

# ВЫБОР АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СМЕШАННОЙ ЕТИОЛОГИИ

**В**оспалительные заболевания женских половых органов (ВЗПО) являются актуальной проблемой современной гинекологии в связи со значительным распространением, отдаленными последствиями перенесенной патологии в отношении репродуктивной функции и отрицательным влиянием на качество жизни женщин [6].

Основным этиологическим фактором ВЗПО являются инфекционные агенты, а также одну из ведущих ролей играет снижение иммунитета [7]. В связи с успехами микробиологии современные представления об этиологии гинекологических воспалительных заболеваний существенно изменились, утратила свое значение концепция об одном возбудителе заболевания. В настоящее время установлено, что в этиологии ВЗПО ведущую роль играют микробные ассоциации, повышающие вирулентность микроорганизмов, обладающие более выраженными патогенными свойствами, чем монокультуры. По данным большинства исследователей последнего десятилетия, ВЗПО относят к смешанным полимикробным инфекциям, важнейшими возбудителями которых являются ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий [1, 3]. Многих из этих возбудителей относят к условно патогенным, являющимися представителями нормальной аутофлоры. Кроме того, возросла роль возбудителей, передающихся половым путем, среди которых значительное место принадлежит хламидиям, уреаплазмам, микоплазмам. Особую роль играют смешанные инфекции (бактериально-хламидийные, бактериально-микоплазменные, бактериально-уреаплазменные).

Нормальная микрофлора влагалища, к сожалению, достаточно часто становится соучастником этиологии ВЗПО (в сочетании с сексуально трансмиссивной инфекцией), а иногда и основной причиной воспаления. При различных неблагоприятных воздействиях (снижение иммунного статуса, гормональные нарушения, стрессовые ситуации, развитие гинекологических заболеваний неинфекционного генеза) в половом тракте происходят качественные и количественные изменения микрофлоры. Исследования последних лет, посвященные характеристике представителей нормальной микрофлоры женских половых органов и их роли в развитии ВЗПО, стали

более полными. Сводные данные по этому вопросу представлены в таблице 1 (Коршунов В.М. и соавт., 1999).

Таким образом, в ассоциацию возбудителей ВЗПО часто входят представители аутофлоры: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Listeria spp.*, *Bacteroides spp.*, *Mycobacterium spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Acinetobacter spp.*, *Actinomyces spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Enterococcus spp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Pseudomonas spp.* и др. Обращает на себя внимание нередкое выявление в структуре аутофлоры половых путей женщины типичных представителей инфекции дыхательных путей (*Haemophilus influenzae*, *Listeria spp.*, *Streptococcus spp.*) и кожи (*Staphylococcus spp.*).

Весьма важную роль играют сексуально трансмиссивные инфекции – гонококки, хламидии, уреаплазмы, трихомонады, – способные поражать неповрежденный эпителий цервикального канала, эндометрия, маточных труб. При этом подготавливаются условия для инвазии менее вирулентных условно патогенных микроорганизмов. Лечение, направленное только против одного, хотя и основного возбудителя, создает условия для развития хронических, рецидивирующих воспалительных заболеваний.

Микст-инфекция является важной проблемой, которая вносит значительные коррективы в понимание патогенеза ВЗПО и в тактику выбора антимикробной терапии. Недооценка значимости микробных ассоциаций может ухудшить результаты лечения урогенитальной инфекции.

Учитывая роль микробного фактора в развитии воспалительного процесса в гинекологии, роль антибиотикотерапии следует признать ведущей. Благодаря наличию современных антибиотиков с оптимальной фармакокинетикой и повышенной безопасностью врачи могут применять не только высокоэффективные, но и щадящие схемы антибиотиков. Обоснованием выбора последних в настоящее время является спектр их антимикробной активности и фармакодинамические данные.

