



## ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ – ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ

### ВСТУП

За даними сучасної літератури, запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) посідають провідне місце в структурі гінекологічної патології, складаючи 60–65% всієї гінекологічної захворюваності [1, 3, 6, 7].

Крім того, ЗЗОМТ – це найчастіша причина порушення репродуктивного здоров'я жінки, що таким чином створює значні медико-соціальні та економічні проблеми, вирішенню яких останнім часом присвячується велика кількість науково-клінічних досліджень. На жаль, частка цієї патології, особливо серед жінок репродуктивного віку, неухильно збільшується.

### АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

За останнє десятиріччя відзначено суттєве зростання сексуально-трансмісивних інфекцій із розширенням спектра збудників запальних захворювань геніталій [3, 5, 7]. Згідно з даними ВОЗ, у світі щороку реєструється близько 95 млн випадків урогенітального хламідіозу – інфекції, яка посідає провідне місце в структурі захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) [5]. Також зростає кількість діагностованих випадків гонорейної інфекції, стабільно високим залишається показник захворюваності на трихомоніаз (на рівні 320–340 випадків на 100 тис. населення) [3, 5].

При цьому запальні захворювання статеві системи характеризуються поліетіологічністю. Поряд зі специфічними мікроорганізмами (*Chlamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*) практично всі мікроорганізми, наявні у вагінальному біотопі (за винятком лакто- та біфідобактерій), можуть брати участь у запальному процесі [5, 6, 7, 12]. Серед

умовно-патогенних неспецифічних збудників провідна роль належить аеробно-анаеробним асоціаціям мікроорганізмів (25–60%): представникам родини *Enterobacteriaceae* (передусім *Escherichia coli*), стафілококам (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprofiticus*), *Bacteroides spp.*, *Prevotella bivia*, *Clostridium spp.*, *Peptostreptococcus spp.* та ін. [5, 7, 10, 12].

Роль мікоплазм та уреоплазм у розвитку запальних процесів геніталій досі остаточно не встановлена. Більшість із них належить до умовно-патогенної флори. Поширеність серед населення *Mycoplasma hominis* і *Ureaplasma urealyticum* складає від 10 до 50% за даними різних авторів. Проте велика кількість авторів вказує на можливу етіологічну роль *U. urealyticum*, *M. hominis*, а також *Mycoplasma genitalium* у розвитку запального процесу за достатнього ступеня їхньої дисемінації. Так, мікоплазмоз як моноінфекцію деякі дослідники виявляють у 12–18% спостережень, а в поєднанні з іншими мікроорганізмами – у 70–87%, причому з них у поєднанні з хламідіями – у 18–30% випадків [5–7].

Окремо слід виділити проблему рецидивуючих запальних захворювань статевих шляхів. Так, результати проспективного дослідження за участю 1140 жінок, що проводилось Naylen та співавторами, засвідчили, що загальна поширеність хронічних запальних захворювань органів малого тазу (ХЗЗОМТ) складає в середньому 19% [5]. Більшість рецидивів ЗЗОМТ виникає в результаті реінфікування, проте в деяких випадках процес обумовлений персистенцією мікроорганізмів за наявності хронічних вогнищ інфекції в організмі та при призначенні неадекватної антибіотикотерапії; при зниженні загальної імунорезистентності організму (синдром хронічної втоми, дов-

### Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

### Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

### Т.І. ЮСКО

мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

### Н.В. ЯРОЦЬКА

мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

### Контакти:

Татарчук Тетяна Феофанівна  
ДУ «ІПАГ НАМН України»,  
відділення ендокринної гінекології  
04050, Київ, Майбороди, 8  
тел.: +38 (044) 483 80 87  
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

готривалий стрес, хронічна соматична патологія) та при порушенні місцевого імунітету піхви.

За достатньої насиченості естрогенами у вагінальному епітелії створюються умови для забезпечення нормомікробіоценозу – накопичення достатньої кількості лактобактерій (*Lactobacillus spp.*), які сприяють утворенню молочної кислоти та закислюють вагінальне середовище, роблячи його сприятливим для життєдіяльності нормальної вагінальної флори та несприятливим для розвитку умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів.

