

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



скорочувальна активність матки і тільки в одному випадку (14,3%) – дострокове розродження шляхом операції кесарева розтину в зв'язку з хронічним дистресом плода на тлі ПД і ЗРП III ступеню.

Надлишок андрогенів під час вагітності призводить до склеротичних змін і стазу в мікроциркуляторному руслі, підвищенню ламкості судин міометрія і плаценти, що негативно впливає на стан матково - плацентарного кровообігу і призводить до порушення функціонування фетоплацентарної системи, розвитку плацентарної дисфункції і внутрішньоутробному стражданню плода.

Провівши гістохімічне, люмінесцентне та імуногістохімічне дослідження елементів плідного яйця: трофобласту, клітин Гофбауера та ендотелію васкуляризованих хоріальних ворсинок, інвазивного цитотрофобласту та фрагментів децидуальнозміненого ендометрію встановлено, що при гіперандрогенії найбільше вражається трофобласт хоріальних ворсинок плаценти, особливо його білки (як специфічні так і неспецифічні) та поверхня трофобласта – мікрворсинки, а також інвазивний трофобласт і децидуоцити, особливо їх протейни.

Лікування гіперандрогенії призводить до нормалізації середніх показників стану окиснювальної модифікації білків трофобласта хоріальних ворсинок, процесів протсолізу в трофобласті хоріальних ворсинок, інвазивному трофобласті та децидуальних клітинах, концентрації трофобластичного бета-глікопротеїну в трофобласті хоріальних ворсинок, лікування також відновлює мікрворсинки трофобласта.

Водночас, лікування гіперандрогенії хоч дещо покращує, але все ж не нормалізує процеси окиснювальної модифікації білків інвазивного трофобласта та децидуальних клітин фрагментів децидуально зміненого ендометрію, концентрацію хоріонічного гонадотропіну трофобласта хоріальних ворсинок, а щодо концентрації специфічного білка вагітності - трофобластичного бета-глікопротеїну в інвазивному трофобласті хоріальних ворсинок, то лікування її не змінює.

**Гресько М.Д.**

#### **ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ**

*Кафедра акушерства та гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буквинський державний медичний університет»*

В Україні вчені, які займаються проблемою менопаузи, намагаються зруйнувати домінуючу точку зору про невтручання в природний біологічний процес старіння організму і пасивне спостереження за інволютивними процесами. Клініцисти не завжди приділяють належну увагу наслідкам дефіциту естрогенів у віддалений термін постменопаузи, що проявляється розвитком метаболічного синдрому, зростанням серцево-судинних захворювань, остеопорозу. Дотепер не було єдиної думки щодо тактики диференційованого підходу при призначенні ЗГТ з обліком наявних системних порушень у жінок

Особливості клінічного перебігу і системних порушень в перименопаузі у хворих, що в анамнезі страждали на ендокринну безплідність та невиношування вагітності, виявили переважання нейровегетативних розладів (84%), обмінно-трофічних порушень (32%), змін шкіри та її придатків (40,8%), а нестабільність артеріального тиску і серцебиття відзначала кожна третя жінка. Гіпотиреоз виявлено в 27,6% випадків, доброякісну дисплазію молочних залоз в 51%, у кожній п'ятій пацієнтки (21,6%) відмічено зниження мінеральної щільності кісткової тканини, що перевищує середньорічні темпи її втрати. Індивідуалізація ЗГТ у пацієнток з порушеною репродуктивною функцією в анамнезі визначена не тільки клінічною варіантністю КС, але і з урахуванням екстрагенітальної патології, що вимагає впровадження розробленого нами діагностичного алгоритму і стало підставою для такої стратегії ЗГТ: при гіпотиреозі до призначення ЗГТ необхідно провести його медикаментозну корекцію; при патології гепатобіліарної системи застосування гепатопротекторів; у пацієнток з лейоміомою матки після хірургічного втручання і цереброваскулярних розладах застосування бетасерку; при ендометріозі і соматоформних порушеннях транквілізатори, натуропатичні препарати, антидепресанти; для профілактики тромбоемболічних ускладнень у осіб високого ризику трансдермальне призначення 17 $\beta$ -естрадіолу з натуральним прогестероном при інтактній матці; при порушенні біотопу піхви і початкових проявах урогенітальних розладів естроген з місцевою дією промєстрил як монотерапія або в поєднанні із ЗГТ, що підвищувало комплаєнтність ЗГТ.