Требования ВОЗ к препаратам для лечения половых инфекций предусматривают:

- эффективность не ниже 90%;
- низкую токсичность и хорошую переносимость;



**Б.Г. КОГАН**

д. мед. н., профессор,  
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца;  
главный врач клиники «Хелси энд Хеппи», исполнительный директор Украинской ассоциации дерматологов, венерологов и косметологов

**Г.Д. ГОРДЕЕВА**

к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца; клиника «Хелси энд Хеппи»

ТАБЛИЦА 1. МИКРООРГАНИЗМЫ ПОЛОВОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН И ИХ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ ВЗПО

| Микроорганизмы                                   | Частота выделения* | Способность вызывать заболевания** |
|--------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------|
| <i>Acinetobacter spp.</i>                        | Б                  | 2                                  |
| <i>Actinomyces spp.</i>                          | Б                  | 2                                  |
| <i>Alcaligenes spp.</i>                          | В                  | 1                                  |
| <i>Aspergillus spp.</i>                          | В                  | 1                                  |
| <i>Bacillus spp.</i>                             | В                  | 2                                  |
| <i>Bacteroides spp.</i>                          | А                  | 2                                  |
| <i>Bifidobacterium spp.</i>                      | Б                  | 1                                  |
| <i>Blastomyces dermatidis</i>                    | В                  | 3                                  |
| <i>Brugia spp.</i>                               | В                  | 3                                  |
| <i>Campylobacter spp.</i>                        | В                  | 2                                  |
| <i>Candida spp.</i>                              | Б                  | 2                                  |
| <i>Chlamydia spp.</i>                            | Б                  | 2                                  |
| <i>Clostridium spp.</i>                          | А                  | 2                                  |
| <i>Corynebacterium spp.</i>                      | Б                  | 2                                  |
| <i>Cryptococcus spp.</i>                         | В                  | 2                                  |
| <i>Enterobacteriaceae</i>                        | А                  | 2                                  |
| <i>Enterobius vermicularis</i>                   | Б                  | 2                                  |
| <i>Enterococcus spp.</i>                         | Б                  | 2                                  |
| <i>Flavobacterium spp.</i>                       | В                  | 2                                  |
| <i>Fusobacterium spp.</i>                        | Б                  | 1                                  |
| <i>Gardnerella vaginalis</i>                     | Б                  | 2                                  |
| <i>Geotrichum candidum</i>                       | В                  | 1                                  |
| <i>Haemophilus ducreyi</i>                       | Б                  | 3                                  |
| <i>Haemophilus influenzae</i>                    | Б                  | 3                                  |
| <i>Lactobacillus spp.</i>                        | А                  | 1                                  |
| <i>Leptotrichia interrogans</i>                  | В                  | 3                                  |
| <i>Listeria spp.</i>                             | В                  | 2                                  |
| <i>Mobiluncus spp.</i>                           | Б                  | 2                                  |
| <i>Moraxella spp.</i>                            | Б                  | 1                                  |
| <i>Mycobacterium spp.</i><br>(кроме туберкулеза) | Б                  | 2                                  |
| <i>Mycoplasma hominis</i>                        | Б                  | 2                                  |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i>                     | Б                  | 3                                  |
| <i>Neisseria meningitidis</i>                    | В                  | 3                                  |
| <i>Neisseria spp.</i>                            | Б                  | 2                                  |
| <i>Peptostreptococcus spp.</i>                   | Б                  | 1                                  |
| <i>Porphyromonas spp.</i>                        | А                  | 2                                  |
| <i>Prevotella spp.</i>                           | А                  | 2                                  |
| <i>Propionibacterium spp.</i>                    | Б                  | 1                                  |
| <i>Pseudomonas spp.</i>                          | Б                  | 2                                  |
| <i>Saccharomyces spp.</i>                        | Б                  | 1                                  |
| <i>Staphylococcus spp.</i>                       | А                  | 2                                  |
| <i>Streptococcus spp.</i>                        | Б                  | 2                                  |
| <i>Torulopsis glabrata</i>                       | Б                  | 2                                  |
| <i>Treponema pallidum</i>                        | Б                  | 3                                  |
| <i>Trichomonas vaginalis</i>                     | Б                  | 3                                  |
| <i>Ureaplasma urealyticum</i>                    | Б                  | 2                                  |

\* А – обычно выявляются в исследуемом материале, Б – периодически выявляются в исследуемом материале, В – редко встречаются в исследуемом материале.