Одним із важливих вагінальних бар'єрів, що також залежить від нормомікробіоценозу, є система секреторного імуноглобуліну А (IgA), якому належить одна з ключових ролей у неспецифічному протизапальному захисті слизових оболонок. Саме він забезпечує створення гістогематологічного бар'єра за рахунок утворення мембранних епітеліальних імунних комплексів. Останні не тільки блокують адгезію мікроорганізмів до епітеліальних клітин, але й нейтралізують їх біологічну активність. Порушення в системі IgA супроводжується зниженням резистентності місцевого імунітету та збільшенням вірогідності рецидивування запального процесу.

Хронізації запального процесу сприяє зниження концентрації IgA на всіх слизових оболонках репродуктивного тракту, в тому числі вміст IgA в цервікальному слизі шийки матки [10–12].

Імуноглобуліни типу А, які синтезуються в лімфоїдній тканині кишечника, першими контактують із усіма агентами, котрі намагаються осісти на поверхні слизової оболонки репродуктивного тракту. У пацієнок із хронічними захворюваннями статевих шляхів, на відміну від здорових жінок, процеси синтезу імуноглобулінів А частково порушені через наявність хронічної інфекції в кишечнику, що зумовлює дисбаланс в роботі імунної тканини. Такі умови спричиняють неможливість завершення гострого запального процесу нормальною регенерацією. Весь процес набуває характеру «млявого загоювання» або «перманентного незагоювання», що призводить до утворення фіброзу та порушення функції органу [14, 16].

Таким чином, на сьогодні є надзвичайно актуальною проблема розроблення оптимальної схеми лікування рецидивуючих запальних процесів геніталій із вибором адекватної антибіотикотерапії, яка б враховувала ймовірні асоціації патогенних мікроорганізмів та схеми терапії для ефективного попередження рецидивів ХЗЗОМТ.

**Метою** нашої роботи було вивчення ефективності емпіричного підходу до вибору антибіотикотерапії в поєднанні з імунобіотиками.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проведено обстеження 60 жінок із маніфестними хронічними рецидивуючими запальними процесами органів малого тазу, які були госпіталізовані до гінекологічних відділень Київської міської клінічної лікарні № 9 та Лікарні для вчених НАН України. Діагноз встановлювали за даними анамнезу (2 та більше випадків загострення хвороби протягом 6 місяців), суб'єктивними скаргами та об'єктивними клінічними проявами. Під час госпіталізації пацієнткам про-

водили УЗД органів малого тазу та здійснювали забір матеріалу для виконання наступних досліджень:

- ❖ бакпосів виділень із піхви з визначенням антибіотикочутливості;
- ❖ виявлення ймовірного специфічного збудника запального процесу за допомогою полімерно-ланцюгової реакції;
- ❖ мікроскопія мазка виділень із уретри, цервікального каналу та піхви.

Враховуючи яскраву вираженість клінічних проявів загострення запального процесу в обраних пацієнок (гіпертермія, біль, набряк, патологічні виділення зі статевих шляхів, збільшення об'ємів органів малого тазу), антибіотикотерапію доцільно було розпочинати відразу після госпіталізації.

Зважаючи на поліетіологічність ЗЗОМТ, а також найбільш ймовірне поєднання інфекційних агентів (згідно з існуючою статистикою), потенційно активним проти всіх збудників ЗЗОМТ на сьогодні є комбінація сучасних фторхінолонів та орнідазолу або метронідазолу.

При цьому існуючі схеми терапії мають певні недоліки: призначення щонайменше двох антимікробних препаратів, а також необхідність їх введення декілька разів на добу. Це впливає на комплаєнтність пропонованого лікування, а також збільшує медикаментозне навантаження на організм пацієнтки.

Із вищезазначеного витікає необхідність використання альтернативних схем терапії, і однією з перспективних схем лікування, на нашу думку, є застосування в режимі монотерапії препарату ГРАНДАЗОЛ® – розчину для інфузій, 200 мл якого містить 5 мг орнідазолу та 2,5 мг левофлоксацину. При проявах інфекції середнього ступеня тяжкості він застосовується 1 раз на добу.

