

УДК 618.11-002.3+618.12-022.3:618.1-089:616-002.153

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-7\(25\)-502-513](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-7(25)-502-513)

Надашкевич Олег Никонович доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, тел.: (097) 009-44-44

Макагонов Ігор Олександрович кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0003-2382-6262>

Вергун Андрій Романович доктор медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0002-7521-3241>,

Кіт Зоряна Михайлівна кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0001-6151-5583>

Вергун Оксана Михайлівна кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії №1, медичної діагностики та гематології і трансфузіології ФПДО, лікар-терапевт вищої категорії, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, <https://orcid.org/0000-0002-0239-5638>

Моцинська Оксана Миколаївна завідувач відділенням паліативної допомоги, Комунальне некомерційне підприємство “Львівське територіальне медичне об’єднання “Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги”, ВП “4-а лікарня”, тел.: (067) 319-05-78

Литвинчук Михайло Михайлович ординатор відділення паліативної допомоги, Комунальне некомерційне підприємство “Львівське територіальне медичне об’єднання “Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги”, ВП “4-а лікарня”, тел.: (063) 683-86-64

Марко Оксана Григорівна ординатор відділення паліативної допомоги, Комунальне некомерційне підприємство “Львівське територіальне медичне об’єднання “Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги”, ВП “4-а лікарня”, тел.: (067) 586-27-45

Сайко Марта Іванівна завідувач Центру терапії, комунальне некомерційне підприємство "1 територіальне медичне об'єднання м.Львова", ВП "Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова"

Семашко Катерина Іванівна ординатор Центру терапії, комунальне некомерційне підприємство "1 територіальне медичне об'єднання м.Львова", ВП "Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова"

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ І КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ В ПАЦІЄНТОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Анотація. Незважаючи на істотні досягнення у вивченні етіології, патогенезу, великий арсенал засобів терапії, згідно із даними сучасної світової медичної літератури, запальні процеси статевих органів займають перше місце у структурі гінекологічної захворюваності (60-65% від усіх гінекологічних хворих). Метою дослідження було оцінити клінічну ефективність, вплив на гормональний профіль пацієнток раннього фертильного віку застосування у складі комплексної терапії неускладнених форм запальних захворювань органів малого тазу комплексу рослинних компонентів (Женсімакс) у порівнянні з традиційною протизапальною терапією на основі аналізу даних літературних джерел та матеріалів власних спостережень. На підставі клінічного, лабораторного та інструментального обстеження і комплексного лікування 154 жінок раннього репродуктивного віку з неускладненими формами запальних захворювань органів малого тазу були стверджені результати вивчення ефективності, переносимості, безпечності застосування у складі комплексного лікування та впливу на ендокринний статус хворих рослинного засобу, який містить активні інгредієнти: кора сараки індійської (*Saraca indica*) – 113 мг; кора симплексу кистевидного (*Symplocos racemosa*) – 113 мг; кора витанії (*Withania somnifera*) – 113 мг; стебло сандалу білого (*Santalum album*) – 113 мг; корінь іпомеї (*Promoea digitata*) – 113 мг; коріння нарду індійського (*Nardostachys jatamansi*) – 113 мг; кореневища куркуми довгої (*Curcuma longa*) – 113 мг; стебла спаржі (*Asparagus racemosus*) – 113 мг; коріння гемідесмусу індійського (*Hemidesmus indicus*) – 113 мг; листя адатоди васики (*Adhatoda vasica*) – 113 мг; корінь солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*) – 113 мг; плоди гарбуза воскоподібного (*Beninca sacerifera*) – 113 мг; квіти Вудфорт (*Woodfordia fruticosa*) – 113 мг у порівнянні з традиційною протизапальною терапією. Основна група пацієнток (78 осіб) отримувала поєднання традиційного протизапального лікування з комплексним рослинним засобом, група порівняння (76 хворих) – лише традиційну протизапальну терапію. Констатовано, що застосування комплексного рослинного засобу (Женсімакс) у складі терапії запальних захворювань органів малого тазу в пацієнток раннього репродуктивного віку підвищує клінічну ефективність (швидше настає клінічний ефект, скорочує тривалість лікування), добре переноситься, не викликає системних реакцій, а також знижує ймовірність рецидивів у порівнянні з традиційним лікуванням. Клініко-

лабораторне дослідження продемонструвало позитивні зміни гормонального профілю, нормалізацію менструального циклу у хворих раннього фертильного віку після застосування фітопрепарату в складі комплексної терапії запальних захворювань органів малого тазу.