\*\* 1 – если присутствуют, то практически никогда не вызывают заболевания,

2 – если присутствуют, то могут вызывать заболевание,

3 – если присутствуют, то обычно вызывают заболевание

➤ медленное развитие устойчивости возбудителя к применяемым лекарственным средствам;

➤ возможность снижения кратности приема;

➤ возможность перорального применения [8].

Появившиеся в последние годы комбинированные антибактериальные препараты значительно повышают эффективность лечения, снижают лекарственную нагрузку на организм.

Одним из оптимальных антибиотиков, соответствующих требованиям антибактериальной терапии воспалительных заболеваний женских половых органов, является Цифран СТ (производство компании «Ранбакси») – комбинация ципрофлоксацина и тинидазола, которая обеспечивает эмпирическое лечение смешанных аэробно-анаэробных инфекций, а также некоторых возбудителей, передающихся половым путем (умеренная активность в отношении микоплазм, хламидий). Ципрофлоксацин активен в отношении грамположительных и грамотрицательных патогенов, включая штаммы, резистентные к пенициллинам, цефалоспорином и аминогликозидам. Тинидазол – синтетический препарат группы нитроимидазола с антибактериальным (антианаэробным) и противопротоzoйным действием.

Спектр действия Цифрана СТ соответствует входящим в его состав тинидазолу и ципрофлоксацину: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Salmonella spp.*, *Proteus spp.*, *Shigella spp.*, *Enterobacter spp.*, *N. gonorrhoeae*, *H. Influenzae*, *Bacteroides fragilis*, *Clostridium spp.*, *Eubacterium spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Peptococcus spp.*, *Gardnerella vaginalis*, а также *Trichomonas vaginalis* и др.

При наличии в структуре возбудителей ВЗПО микроорганизмов, передающихся половым путем, рационально дополнение комплекса антимикробной терапии препаратами группы полусинтетических макролидов. Среди препаратов этой группы заслуживает внимания кларитромицин, который обеспечивает наиболее высокие тканевые концентрации (в 10–100 раз выше плазменных), быстро захватывается тканями и клетками; при этом при воспалении поступает в ткани более интенсивно, чем вне воспаления. Антимикробная активность кларитромицина осуществляется не только за счет основного препарата, но и благодаря его активному метаболиту – 14-гидрооксидному эпимеру, что объясняет расширение спектра антимикробного действия *in vivo*.

Спектр антимикробного действия кларитромицина и его активного метаболита включает в себя достаточно много возможных возбудителей ВЗПО (аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных

микроорганизмов): *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus viridans*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Listeria monocitogenes*, *Clostridium perfringens*, *Propionibacterim acnes*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*. Свойство кларитромицина проникать и накапливаться в гранулоцитах, макрофагах и клетках тканей организма позволяет обеспечить максимальную эффективность при лечении инфекций, вызванных внутриклеточными возбудителями (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticus*), при этом наблюдается наиболее высокая внутриклеточная концентрация, сохраняющаяся оптимальное время. Хламидии, микоплазмы, уреоплазмы подавляются очень низкими концентрациями кларитромицина (минимальная ингибирующая концентрация 90–0,03 мг/мл).

Антимикробная активность кларитромицина в отношении грамположительной флоры (стрептококки, стафилококки, листерии) является наиболее высокой, в связи с чем кларитромицин представляет отличную альтернативу антибиотикам пенициллинового ряда. При этом кларитромицин можно принимать 1–2 раза в сутки, что также является преимуществом в лечении. Среди грамотрицательных микробов, играющих роль в развитии ВЗПО, кларитромицин выявляет активность в отношении *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus influenzae*, не будучи активным в отношении *Enterobacteriaceae* и *Pseudomonas spp.*

Кларитромицин способен проникать в фагоцитирующие клетки (фибробласты, полиморфноядерные гранулоциты, макрофаги и др.), при миграции которых в воспалительный очаг с ними поступает и антибиотик. Важным моментом для клинической практики является то, что кларитромицин не оказывает иммуносупрессивного действия, которое наблюдается у большинства антибиотиков. Во многих исследованиях отмечено, что кларитромицин активно накапливается в иммунокомпетентных клетках, модулируя их функции: ингибирует продукцию цитокинов, повышает фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов, усиливает активность Т-киллеров, обладает синергизмом с комплементом сыворотки крови.