Проте залишається багато невирішених питань, які потребують подальшого вивчення: насамперед оцінка ступеня користі і ризику при довгостроковій ЗГТ у зв'язку з онкологічною настороженістю лікаря через реакцію гормонозалежних органів-мішеней (ендометрію, молочних залоз) на проведені лікування та інші.

Необхідно впровадити в клінічну практику новий підхід до комплексного обстеження і ведення пацієнток в період менопаузи, а саме менеджмент менопаузи цілісний підхід до підтримки здоров'я і збереження якості життя жінок в клімактерії, який має на увазі здоровий спосіб життя, а також відповідну терапію, яка повинна сприяти поліпшенню якості життя і ефективно усувати менопаузальні симптоми (припливи жару, порушення сну, перепади настрою), надавати протективну дію на кісткову тканину, позитивно впливати на сексуально-функцію і лібідю, знижувати число побічних ефектів за рахунок низьких доз і мати сприятливий серцево-судинний профіль.

Саме зміна стилю життя та замісна гормональна терапія є основними методами попередження гормонозалежних захворювань та підтримки високої якості життя у жінок в клімактерії.



**Дикусаров В.В.**

#### **ПРЕЕКЛАМПСІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буквинський державний медичний університет»*

Найбільш частою патологією в сучасному акушерстві є плацентарна дисфункція, причини якої різноманітні, а наслідки непередбачувані. Групу ризику щодо виникнення плацентарної дисфункції складають жінки, у яких були передчасні пологи в анамнезі, гестози у попередніх вагітностях, більше 3 самовільних викиднів або завмерлих вагітностей, паління та систематичне вживання алкоголю під час вагітності, наявність екстрагенітальної патології, такої як цукровий діабет, геморагічні васкуліти, тромбоцитопатії, хронічні захворювання нирок та печінки, важкі форми анемії, ожиріння III-IV ступеня.

Частота плацентарної дисфункції досить висока і виявляється у 3-4% здорових жінок з необтяженим перебігом вагітності, а за наявності різних патологій – коливається від 24-46%. Майже у кожній другій жінки з преєклампсією розвивається плацентарна дисфункція.

Метою дослідження було оцінка ефективності використання поліферментної суміші «Поліензим-4» в профілактиці та лікуванні плацентарної дисфункції у вагітних з преєклампсією. В основу роботи покладено комплексне обстеження 30 вагітних жінок з преєклампсією, щодо ризику виникнення плацентарної дисфункції.

Основну групу склали 20 вагітних в терміні 22-36 тиж. гестації, яким проводили терапію, запропоновану нами схемою. Контрольну групу склали 12 вагітних в терміні 22-36 тиж. гестації, які не отримували терапії поліферментною сумішшю. Комплексне обстеження включало вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу, загальне клінічно-лабораторне обстеження, визначення особливостей перебігу даної вагітності пологів та післяпологового періоду. Оцінювали основні характеристики гемостазіограми: час рекальцифікації, активованій парціальній тромбластиновий час, активність тромбіну III, індекс спонтанної агрегації тромбоцитів. Діагностика плацентарної дисфункції базувалася на основі клінічного дослідження, даних ультразвукової діагностики, кардіомоніторного спостереження, результатів гістологічного дослідження плацент після народження.

Вік жінок як основної так і контрольної групи був приблизно однаковим і коливався в межах від 20 до 37 років. Середній вік склав в основній групі 26,8 $\pm$ 0,76 років, в контрольній -26,4 $\pm$ 0,80 років. У ході проведення клінічно-статистичного аналізу нам вдалося з'ясувати, що серед жінок досліджуваних груп за соціальним статусом переважно більшість склали службовці – 45%. Під час вивчення репродуктивної функції, встановлено, що обидві групи складались з повторно вагітних. У жінок обох груп в анамнезі були самовільні викидні та штучні переривання вагітності. Вивчаючи супутню екстрагенітальну патологію у жінок обох груп, з приблизно однаковою частотою виявлялись такі захворювання як ожиріння, хронічні захворювання нирок і печінки, артеріальна гіпертензія. Таким чином, досліджувані групи жінок були паритетними за віком, соціальним статусом, акушерсько-гінекологічним анамнезом та супутньою екстрагенітальною патологією.