Ключові слова: запальні захворювання геніталій, діагностика, комплексне лікування, ендокринний статус.

Nadashkevych Oleh Nykonovych MD, PhD, DSc, professor, head of the family medicine department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, tel.: (097) 009-44-44

Makagonov Ihor Oleksandrovych MD, PhD, associate professor of the family medicine department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0003-2382-6262>

Vergun Andrii Romanovych MD, PhD, DSc, associate professor of the family medicine department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0002-7521-3241>

Kit Zoriana Mykhailivna MD, PhD, Associate Professor of the Family Medicine Department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0001-6151-5583>

Vergun Oksana Mykhailivna MD, PhD, Associate Professor of the Department of Therapy No.1, medical diagnostics, hematology and transfusiology FPGE, highest category therapist, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, <https://orcid.org/0000-0002-0239-5638>

Moschynska Oksana Mykolaivna MD, Head of the Palliative Care Department, Municipal Non-Profit Enterprise "Lviv communal Medical Association "Clinical Hospital for Complex Treatment, Rehabilitation and Palliative Care"

Lytvynchuk Mykhailo Mykhailovych MD, ordinator of the palliative care department, Municipal Non-Profit Enterprise "Lviv communal Medical Association "Clinical Hospital for Complex Treatment, Rehabilitation and Palliative Care"

Marko Oksana Hryhorivna MD, ordinator of the palliative care department, Municipal Non-Profit Enterprise "Lviv communal Medical Association "Clinical Hospital for Complex Treatment, Rehabilitation and Palliative Care "

Saiko Marta Ivanivna MD, Head of the Therapy Center, Municipal Non-Profit Enterprise "Lviv 1 Regional Medical Association", separated department " Lviv Clinical Emergency Hospital"

Semashko Kateryna Ivanivna MD, ordinator of the Therapy Center, municipal non-profit enterprise "Lviv 1 Regional Medical Association", separated department, "Lviv Clinical Emergency Hospital"

EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN PATIENTS OF EARLY REPRODUCTIVE AGE

Abstract. Despite the significant achievements in the study of etiology, pathogenesis, a large arsenal of therapy, according to the data of modern world medical literature, inflammatory processes of the genital organs occupy the first place in the structure of gynecological morbidity (60-65% of all gynecological patients). The purpose of the study was to evaluate the clinical effectiveness, the effect on the hormonal profile of patients of early reproductive age of the use of a complex of plant components (Zhensimax) as part of the complex therapy of uncomplicated forms of inflammatory diseases of the pelvic organs in comparison with traditional anti-inflammatory therapy based on the analysis of data from literary sources and materials of own observations. On the basis of clinical, laboratory and instrumental examination and complex treatment of 154 women of early reproductive age with uncomplicated forms of inflammatory diseases of the pelvic organs, the results of the study of the efficacy, tolerability, safety and effect on the endocrine status of patients of the use of a herbal remedy containing active ingredients as part of complex treatment are presented: Indian Saraka bark (*Saraca indica*) – 113 mg; bark of the simplex racemose (*Symplocos racemosa*) – 113 mg; vyteniya bark (*Withania somnifera*) – 113 mg; white sandalwood stem (*Santalum album*) – 113 mg; morning glory root (*Ipomoea digitata*) – 113 mg; roots of Indian nard (*Nardostachys jatamansi*) – 113 mg; rhizomes of turmeric long (*Curcuma longa*) – 113 mg; asparagus stalks (*Asparagus racemosus*) – 113 mg; 113 mg; leaves of *Adhatoda vasica* (*Adhatoda vasica*) – 113 mg; licorice root (*Glycyrrhiza glabra*) – 113 mg; waxy pumpkin fruits (*Beninca sacerifera*) – 113 mg; Woodforth flowers (*Woodfordia fruticosa*) – 113 mg vs traditional (conventional) anti-inflammatory therapy. The main group (78 patients) received a combination of standart anti-inflammatory treatment with a complex herbal remedy, the comparison group (76 patients) received only traditional anti-inflammatory therapy. It was stated that the use of the complex phytopreparation (Zhensimaks) as part of the treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs in patients of early reproductive age somewhat increases the clinical efficacy (the clinical effect came faster, the duration of treatment was reduced), is well tolerated, does not cause systemic reactions, and also reduces the likelihood of relapse compared to with traditional treatment. A clinical and laboratory study demonstrated positive changes in the hormonal profile, normalization of the menstrual cycle in patients of early fertile age after the use of a herbal therapy of the complex treatment of some pelvic inflammatory diseases.