Препараты кларитромицина обладают высоким постантибиотическим эффектом, т. е. способностью антибиотика подавлять рост бактерий в интервалах между приемом лекарственного средства, когда уровень его снижается. Кларитромицин является единственным макролидом, который имеет активный метаболит, с микробиологической точки зрения, что объясняет его высокий постантибиотический эффект.

Одной из часто применяемых в клинике лекарственных форм кларитромицина является Клабакс (производства компании «Ранбакси»).

Сочетание в курсе лечения препаратов Цифран СТ и Клабакс обеспечивает широкий спектр действия, включающий аэробную, анаэробную, протозойную инфекции, а также возбудителей, передающихся половым путем.

**Цель исследования:** изучение эффективности препаратов Цифран СТ и Клабакс (при последовательном назначении) в лечении ВЗПО.

### ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено лечение у 57 больных с различной локализацией воспалительного процесса в женских гениталиях: эндоцервицит (подострый, хронический в стадии обострения) – 29 пациенток, аднексит (подострый, хронический в стадии обострения) – 28 исследуемых.

Известно, что в настоящее время большинство ВЗПО сопровождается малосимптомным течением. Лечение проводилось в амбулаторных условиях.

Диагноз подтверждался данными клинического, лабораторного, бактериологического исследований. При бактериоскопии влагалищных мазков и отделяемого из цервикального канала, уретры обнаруживали большое количество лейкоцитов, наличие грамположительной и грамотрицательной флоры. У всех больных произведен бактериологический посев отделяемого из цервикального канала и уретры.

Пациенткам проведено специальное обследование, которое включало диагностику с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Антибактериальная терапия была применена у больных с ВЗПО в комплексе лечебных мероприятий при наличии следующих проявлений заболевания:

- ▣ клинические признаки эндоцервицита (гиперемия наружного зева и патологические выделения из цервикального канала), подтвержденные при микроскопии урогенитальных выделений;
- ▣ обострение воспалительного процесса по субъективным данным (появление боли, патологических выделений) и объективным признакам (повышение температуры, изменения в гемограмме);
- ▣ выявление во влагалищной, цервикальной средах сапрофитной аэробной и анаэробной флоры в высоком титре (свыше 10<sup>5</sup> КОЕ/мл) и специфической флоры (хламидии, уреоплазмы, микоплазмы).

Препарат Цифран СТ назначали по 1 таблетке (500 мг ципрофлоксацина + 600 мг тинидазола)



ВЗПО относят к смешанным полимикробным инфекциям, важнейшими возбудителями которых являются ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий



Требования ВОЗ к препаратам для лечения половых инфекций предусматривают:

- ▣ эффективность не ниже 90%;
- ▣ низкую токсичность и хорошую переносимость;
- ▣ медленное развитие устойчивости возбудителя к применяемым лекарственным средствам;
- ▣ возможность снижения кратности приема;
- ▣ возможность перорального применения

каждые 12 часов, затем назначали Клабакс по 1 таблетке (500 мг) каждые 12 часов. Курс лечения составлял 10 дней в острой стадии при легком течении, 14–20 дней – при подостром течении, вялотекущем, рецидивирующем воспалении, а также при обнаружении смешанной инфекции с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами. При выявлении инфекций, передающихся половым путем, одновременно проводилось лечение полового партнера по указанной схеме в течение 14–20 дней.

В комплексе лечебных мероприятий применялись также иммунокорректоры (циклоферон, виферон, лаферон), энзимы (вобэнзим), витамины, гепатопротекторы. Для профилактики кандидоза назначали нистатин по общепринятой методике или другие противогрибковые средства, для профилактики кишечного дисбиоза – препараты, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры (линекс, хилак форте и др.).

Лечение считали эффективным при наличии клинического выздоровления (улучшение общего состояния, исчезновение болевого синдрома, а также изменения в половых органах, характерные для обострения процесса), нормализации лабораторных показателей и данных ультразвукового исследования. По этим критериям эффективность лечения оценивалась как хорошая или частичная. Отсутствие признаков клинического выздоровления оценивалось как отсутствие эффекта.