Лікування плацентарної дисфункції проводилось серед жінок основної групи в терміні 20-36 тиж. гестації. Вагітні отримували ензімофітопрепарат «Поліензим-4», створений на основі лікарських трав півострову Крим та гомогенатів тканин, складовими компонентами якого є: ферменти, цитомедіни, фосфоліпіди, амінокислоти, вітаміни E, C, K, B1, B2, B6, мікроелементи Fe, Ca, Na, K, Mg, Mn, Cu, Zn та інші. Жінки основної групи отримували «Поліензим-4» по 0,5 чайної ложки за 20-30 хвилин до прийому їжі 3 рази на день протягом 3-х тижнів.

Під час проведення дослідження змін первинного коагуляційного гемостазу та фібринолітичної системи нами було встановлено, що у жінок з преєклампсією спостерігалось зниження активного парціального тромбoplastичного часу, що при зниженні активності антитромбіну III на 25,8%, підвищенні в 1,6 рази індексу спонтанної агрегації тромбоцитів, відсотку адгезивних тромбоцитів у 1,2 рази в порівнянні із нормальними показниками, дозволяє оцінити загальний потенціал крові як гіперкоагуляційний з переважною активацією первинного гемостазу.

Таким чином, використання ензімофітотерапії в профілактиці і лікуванні плацентарної дисфункції у жінок з преєклампсією сприяє покращенню показників гемостазу. Застосування запропонованої нами схеми корекції значно зменшує частоту розвитку дисфункції плаценти в пізні терміни вагітності у жінок з преєклампсією, тим самим, сприяє зниженню акушерських та перенатальних ускладнень.

**Каліновська І.В., Кондра Д.О.**

#### **ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ, РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буквинський державний медичний університет»*

Фетоплацентарна недостатність – це симптомкомплекс, який відображає патологічний вплив на плід і новонароджену дитину ушкоджуючих факторів організму матері та оточуючого середовища. Федорова М.В. (1978) вперше поклали в вітчизняній літературі питання про трактування суті даного виду патології з позицій етіології і патогенезу залежно від стану компенсаторно-приспосувальні механізми плаценти молекулярному, клітинному та органному рівнях. Цим авторським колективом розроблена класифікація фетоплацентарної



недостатності по періоду і функціональному принципу, визначені основи клініко-лабораторної діагностики недостатності плаценти, гіпоксичного симптомокомплексу у плода, порушення його росту і розвитку.

В подальшому вчення про функціональну недостатність плаценти, плацентарного ложа і плодкових оболонок розвинув В.Є.Радзінський (1985, 1986, 1999), обґрунтувавши клініко-функціональну класифікацію хронічної фетоплацентарної недостатності (ХФПН) при гестозі, як найбільш важкому екзогенному, етіопатогенетичному факторі розвитку патології позародкових утворень.

Однак перинатальна патологія при ХФПН маніфестує себе не лише переліченими проявами, але й формуванням пошкоджень ЦНС, як найбільш чутливого до гіпоксії органу.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження є обґрунтування клінічної моделі перинатального ураження центральної нервової системи в періоді новонародженості і профілактика інвалідизації в ранньому віці.

Проведений аналіз показав, що найбільш важкі форми перинатальних уражень ЦНС новонародженого, які в подальшому визначають інвалідизуючу патологію з дитячого віку, формуються при суб- і некомпенсованій формі ХФПН. В зв'язку з цим нами проведено дослідження анамнезу, особливостей перебігу вагітності, розвитку плоду в залежності від форми хронічної фетоплацентарної недостатності для формування інформативних ознак групи ризику.

Соматичний анамнез жінок з суб- і декомпенсованими формами ХФПН обтяжений захворюваннями, які традиційно являються фоновими для розвитку гестозу а недостатності фетоплацентарному комплексу. Та перш за все це гіпертонічна хвороба. Гестаційний пієлонефрит при цьому виді патології реєструється в два рази частіше, ніж при компенсованій стадії.

Пацієнтки з важкими формами ХФПН мають в анамнезі захворювання геніталій, які супроводжуються олігоменореєю.

Анамнестичне дослідження репродуктивної функції показало, що для цієї групи хворих характерні репродуктивні втрати, що обумовлені регресуючою вагітністю, звичним невиношуванням, особливо при декомпенсованій формі ХФПН, попередніми медичними абортми. Більше однієї третини пацієнток (36,8+6,84%) при декомпенсації плацентарної недостатності мають в анамнезі при попередніх вагітностях важкі або ускладнені форми гестозу (пре- і еклампсія, завчасне відшарування плаценти, дострокові пологи) ( $p < 0,01$ ). Перинатальні втрати, зумовлені гестозом, спостерігались в 10,5+0,32% пацієнток, що достовірно вище ніж при компенсованій формі ХФПН ( $p < 0,01$ ) таким чином анмнестичне дослідження дозволило виділити групу ризику по розвитку важких форм ХФПН, яку склали пацієнтки з порушенням оваріально- менструального циклу по типу олігоменореї, гіпертонічною хворобою, гестаційним пієлонефритом, з важкими та ускладненими формами гестозу при попередніх вагітностях, з репродуктивними втратами, що обумовлені нерозвиваючоюся вагітністю, звичним невиношуванням, медичними абортми, втратами дітей в перинатальному періоді при вагітності та під час пологів, ускладнених гестозом.