Keywords: inflammatory genitals diseases, diagnosis, complex treatment, endocrine status.

Постановка проблеми. Репродуктивне здоров'я жінок, від стану якого безпосередньо залежить життєздатності та якість життя майбутніх поколінь, є індикатором оцінки соціальних та економічних проблем, об'єктивним показником рівня здоров'я населення країни [3, 12]. Під терміном «запальні захворювання органів малого тазу» розуміють клінічні синдроми, що розвиваються при висхідному інфікуванні ендометрію, маткових труб і / або навколишніх тканин [6, 8]. Незважаючи на істотні досягнення у вивченні етіології та патогенезу, великий арсенал засобів терапії, згідно із даними сучасної світової медичної літератури, запальні процеси статевих органів займають перше місце у структурі гінекологічної захворюваності (60-65% від усіх гінекологічних хворих) [8, 10]. Високий рівень даної патології обумовлений, за думкою більшості дослідників, переважанням в етіології хвороби умовно-патогенної флори, мікробних асоціацій, антропозоонозів, ураженням статевих органів інфекційними збудниками, переважно із внутрішньоклітинним типом персистенції. Збудники генітальної інфекції можуть депонуватися в регіонарних лімфатичних вузлах, що зумовлює резистентність до терапії, несприятливим впливом екологічної ситуації та низкою інших факторів [11, 12]. Соціальне значення проблеми обумовлено розвитком ускладнень, які несприятливо впливають на менструальну, статеву та репродуктивну функції жінки, знижують якість життя [3, 7].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед жінок раннього репродуктивного віку за останні роки відзначається зростання запальних захворювань органів малого тазу на 13- 25%, більшість з яких мають підгострий перебіг з частими рецидивами і нерідко переходять у хронічну стадію на фоні зміненої імунологічної реактивності [9, 12]. Запальні захворювання органів малого тазу у жінок репродуктивного віку небезпечні не тільки можливими гнійними ускладненнями, але й трубним безпліддям (при функціональному і органічному ураженні маткових труб), ендокринним безпліддям (при ураженні фолікулярного апарату яєчників і функціональних розладах регуляції дозрівання фолікулів), невиношуванням вагітності, високим ризиком виникненням ектопічної вагітності та формуванням синдрому хронічного тазового болю [1-3, 7, 12]. Гострий і хронічний сальпінгофорит належать до запальних захворювань органів малого тазу найчастішої локалізації і супроводжуються порушенням менструального циклу, ановуляцією, є пусковим фактором розвитку передменструального синдрому [1, 5-8]. На сьогодні немає єдиної думки щодо ведення пацієнток із запальними захворюваннями органів малого тазу [6, 13]. Деякі автори вважають доцільним включення до лікування захворювання рослинних екстрактів, фітотерапевтичних комплексів, які багатогранно впливають на патогенез запальних захворювань жіночої репродуктивної сфери [1-3, 5].

Мета статті. Оцінити клінічну ефективність, вплив на гормональний профіль пацієнок раннього фертильного віку комплексу рослинних компонентів (Женсімакс) при його застосуванні у складі комплексної терапії неускладнених форм запальних захворювань органів малого тазу у порівнянні з традиційною протизапальною терапією на основі аналізу даних літературних джерел та матеріалів власних спостережень.