Контрольное исследование проводилось методом бактериологического посева, а также с помощью ПЦР.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке клинических данных установлено, что основным клиническим признаком

ти боли с иррадиацией в пояснично-крестцовую область, нижние конечности, наружные половые органы. Некоторые больные жаловались только на патологические (серозные, гноевидные) выделения из половых органов.

У 38 больных наблюдалась нормальная и у 19 – субфебрильная температура тела. Клинические анализы крови и мочи показали незначительные отклонения от нормы или оставались в пределах нормы. Выраженность клинических проявлений обострения хронического воспалительного процесса придатков матки (главным образом болевого синдрома) и степень объективных изменений (лабораторных данных) часто не сочетались.

Это подтверждает мнение о том, что на начальных этапах развития большинство инфекций (в частности хламидиоз, микоплазмоз, микст-инфекция), вызывающих воспалительные заболевания половых органов нижних отделов, протекают бессимптомно или субманифестно. При отсутствии лечения у таких больных формируются хронические эндоцервициты, эндометриты, аднекситы [2].

Сексуально трансмиссивная инфекция (гонококки, хламидии, микоплазмы), поражая половые органы и проникая через неповрежденные тканевые барьеры, подготавливает условия для внедрения эндогенной сапрофитной микрофлоры.

Восстановление тканей в очаге воспаления и завершенность воспалительного процесса может быть полным и неполным. В последнем случае в сформированной рубцовой ткани могут оставаться осумкованные или депонированные жизнеспособные микробы. При благоприятных условиях они могут снова начать размножаться и вызвать новое обострение воспалительного процесса [4].

Кроме того, при наличии неполной регенерации слизистых оболочек женского полового тракта (эрозии, псевдоэрозии, эктропионы и т. п.) отсутствует целостный физиологический барьер, стоящий на пути внедрения микробов. Тогда в верхние отделы женских половых органов начинает постоянно поступать флора влагалища, с которой иммунной системе приходится постоянно бороться. В таких ситуациях при неблагоприятных условиях (переохлаждение, аборт, стресс и т. п.) иммунные барьеры прорываются, что вызывает клинику обострения заболевания.

У всех 57 больных методом микроскопии отделяемого из цервикального канала и уретры установлено большое количество лейкоцитов (что является критерием воспалительного процесса), наличие грамположительной и грамотрицательной бактериальной флоры. Данные бактериологического исследования и ПЦР представлены в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2

| Возбудители                     | Бактериологическое исследование | ПЦР |
|---------------------------------|---------------------------------|-----|
| <i>Staphylococcus aureus</i>    | 27                              |     |
| <i>Streptococcus pyogenes</i>   | 29                              |     |
| <i>Streptococcus agalactiae</i> | 17                              |     |
| <i>Streptococcus viridans</i>   | 12                              |     |
| <i>Haemophilus influenzae</i>   | 17                              |     |
| <i>Chlamydia trachomatis</i>    |                                 | 7   |
| <i>Mycoplasma hominis</i>       | 7                               |     |
| <i>Mycoplasma genitalium</i>    |                                 | 2   |
| <i>Ureaplasma urealyticum</i>   | 17                              |     |

ТАБЛИЦА 2. МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

ВЗПО являлась хроническая тазовая боль, патологические влагалищные выделения. Стадия обострения характеризовалась усугублением болевого синдрома: усилением интенсивнос-

У всех больных выявлены ассоциации возбудителей: смешанные бактериальные – у 23 (40,3%), хламидийно-бактериальные – у 7 (12,2%), микоплазмы и бактерии – у 9 (15,7%), уреоплазмы и бактерии – у 17 (29,8%), хламидии, уреоплазмы и бактерии – у 1 (1,7%).

Полученные результаты согласуются с данными литературы [6] о полиэтиологичности воспалительных заболеваний женских гениталий в современных условиях.

Применение комбинированной антибактериальной терапии Цифраном СР и Клабаксом в комплексном лечении больных воспалительными заболеваниями гениталий оказалось вполне успешным.