Зазначений препарат призначали всім пацієнткам упродовж 5 днів. Слід відзначити, що клінічні прояви запального процесу мінімізувались у більшості пацієнок вже протягом третьої доби перебування в стаціонарі, однак 7 пацієнткам, загальний стан яких стабілізувався лише на 4–5 добу, було рекомендовано продовжити таблетований прийом левофлоксацину та орнідазолу ще протягом 3-х діб. До I групи дослідження увійшли 30 жінок, яким призначався лише даний вид терапії.

З метою запобігання рецидиву запалення 30 пацієнткам (II група) разом із обраною антибіотикотерапією призначався імунобіотик Екобіол (ЕкоBIOL®), який містить комбінацію штамів мікроорганізмів *Lactobacillus plantarum* LPO1 та *Bifidobacterium breve* з фруктоолігосахаридами. *L. plantarum* і *B. breve* у складі ЕкоBIOL® продукують бактеріоцини, бактерицидна дія яких спрямована на усунення вогнища умовно-патогенної флори з кишечника. Вони також підвищують локальний захист шляхом зниження проникнення патогенних мікроорганізмів через стінку кишки: гальмують адгезивні властивості *E. coli*, пригнічують розвиток у кишечнику багатьох патогенних мікроорганізмів, зокрема, бактерій типу *Candidae*, *Clostridium*, *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* та стимулюють синтез секреторного IgA. Фруктоолігосахариди є поживним субстратом для росту і розмноження корисних для організму лакто- і біфідобактерій.

Таким чином, ЕкоBIOL® сприяє нормалізації роботи імунної тканини кишечника, забезпеченню синтезу та відновленню концентрації IgA на слизовій репродуктивного тракту, що обумовлює нормалізацію загального та місцевого імунітету. Крім того, *L. plantarum* та *B. breve* сприяють продукції протизапальних цитокінів, забезпечуючи перехід непродуктивного запалення в продуктивне і позитивно впливаючи на процес регенерації.

ЕкоBIOL® жінкам II групи призначали протягом всього періоду антибіотикотерапії та додатково ще 3 місяці по 1 капсулі в день кожні перші 10 днів місяця.

Ефективність терапії ХЗЗОМТ встановлювали за результатами клінічних проявів через 3, 5, 10 днів, 3 та 6 місяців після проведеного лікування та клініко-лабораторних досліджень через 10 днів, 3 та 6 місяців.

Повним клінічним одужанням вважали відсутність клінічних проявів, змін з боку внутрішніх статевих органів за результатами УЗД та нормалізацію мікроскопічного дослідження виділень з піхви та цервікального каналу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняння особливостей перебігу періоду лікування у виділених групах виявило певні відмінності. Так, гіпертермія у пацієток I групи тривала в середньому 2,8 дні, тоді як у II групі – 2,4 дні. Середня тривалість субфебрилітету також була коротшою у пацієток II групи в порівнянні з I групою: 3,4 та 3,8 дні відповідно (рис. 1).

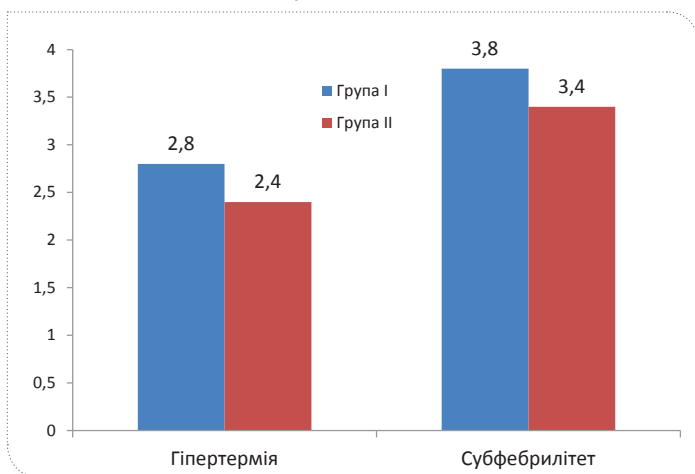


РИСУНОК 1. СЕРЕДНЯ ТРИВАЛІСТЬ ПІДВИЩЕНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ В ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ (ДНІ)

Переважає більшість пацієток обох груп відзначала на початку лікування біль високої інтенсивності (9,48 ± 0,31 балів у I групі та 9,46 ± 0,35 балів у II групі) (рис. 2).