Виклад основного матеріалу. Проведено комплексне обстеження і лікування (згідно з протоколами) 154 пацієнок у віці від 19 до 25 років (середній вік $21 \pm 1,2$ роки) з клінічно та лабораторно верифікованим діагнозом підгострого сальпінгоофориту або загострення хронічного сальпінгоофориту, які звернулися протягом 2018-2022 рр у лікувальні заклади міста Львова, що є клінічними базами Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Критеріями виключення стали: вагітність, лактація, виявлення специфічних збудників гонореї та сифілісу, супутня патологія, яка вимагала оперативного втручання, підвищена чутливість в анамнезі до компонентів препарату (який досліджується) або протипоказання до їхнього використання [1, 2, 5]. Діагностичний алгоритм включав вивчення скарг, анамнезу хвороби, збір репродуктивного анамнезу: вік менархе, характер становлення репродуктивної функції; стан генеративної функції за кількістю, перебігом та результатом вагітностей (аборти, пологи), наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань; бімануальне обстеження; загальний аналіз крові і сечі, мікробіологічні аналізи піхвового вмісту та цервікального слизу (бактеріоскопія, бактеріологія, ДНК-ПЛР); переносимість та безпечність компонентів комплексного лікування. Для оцінки біоценозу піхви використовували селективні диференційно-діагностичні поживні середовища за загальноприйнятими методиками. Матеріал для цитологічного дослідження брали з поверхні шийки матки, зони трансформації та каналу шийки матки і вивчали методом рідинної цитології (Liquid Based Cytology). Цитологічні зміни характеризували за термінологічною класифікацією Бетесда (The Bethesda system – TBS, 1988 р., США), модифікованою та доповненою у 2001, 2006, 2014 роках. Кольпоскопію здійснювали за допомогою апарату "SCANERMK-200" (Україна), – просту: визначали характер виділень, потім – розширену: з 5% розчином оцтової кислоти (Acetic Acid Test) та розчином Люголя (проба Шиллера). Ендокринологічний статус оцінювали визначенням вмісту фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, пролактину, естріолу, прогестерону, тестостерону у сироватці крові, що проводили імуноферментним методом з використанням тест-систем фірми "Eupira" (Італія) до початку терапії, через 2 і 4 тижні. Усім пацієнткам застосована комплексна трансабдомінальна і трансвагінальна ультрасонографія на апараті з технологією 3D/4D, яка включала кольорове доплерівське картування та імпульсно-хвильову доплерометрію. Залежно від схеми лікування, хворі на основі методу випадкової вибірки були рандомізовані на

дві рівноцінні клінічні групи. Основна група (78 пацієнток) отримувала поєднання традиційного протизапального лікування з фітокомплексом, який містить активні інгредієнти: кора сараки індійської (*Saraca indica*) – 113 мг; кора симплеку кистевидного (*Symplocos racemosa*) – 113 мг; кора витанії (*Withania somnifera*) – 113 мг; стебло сандалу білого (*Santalum album*) – 113 мг; корінь іпомеї (*Ipomoea digitata*) – 113 мг; коріння нарду індійського (*Nardostachys jatamansi*) – 113 мг; кореневища куркуми довгої (*Curcuma longa*) – 113 мг; стебла спаржі (*Asparagus racemosus*) – 113 мг; коріння гемідесмусу індійського (*Hemidesmus indicus*) – 113 мг; листя адатоди васики (*Adhatoda vasica*) – 113 мг; корінь солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*) – 113 мг; плоди гарбуза воскоподібного (*Beninca sacerifera*) – 113 мг; квіти Вудфорт (*Woodfordia fruticosa*) – 113 мг, – по 2 чайних ложки 2 рази на день. Групі порівняння (76 хворих) призначали традиційну протизапальну терапію [1, 13]. Ефективність лікування оцінювали за наступними критеріями: зміни больового синдрому за шкалою ВАШ (візуально-аналогова шкала з суб'єктивною оцінкою болю від 0 до 10 балів), гінекологічного статусу, динаміки бактеріоскопічних досліджень піхвових виділень, даних ультрасонографії, динаміки гіпертермії, частоти рецидивів. Оцінка ефективності проводилась через 2 тижні та 1 місяць після проведеного лікування. Спостереження за рецидивами відбувалося протягом року. Переносимість препаратів оцінювалася з використанням шкали побічних симптомів, яка фіксувала дату та опис небажаного явища, тривалість, зв'язок з застосуванням досліджуваного препарату, ступінь виразності (легкий, середній, тяжкий). Комісією з питань біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького не виявлено порушень морально-етичних норм. Статистичне оброблення результатів досліджень проводилось за допомогою параметричних критеріїв Стьюдента. При визначенні ступеня ймовірності припускалась точність 95%. Порівняння кількісних результатів у вибірках проводилося за допомогою двовибіркового t-тесту Стьюдента, визначали M – середнє арифметичне; m – стандартну похибку середнього арифметичного; p – показник достовірності різниці між середніми величинами (відмінність між величинами вважали достовірною при значенні $p \leq 0,05$). Для вивчення ефективності кожної методики комплексного лікування використано ліцензійне програмне забезпечення із застосуванням ресурсів «Libre Office», програми «LibreOffice Calc» та пакетів математичної обробки «Derive» та «Statistica».