Частота клинического выздоровления в исследуемой группе, согласно вышепредставленным критериям, составила 100%. У всех больных исчезли клинические симптомы обострения заболевания: улучшилось общее состояние, исчезли патологические выделения из половых путей, в мазках из цервикального канала и влагалища нормализовались количество лейкоцитов и температура тела, исчез или уменьшился болевой синдром, при бимануальном исследовании отмечалось уменьшение размеров придатков матки. Клинические анализы крови и мочи находились в пределах нормы (таблица 3).

Частота элиминации выявленных возбудителей (ассоциаций хламидий, микоплазм, уреоплазм, сапрофитной флоры) при контрольных исследованиях составила 92,4%. При этом сапрофитные микробы не высевались у 91,3% больных, ассоциации уреоплазмы + бактерии – у 92,6%, полное излечение наступило у пациенток с наличием ассоциации хламидии + бактерии и микоплазмы + бактерии. У 1 больной с высокой степенью инфицированности (хламидии + микоплазмы + уреоплазмы + бактерии) элиминации всех возбудителей не достигли, что потребовало назначения повторного курса лечения (таблица 4).

Побочных эффектов, требующих прекращения лечения, не наблюдалось. Следует отметить положительные свойства исследуе-

ТАБЛИЦА 3

| Эффективность | Хорошая | Частичная | Отсутствует | Всего |
|---------------|---------|-----------|-------------|-------|
| Число больных | 53      | 4         | 0           | 57    |
| %             | 92,9    | 7,1       | 0           | 100   |

мой комбинации препаратов: кроме высокой антимикробной эффективности, мы наблюдали хорошую переносимость, отсутствие токсических эффектов.

ТАБЛИЦА 3.  
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ  
ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКИХ  
ДАННЫХ

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, согласно нашим исследованиям, комбинированная антимикробная терапия с последовательным назначением Цифрана СТ (ципрофлоксацин + тинидазол) и Клабакса (klarитромицин) в комплексе лечебных мероприятий при ВЗПО смешанной этиологии является рациональным и эффективным методом лечения. У всех женщин с ВЗПО (эндоцервицитами, аднекситами) удалось достичь клинического выздоровления. Высокий процент элиминации возбудителей (92,9%), достигнутый при использовании данной комбинации, позволяет рекомендовать указанные препараты для лечения воспалительных заболеваний женских половых орга-

ТАБЛИЦА 4

| Микроорганизмы                                      | До лечения<br>(число больных) | После лечения<br>(число больных) | % элиминации<br>микроорганизмов |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Сапрофитная флора                                   | 23                            | 2                                | 91,3                            |
| Хламидии + бактерии                                 | 7                             | 0                                | 100                             |
| Микоплазмы + бактерии                               | 9                             | 0                                | 100                             |
| Уреоплазмы + бактерии                               | 17                            | 1                                | 94,1                            |
| Хламидии + уреоплазмы<br>+ микоплазмы<br>+ бактерии | 1                             | 1                                | 0                               |
| Всего                                               | 57                            | 4                                | 92,9                            |

нов смешанной этиологии. Такая комбинация оптимальна для использования в амбулаторной практике и позволяет достигнуть стойкого терапевтического эффекта при хорошей переносимости и удобствах применения.

ТАБЛИЦА 4.  
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ  
ОЦЕНКЕ ДАННЫХ  
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ, ПЦР

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Герасимова Т.В., Гопчук Е.Н.  
Эффективная антибиотикотерапия – современные аспекты применения комбинированных препаратов в практике гинеколога // Здоровье женщины. – 2012. – № 6. – С. 46–48.  
**Gerasimova TV, Gopchuk EN**  
Effective antibiotic treatment – modern aspects of the use of combined drugs in the practice of gynecology // Women's Health. – 2012. – № 6. – P. 46–48.

2. Гопчук Е.Н.  
Эндометриит и амбулаторная терапия – опыт применения фторхинолонов III поколения // Здоровье женщины. – 201. – № 6. – С. 97–100.  
**Gopchuk EN**  
Endometritis and outpatient therapy – experience with fluoroquinolones generation III // Women's Health. – 201. – № 6. – P. 97–100.

3. Грищенко О.В., Лакно И.В.  
Преодоление антибиотикорезистентности у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза // Здоровье женщины. – 2012. – № 6. – С. 129–131.  
**Grishchenko OV, Lakhno IV**  
Overcoming of antimicrobial resistance in patients with inflammatory diseases of the pelvic organs // Women's Health. – 2012. – № 6. – P. 129–131.