Слід зазначити, що ступінь інтенсивності болю за візуально-аналоговою шкалою до 3-го дня лікування помірно зменшувався в обох групах в однаковому співвідношенні, але на 5-й день лікування після закінчення прийому ін'єкційного антибіотика відзначено незначну різницю в результатах: 2,88 балів у I групі та 2,45 балів у II групі. До 10-го дня від початку лікування різниця в результатах склала 1,30 бала: 1,95 у I групі та 0,65 у II групі (p < 0,05).

Біль при пальпації знижувався поступово в обох групах, і до 10-го дня лікування досяг 1,8 ± 0,24 балів у пацієток I групи проти 0,56 ± 0,27 балів у II групі (рис. 3). Це може свідчити

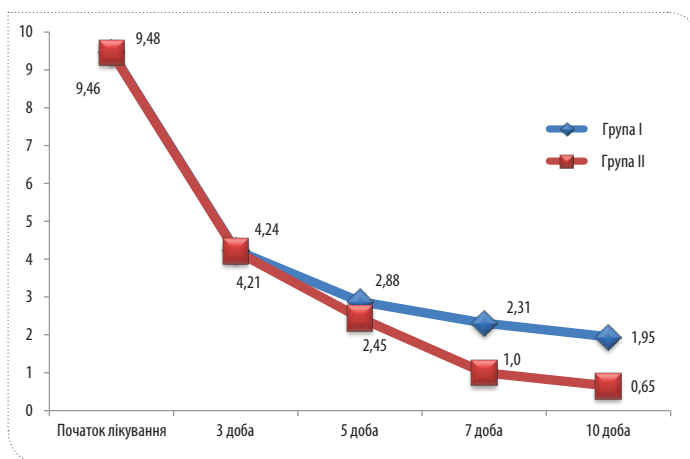


РИСУНОК 2. ДИНАМІКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ ЗА ВІЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВОЮ ШКАЛОЮ В ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ (БАЛИ)

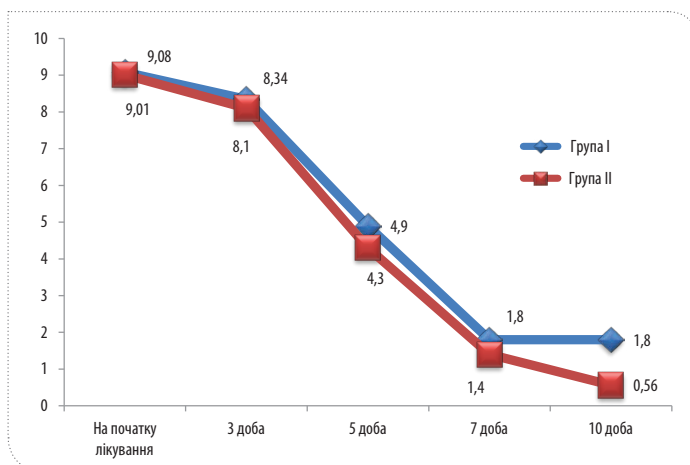


РИСУНОК 3. ДИНАМІКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ ПРИ ПАЛЬПАЦІЇ В ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ (БАЛИ)

про те, що комбінована терапія з включенням імунобіотика ЕкоBIOL® до схеми терапії ЗЗОМТ сприяє швидкому досягненню клінічного результату.

Аналізуючи отримані дані, слід відзначити належну ефективність препарату ГРАНДАЗОЛ®, оскільки протягом 10 днів у всіх пацієток, які його отримали, зникли клінічні прояви запального процесу. Проте у жінок II групи (які додатково приймали ЕкоBIOL®) також відзначено більш суттєве покращення загального самопочуття (лише 1 випадок нудоти – 3,33% проти 8 – 26,7% у пацієток I групи) та скорочення терміну одужання. Так, клінічні прояви в усіх жінок II групи зникли вже протягом 7 днів, тоді як у I групі повного їх зникнення було досягнуто по завершенні 10-денного терміну.