Аналіз клінічної течії вагітності що розвивається показав, що в пацієнток з декомпенсованою формою ХФПН спостерігається патологія розміщення хоріону (передлежання, низьке розміщення) ( $p < 0,01$ ). Це водночас підтверджує теорію недостатності інвазії поза ворсинчастого трофобласта в спіральній маточній артерії. Перманентна загроза переривас, різні види уrogenитальної і внутрішньоутробної інфекції в I та II триместрах вагітності реєструвались з однаковою частотою при всіх стадіях ХФПН.

**Карлійчук Є.С.**

#### **ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ТА КОРЕКЦІЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З ВИКИДНЕМ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ В АНАМНЕЗІ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

В наш час в усьому світі проводяться широкомасштабні дослідження, спрямовані на вивчення причин порушення репродуктивної функції жінки та розробку методів її відновлення. Частота викидня, що не відбувся, серед випадків мимовільних викиднів на ранніх термінах збільшилась з 10-20% до 45-88,6% в останні роки. Після видалення викидня, що не відбувся процес відновлення ендометрія більш тривалий, ніж після артіфіційного аборта, що призводить до повторних відмерлих вагітностей при відсутності реабілітаційних заходів та настанні вагітності раніше, ніж через 6 місяців. На жаль, на даному етапі розвитку репродуктології не вдається зупинити цей «спалах». Тому особливе значення набуває доклінічна діагностика порушень розвитку вагітності, а також прегравідарна підготовка та відновлення репродуктивної функції

Мета – розробити схеми прегравідарної підготовки та ведення вагітних з викиднем, що не відбувся в анамнезі з наступною оцінкою клінічної ефективності розробленої схеми прегравідарної підготовки та ведення вагітних з викиднем, що не відбувся в анамнезі.

Групу пацієнток з викиднем, що не відбувся в післяабортному періоді склали 60 жінок. Всім жінкам в післяабортному періоді проводилась антибіотикотерапія протягом 5-7 днів. Ускладнень у жінок в післяабортному періоді не відмічено. Менструальний цикл у всіх жінок відновлювався протягом I місяця. Після виписки із стаціонару, жінки досліджуваної групи були обстежені на наявність сексуально-трансмісивної інфекції, всім проводилось медико-генетичне консультування, патології не виявлено. З метою нормалізації гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, відновлення гормонорецепції пошкодженого ендометрія



проводилась гормонокоригуюча терапія. (КОКи, які використовуються з першого циклу після переривання вагітності не менше 6 місяців).

У продовж 6 місяців подружня пара застерігалась від настання вагітності. Прегравідарна підготовка проводилась шляхом нормалізації режиму праці та відпочинку; харчування збагачене білком рослинного походження. Всі 60 жінок пройшли гормональне обстеження, яке показало, що у 17 жінок (28,33%) виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ). У 14 жінок (23,33%) виявлена гіперандрогенія. Цим жінкам до прегравідарної підготовки був включений відповідно дуфастон за схемою по 10 мг 2 рази на добу з 16-го по 25-й день менструального циклу та дексаметазон по 0,125-0,5 мг на добу. У 29 жінок (48,34%) патології гормональної системи виявлено не було. У 36 (60%) жінок з 60 після викидня, що не відбувся, вагітність настала через 7-12 місяців. У 24 (40%) пацієнток через 13-16 місяців. Всі жінки групи ризику щодо виникнення викидня, що не відбувся (60 жінок), при настанні наступної вагітності розділені на дві підгрупи: основна група (n=30) та група контролю (n=30). У 30 жінок контрольної групи здійснювалось диспансерне спостереження відповідно до наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 року. Пацієнткам основної групи (n=30) після настання вагітності обов'язково проводилось УЗД з 5-6 тижнів гестації. При верифікації діагнозу вагітності та відсутності анембріонії призначали наступну терапію: Дидрогестерон, хоріонічний гонадотропін для підтримки функції жовтого тіла вводять по 2000 МО через три дні на четвертий день до 11-12 тижнів вагітності. Екстракт гінго білоба (препарат рослинного походження) призначався в капсулах по 40 мг 3 рази на день. МАГНЕ-В6 – по 2 таблетки 3 рази на день. Фолієва кислота – по 1 таблетці 4 рази на день. Токоферолу ацетат (вітамін Е) – по 100 мг (1 капсула) двічі на день.

