум Роза®, является мощным ингибитором противовоспалительных цитокинов.

Ключевые слова: беременные, синдром патологических вагинальных выделений, Тантум Роза.

EFFICIENCY OF SPECIFIC ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH THE PATHOLOGICAL VAGINAL DISCHARGE SYNDROME

S.M. Baksheiev, PhD, obstetrician gynecologist, Head of the women's consultation center of the Kyiv City Maternity Hospital No. 3

A.V. Kuzmina, obstetrician gynecologist, Kyiv City Maternity Hospital No. 3

N.V. Mashyr, obstetrician gynecologist, Kyiv City Maternity Hospital No. 3

Vaginal discharge during pregnancy is common, but pathological vaginal discharge must be distinguished from pregnancy leukorrhea, which is normal throughout pregnancy and increases with gestational age. At pregnancy the vaginal mucosa becomes thinner and has a large surface area, which makes pregnant women more susceptible to infections. This leads to the abnormal vaginal discharge, which in most cases is associated with a local inflammatory process. Based on this it can be concluded that antibiotic therapy alone is aimed only at the inflammation etiology, and does not allow to impact on its pathogenesis.

A prospective short-term study of 90 pregnant women aged from 25 to 41 years with the syndrome of pathological vaginal discharge was done. Pregnant women were divided into groups depending on the treatment:

Group I – 30 patients who received antimicrobial therapy for 12 days;

Group II – 30 patients who received antimicrobial therapy for 12 days in combination with the anti-inflammatory drug Tantum Rosa® during 7 days;

Group III – 30 patients who received antimicrobial therapy for 12 days in combination with Tantum Rosa®, used for 7 days. After the end of treatment patients of group III received an anti-relapse course of Tantum Rosa® (1 flacon twice a week) for three months to eliminate local inflammation.

Study results showed that combination therapy with a specific anti-inflammatory drug (Tantum Rosa®) and antimicrobial drug more effectively eliminates acute symptoms and prevents relapse than monotherapy with an antimicrobial agent; additional prescription of the prophylactic course Tantum Rosa® after the end of the main therapy course is effectively prevents the pathological vaginal discharge syndrome recurrence. This is due that benzylamine hydrochloride, which is active substance of Tantum Rosa®, is a powerful inhibitor of anti-inflammatory cytokines.

Keywords: pregnant women, pathological vaginal discharge syndrome, Tantum Rosa.