В результаті 3-місячного спостереження за пацієтками, які отримали вищезазначене лікування, нами не було відзначено жодного випадку рецидиву в обох клінічних групах. Це свідчить про адекватність обраної терапевтичної тактики.

Вивчення результатів бактеріологічного дослідження мікробіоценозу піхви у жінок в групах спостереження до терапії та через 3 і 6 місяців після неї показало також суттєві динамічні відмінності. Так, під час госпіталізації моноінфекцію було виявлено лише у 5 пацієток (9,16%), інші 55 жінок мали асоціацію двох (40%), трьох (35,84%) та більше мікроорганізмів (15%) (рис. 4).

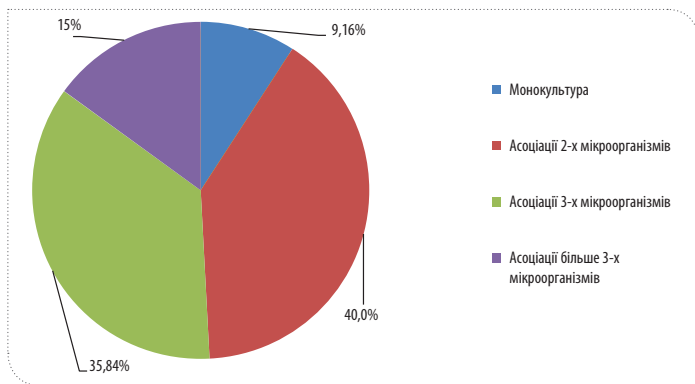


РИСУНОК 4. ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ В ОБОХ ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ

При цьому якщо на початку лікування звертали на себе увагу досить високий відсоток специфічної флори – *C. trachomatis* (53,3% в I та 56,6% в II групі), *T. vaginalis* (16,6% в I та 13,3% в II групі) в поєднанні з умовно патогенною флорою та без, а також мікст-інфекції умовно-патогенної флори з високим ступенем колонізації, то по завершенні 3-місячного терміну відзначено суттєві зміни. Так, в обох групах не було виявлено *T. vaginalis*, а *C. trachomatis* без клінічних проявів зафіксовано лише в одній пацієнтки I групи (табл. 1).

Ступінь колонізації умовно-патогенної флори зменшився в обох групах спостережень. Водночас слід відзначити, що у пацієнок II групи ріст умовно-патогенної флори дещо перевищував нормальні показники лише у 5 (16,7%) жінок і стосувався тільки *M. hominins*, *Enterococcus faecalis* та *Bacteroides fragilis*, тоді як серед пацієнок I групи в поодиноких випадках ще спостерігався високий ступінь колонізації *U. urealyticum*, *C. trachomatis*, *Streptococcus spp.* та *E. coli*. Це вказує на більш виражену тенденцію до відновлення нормобіоценозу саме в групі пацієнок, які отримували ЕкоBIOL® після завершення курсу антибіотикотерапії. Про таку тенденцію свідчить також динаміка вмісту лактобактерій у вагінальних виділеннях серед досліджуваного контингенту жінок (табл. 2).

Аналізуючи результати бактеріологічного дослідження в обох групах пацієнок через 6 міс. після завершення лікування, слід відзначити тенденцію до зростання представництва умовно-патогенної флори у вагінальних виділеннях жінок I групи та зменшення вмісту в них лактобактерій порівняно з попередніми дослідженнями, тоді як у жінок II групи і надалі спостерігалась позитивна динаміка щодо відновлення нормобіоценозу піхви.

Після завершення 6-місячного терміну серед пацієнок I групи було зареєстровано 3 випадки рецидиву ХЗЗОМТ, один із яких асоціювався з хронічною інфекцією сечостатевого шляху та уролітіазом. Результати бактеріологічного дослідження в усіх трьох випадках виявили високий ступінь колонізації умовно-патогенними мікроорганізмами: *U. urealyticum* та *M. hominins* в поєднанні зі *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecalis* та *Staphylococcus spp.*

Відсутність рецидивів у II групі вказує на важливість відновлення механізмів локального імунного контролю слизової оболонки репродуктивного тракту (slgA) та їх значення у забезпеченні імунomodulaції в пацієнок із ХЗЗОМТ.