Зазначену терапію проводили відповідно курсами по 14 днів, курсами (2-3 курси) з 5-6 по 16 тиждень вагітності. Ультразвуковий контроль лікування проводився в скринінгові терміни за умови відсутності клініки загрози викидня. При появі клініки загрози викидня – одразу проводилось УЗД.

При діагностичній відшарування хоріону (3,33%), доза дуфастону збільшувалась до 40 мг/добу і призначали гемостатичну терапію (Транексам по 200-500 мг 2-3 рази на добу; дицинон 2,0 в/м або в таблетках). З метою скорішого розсмоктування та організації гематоми призначали – ензимотерапію: вобензим 3 драже 3 рази на добу 2 тижні та антиагреганти (транексам по 1 таблетці 2-3 рази на день або курантил по 1 таблетці 3 рази на добу під контролем рівня агрегації тромбоцитів) з наступним контролем УЗД.

Результати дослідження показали, що запропонована терапія у жінок групи ризику щодо виникнення викидня, що не відбувся є обґрунтованою та ефективною. У жінок, які отримували запропоновану терапію в I половині вагітності, спостерігалось значно менше ускладнень, зокрема значно рідше (в 6 разів) спостерігався загрозовий аборт з кров'янистими виділеннями. В контрольній групі репродуктивні втрати склали 3 викидні (10%). Всі 100% вагітностей в основній групі збережені. Результати досліджень свідчать, що в основній групі загроза передчасних пологів відмічалася в 2 рази рідше. Значно меншою була і частота помірною багатоводдя (6,66%). В два рази рідше у жінок, що отримували запропоновану терапію була діагностовано дисфункція плаценти (33,3%), майже в 4 рази меншою була і частота дистресу плода під час вагітності (10,0%). У жінок контрольної групи в 16,7% спостерігалась затримка розвитку плода, чого зовсім не було відмічено в основній групі. Майже в два рази рідше зустрічались аномалії пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі та в 3 рази меншим був показник дистресу плода в пологах.

Отже, комплекс запропонованих заходів, спрямований на реабілітацію генеративної функції жінок з викиднем, що не відбувся в анамнезі, на основі прегравідарної підготовки, а також корекції гормональної, антиоксидантної систем та системи гемостазу, дозволив значно зменшити розвиток дисфункції плаценти, дистресу плода та ЗВУРа, а також знизити рівень репродуктивних втрат, ускладнень вагітності та пологів.

**Косілова С.Є.**

#### **САЛЬПІНГООФОРИТИ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра акушерства і гінекології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

По даним більшості досліджень останнього десятиріччя, ХЗЗСО відносяться до змішаних полімікробних інфекцій, збудниками яких є асоціації грампозитивних та грамнегативних аеробних і анаеробних бактерій. Крім того, збільшилась роль Тогch-інфекцій, які вражають епітелій цервікального каналу, ендометрію, маткових труб.

Проблема діагностики, своєчасного та ефективного лікування ХЗЗСО залишається важливою, т.я. приводить до порушення менструальної і репродуктивної функції (непліддя, позаматкова вагітність, невиношування вагітності), впливає на стан плода (розвиток фетоплацентарної недостатності, дистресу плода, його внутрішньоутробного інфікування), працездатність, повсякденне життя.

Метою даного дослідження був аналіз результатів лікування ХЗЗСО різними антибактеріальними препаратами.

Пацієнтки були розділені на 2 групи. За віком, тривалістю захворювання, характером виявлених збудників вони однорідними. Жінки першої групи (32 хворі) в якості протизапальної терапії отримували Заноксин ОД по 800мг 1 раз на добу впродовж 10 днів, враховуючи тривалий хронічний характер захворювання. Жінки другої групи (32 хворі) отримували цефтріоксон і гентаміцин в середньотерапевтичних дозах. З метою впливу на анаеробну мікрофлору призначали тінідазол - по 500 мг 2 рази на добу, 10 днів, інтравагінально -