4. Козак О.М.  
Патогенетичне лікування хронічних запальних захворювань статевих органів у жінок репродуктивного віку // Здоровье женщины. – 2011. – № 6. – С. 184–186.  
**Kozak AM**  
Pathogenetic therapy of chronic inflammatory diseases of the genital organs in women of reproductive age // Women's Health. – 2011. – № 6. – P. 184–186.

5. Коршунов В.М. и соавт.  
Микроэкология влагалища. – М.: 1999.  
**Korshunov VM et al.**  
Vaginal microenvironment. – М.: 1999.

6. Ропяк А.М.  
Комплексна терапія хронічних запальних захворювань придатків матки на стадії загострення // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2010. – № 2. – С. 80–83.  
**Ropyak AM**  
Complex therapy of chronic inflammatory diseases of the uterus in the acute stage // Pediatrics, Obstetrics and Gynecology. – 2010. – № 2. – P. 80–83.

7. Стрельник О.І.  
Стан гуморального імунітету у хворих на генітальну інфекцію // Здоровье женщины. – 2010. – № 10. – С. 205–207.  
**Strelnyk AI**  
State of humoral immunity in patients with genital infections // Women's Health. – 2010. – № 10. – P. 205–207.

8. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention.  
Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006; 55: RR-11.

**ВИБІР АНТИБІОТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ЗМІШАНОЇ ЕТИОЛОГІЇ**

**Б.Г. Коган**, д. мед. н., професор, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; головний лікар клініки «Хелсі енд Хепі», виконавчий директор Української асоціації дерматологів, венерологів та косметологів  
**Г.Д. Гордєєва**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 1, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; клініка «Хелсі енд Хепі»

Представлені дані про результати застосування препаратів Цифран СТ (ципрофлоксацин + тинідазол) і Клабакс (кларитроміцин) в комплексі лікувальних заходів при запальних захворюваннях жіночих статевих органів змішаної етіології.

У 57 пацієнток з ендocerвіцитом, аднекситом при амбулаторному лікуванні використовувалася комбінована антимікробна терапія в режимі послідовного призначення: Цифран СТ і Клабакс. Вивчення динаміки клінічного статусу, лабораторних аналізів, бактеріологічного та інших методів дослідження хворих до лікування і після нього дозволило встановити високу ефективність даної комбінації щодо мікст-інфекції з наявністю грампозитивної і грамнегативної аеробної і анаеробної флори, хламідій, мікоплазм, уреоплазм. У всіх хворих було досягнуто клінічне одужання, частота елімінації збудників склала 92,9%.

**Ключові слова:** запальні захворювання жіночих статевих органів, лікування, Цифран СТ, Клабакс.

**THE CHOICE OF ANTIBIOTICS IN TREATING INFLAMMATORY DISEASES OF FEMALE GENITALS MIXED ETIOLOGY**

**B.G. Kogan**, MD, professor, National Medical University named after A.A. Bogomolets, chief doctor of the clinic «Healthy & Happy», the executive director of the Ukrainian Association of Dermatologists, Cosmetologists and Venereologists  
**G.D. Gordeeva**, PhD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department number 1, National Medical University named after A.A. Bogomolets; clinic «Healthy & Happy»

The article consist data about the drugs Cifran CT (ciprofloxacin + tinidazole) and Klabax (clarithromycin) in the complex therapeutic therapy of inflammatory diseases of the female genital organs of mixed etiology. Combination antimicrobial therapy with Cifran CT and Klabax was used in 57 patients with endocervicitis, adnexitises in outpatient treatment. The study of the dynamics of the clinical status, laboratory tests and other methods of bacteriological examinations of patients before and after treatment has allowed to establish the high efficacy of this combination in respect of mixed infection with the presence of gram-positive and gram-negative aerobic and anaerobic flora, chlamydia, mycoplasma, ureaplasma. Clinical cure was achieved in all patients, the frequency of elimination of pathogens accounted for 92,9%.

**Keywords:** inflammatory diseases of the female genital organs, treatment, Cifran CT, Klabax.