**ВИСНОВКИ**

Таким чином, вибір адекватної схеми лікування ХЗЗОМТ повинен здійснюватися з урахуванням активності антибактеріальних препаратів щодо можливих патогенних мікробних чинників.

В разі наявності виражених клінічних проявів запального процесу препаратом емпіричного вибору можна вважати ГРАНДАЗОЛ®, який разом із активністю відносно всіх потенційних збудників також має високу комплаєнтність.

Включення в схеми терапії ХЗЗОМТ імунобіотика ЕкоBIOL® сприяє відновленню місцевого імунітету слизових оболонок репродуктивного тракту та загального імунітету організму, створюючи умови для правильного завершення запального процесу.

ТАБЛИЦЯ 1. ДИНАМІКА ВИЯВЛЕННЯ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ЯКІ НАЙЧАСТІШЕ ЗУСТРІЧАЛИСЯ В ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ, АБС. Ч. (%)

Вид збудника	До лікування		Через 3 міс. після лікування		Через 6 міс. після лікування	
	I	II	I	II	I	II
<i>C. trachomatis</i>	16 (53,3)	17 (56,6)	1 <sup>a</sup> (3,33)	–	6 (20,0)	1 <sup>a,6</sup> (3,3)
<i>Bacteroides fragilis</i>	21 (70,0)	20 (66,6)	4 <sup>a</sup> (13,3)	2 <sup>a,6</sup> (6,6)	9 (30,0)	–
<i>U. urealyticum</i>	18 (60,0)	19 (63,33)	3 <sup>a</sup> (10,0)	–	7 <sup>a</sup> (23,3)	–
<i>M. hominins</i>	11 (36,6)	8 (22,8)	3 <sup>a</sup> (10,0)	1 <sup>a</sup> (3,33)	3 <sup>a</sup> (10,0)	–
<i>T. vaginalis</i>	5 (16,6)	4 (13,3)	–	–	–	–
<i>Streptococcus spp.</i>	6 (20,0)	5 (16,6)	2 (6,6)	–	3 <sup>a</sup> (3,3)	1 (3,3)
<i>Staphylococcus spp.</i>	3 (10,0)	6 (20,0)	–	–	1 (3,0)	–
<i>Enterococcus faecalis</i>	27 (90,0)	26 (86,6)	11 <sup>a</sup> (36,6)	3 <sup>a,6</sup> (10,0)	7 <sup>a</sup> (23,3)	2 <sup>a,6</sup> (6,6)
<i>E. coli</i>	14 (46,6)	14 (46,6)	3 <sup>a</sup> (10,0)	1 <sup>a</sup> (3,3)	2 <sup>a</sup> (6,6)	–

<sup>a</sup> – різниця вірогідна відносно показника до лікування (p < 0,05)

<sup>6</sup> – різниця вірогідна відносно показника у групі I (p < 0,05)

ТАБЛИЦЯ 2. ДИНАМІКА ВМІСТУ ЛАКТОБАКТЕРІЙ У ВИДІЛЕННЯХ ПІХВИ В ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК

	Норма (відповідно до Klebanoff S.J., 1991 та Кіра Е.Ф., 1995)	До лікування	Через 3 міс. після лікування	Через 6 міс. після лікування
Група I	8,4×10 <sup>7</sup>	3,4×10 <sup>3</sup>	4,6×10 <sup>4</sup>	3,8×10 <sup>4</sup>
Група II	8,4×10 <sup>7</sup>	3,6×10 <sup>3</sup>	7,9×10 <sup>6</sup>	7,3×10 <sup>6</sup>

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Айламазян, Э.К. Этиология и патогенез важнейших инфекционных заболеваний в акушерстве и гинекологии / Э.К. Айламазян, А.М. Савичева, М.А. Башмакова // *Мать и дитя: Материалы 2-го Российского форума.* — М.: 2000. — С. 448–449. Ailamazyan, E.K., Savicheva, A.M., Bashmakova, M.A. Etiology and pathogenesis of the most important infectious diseases in obstetrics and gynecology // *Mother and Child: Materials of the 2nd Russian Forum.* Moscow (2000): 448–449.
2. Буянова, С.Н. Антибактериальная терапия в гинекологии / С.Н. Буянова, Н.А. Шукина // *Фарматек.* — 2002. — № 2 (65). — С. 68–72. Buyanova, S.N., Shchukina, N.A. "Antibiotic therapy in gynecology." *Pharmatec*, 2(65) 2002: 68–72.
3. Карнацка, А.Г. Запальні захворювання органів малого тазу, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом / А.Г. Карнацка, І.Б. Вовк, Г.В. Чубей // *Гінекологія. Огляд.* Тематичний номер. — 2012. — С. 38–39. Karnatska, A.G., Vovk, I.B., Chubey, G.V. "Inflammatory diseases of the pelvic organs caused by sexually transmitted infections." *Gynecology. Review.* Topic number (2012): 38–39.
4. Краснопольский, В.И., Буянова, С.Н., Шукина, Н.А. Гнойная гинекология (практическое руководство). — М.: МЕДпресс. — 2001. — 282 с. Krasnopol'skiy, V.I., Buyanova, S.N., Shchukina, N.A. *Purulent gynecology (practical guidelines).* Moscow. MEDpress (2001): 282 p.
5. Нестеров, И.М., Тотолян, А.А. Иммунокорригирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы (практическое пособие). — С.-Пб.: 2007. — 52 с. Nesterov, I.M., Totolyan, A.A. *Immunotherapy of infectious and inflammatory diseases of the female reproductive organs (practical guidelines).* St. Petersburg (2007): 52 p.
6. Никонов, А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии // *Практическое пособие по диагностике и антимикробной терапии.* — М.: Боргес. — 2003. — 55 с. Nikonov, A.P., Astaturova, O.R. *Infection in obstetrics and gynecology // Practical guidelines for diagnostics and antimicrobial therapy.* Moscow. Borges (2003): 55 p.
7. Прилепская, Е.А. Роль междисциплинарного подхода в лечении инфекций нижних мочевых путей / Е.А. Прилепская, А.В. Зайцев, Н.В. Тупикина // *Медицинские аспекты здоровья женщины.* — 2015. — № 1 (87). — С. 26–33. Prilepskaya, E.A., Zaitsev, A.V., Tupikina, N.V. "Role of the multidisciplinary campaign in the treatment of the lower urinary tract infections." *Medical Aspects of Women's Health*, 1(87) (2015): 26–33.
8. Суханова, А.А. Сучасні підходи до терапії рецидивуючого вульвовагінального кандидозу / А.А. Суханова, С.Є. Савченко, Т.В. Коломійченко // *Здоров'я жінки.* — 2014. — № 7 (93). — С. 162–165. Sukhanova, A.A., Savchenko, S.E., Kolomyichenko, T.V. "Current approaches to the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis." *Women's Health*, 7(93) (2014): 162–165.
9. Cuervo, A., Hevia, A., et al. "Association between lipid peroxidation marker, C – reactive protein, serum trace elements and fecal microbiota in lupus." DOI:10.3305
10. Carol, M., Borruel, N., Antolin, M., et al. "Modulation of apoptosis in intestinal lymphocytes by a probiotic bacteria in Crohn's disease." *J Leukoc Biol*, 79 (2006): 917–922.
11. Drakes, M., Blanchard, T., Czinn, S. "Bacterial probiotic modulation of dendritic cells." *Infect Immun*, 72(2004): 3299–3309.
12. Ibnou-Zekri, N., Blum, S., Schiffrin, E.J., et al. "Divergent patterns of colonization and immune response elicited from two intestinal Lactobacillus strains that display similar properties in vitro." *Infect Immun*, 71(2003): 428–436.
13. Hart, A.L., Lammers, K., Brigidi, P., et al. "Modulation of human dendritic cell phenotype and function by probiotic bacteria." *Gut*, 53(2004): 1602–1609.
14. Mogna, G., Strozzi, G.P., Mogna, L. "Bacteria strains having a high anti-inflammatory activity." United States. Patent Application Publication, 2012, Mar. 15. US 2012/0064118 A1.
15. Nagendra P. Shah. "Functional cultures and health benefits." *J Dairy*, 17 (2007): 1262–1277.
16. Zuccotti, G.V., Meneghin, F., Raimondi, C., et al. "Probiotics in Clinical Practice: an Overview." *J Int Med Res*, 36(2008) (Suppl. 1): 1A–53A. □

**ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ – ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ**

**Т.Ф. Татарчук**, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України  
**Н.Ф. Захаренко**, д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України  
**Т.І. Юско**, мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України  
**Н.В. Яроцька**, мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

З метою вивчення ефективності емпіричного підходу до вибору антибіотикотерапії в поєднанні з імунобіотиками проведено обстеження 60 жінок із маніфестними хронічними рецидивуючими запальними процесами органів малого тазу. До I групи увійшли 30 жінок, які впродовж 5 днів отримували антибіотик ГРАНДАЗОЛ®. З метою запобігання рецидиву запалення 30 пацієнткам (II група) разом із антибіотикотерапією призначався імунобіотик екобіол. Ефективність терапії оцінювали за результатами клінічних проявів через 3, 5, 10 днів, 3 та 6 місяців після лікування.

В результаті ГРАНДАЗОЛ® був високо активний відносно всіх потенційних збудників запального процесу та мав високу комплаєнтність. А поєднання антибіотикотерапії із імунобіотиком екобіол сприяло відновленню місцевого та загального імунітету та забезпечувало санацію резервуарів хронічної інфекції в кишечнику, створюючи умови для завершення запального процесу.

**Ключові слова:** хронічні запальні захворювання органів малого тазу, антибіотикотерапія, імунобіотик, ГРАНДАЗОЛ®, екобіол.

**ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА – ЭФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ**

**Т.Ф. Татарчук**, д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, зав. отделением эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины  
**Н.Ф. Захаренко**, д. мед. н., глав. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины  
**Т.И. Юско**, мл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины  
**Н.В. Яроцкая**, мл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины

С целью изучения эффективности эмпирического подхода к выбору антибиотикотерапии в сочетании с иммунобиотиками проведено обследование 60 женщин с манифестными хроническими рецидивирующими воспалительными процессами органов малого таза. В I группу вошли 30 женщин, получавших в течение 5 дней антибиотик ГРАНДАЗОЛ®. С целью предотвращения рецидива воспаления 30 пациенткам (II группа) вместе с антибиотикотерапией назначался иммунобиотик экобиол. Эффективность терапии оценивали по результатам клинических проявлений через 3, 5, 10 дней, 3 и 6 месяцев после лечения.

В результате ГРАНДАЗОЛ® был высоко активен в отношении всех потенциальных возбудителей воспалительного процесса и обладал высокой комплаентностью. А сочетание антибиотикотерапии с иммунобиотиком экобиол способствовало восстановлению местного и общего иммунитета и обеспечивало санацию резервуаров хронической инфекции в кишечнике, создавая условия для завершения воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** хронические воспалительные заболевания органов малого таза, антибиотикотерапия, иммунобиотик, ГРАНДАЗОЛ®, экобиол.

**CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS – EFFECTIVE TREATMENT AND RECURENCE PREVENTION**

**T.F. Tatarchuk**, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine  
**N.F. Zakharenko**, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine  
**T.I. Yusko**, junior researcher at the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine  
**N.V. Yarotska**, junior researcher at the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

To study the effectiveness of an empirical approach to the choice of antibiotic therapy in combination with immune biotic were examined 60 women with manifest chronic recurrent inflammation of the pelvic organs. Group I included 30 women received antibiotic GRANDAZOL® for 5 days. To prevent the inflammation recurrence 30 patients (group II) with antibiotic therapy administered immune biotic ecobiol. Effectiveness of the treatment was evaluated by clinical manifestations at 3, 5, 10 days, 3 and 6 months after treatment.

As a result GRANDAZOL® was highly active against all potential agents of inflammation and had high compliance. Antibiotic and immune biotic ecobiol combination leads to the restoration of local and general immunity, provided sanitation of chronic infection in the intestine, creating the conditions for completion of the inflammatory process.

**Keywords:** chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, antibiotic therapy, immune biotic, GRANDAZOL®, ecobiol.