Середній вік початку менархе у жінок основної групи спостереження був $14,0 \pm 0,4$ років; у хворих групи порівняння – $13,0 \pm 0,6$ років. 149 (96,7%) хворих вказували в анамнезі на перенесений вагініт. Усі жінки вели регулярне статеве життя, з них 22 (14,32%) мали двох або більше статевих партнерів. Аналіз дітородної функції показав, що у 97 (62,9%) жінок мали місце вагітності, 29 (18,8%) пацієнтки вказували в анамнезі на мимовільні викидні, 48 (31,1%) артифіційні аборти. Ектопічна вагітність мала місце у 2 (1,3%) випадках.

Жодного разу не вагітніли 57 (37%) жінок. При оцінюванні репродуктивного анамнезу клінічні групи були паритетними. Основні скарги у всіх вибірках мали подібний характер, а саме – у 99 (64,2%) обстежених – на рясні виділення із статевих шляхів білого чи сірого кольору; підвищення температури тіла до субфебрильної спостерігалось у 27 (17,5%) жінок; больовий синдром (оцінювався за шкалою ВАШ від 1 до 7 балів) констатований у 127 (82,5%) хворих; порушення менструальної функції у вигляді міжменструальних кров'яних виділень зафіксовано у 74 (48%) пацієнток, болючі менструації відмічали 147 (95,4%), а диспареунії у 33 (21,4%) хворих. При цьому 91 (59%) жінок висловлювали комбіновані скарги. Основні клінічні прояви до початку лікування вірогідно не відрізнялися між сформованими групами. Під час проведення первинного огляду в дзеркалах у всіх обстежених відзначали набряк та гіперемію слизової оболонки піхви. На початку лікування в результаті ультрасонографічного дослідження виявлено асиметричне розширення маткових труб у 79 (51,3%) обстежених, невідповідність ендометрію фазам менструального циклу встановлена у 93 (60,3%) хворих. Маткові та яєчникові артерії були візуалізовані у всіх пацієнток. За даними доплерометрії виявлено підвищення індексу судинного опору (індексу резистентності) в яєникових артеріях, зниження систоло-діастолічного показника за Медведєвим (норма $2,95 \pm 0,31$), підвищення діаметру маткової вени, що свідчило про виражений венозний засій у малому тазу. Результати клінічного аналізу крові в обох сформованих групах до початку терапії характеризувалися лейкоцитозом до $15 \times 10^9/\text{л}$ з помірним зсувом лейкоцитарної формули вліво та підвищенням ШОЕ. Видовий склад мікроорганізмів був подібним у пацієнток обох сформованих груп. При лабораторному дослідженні виділень із піхви виявлена наступна мікрофлора: кокова та змішана мікрофлора – у 51 (33,1%) хворих [2]. Специфічна патогенна мікрофлора була представлена трихомонадами – у 24 (15,6%), гарднерелами – відповідно у 69 (44,8%) та 61 (39,6%) (з типовою цитологічною «картиною»), мікотичним ураженням (визначались гіфи псевдоміцелію та спори грибів *Candida*) у 52 (33,8%) жінок. Хламідійна інфекція підтверджена методом ПЛР у 49 (31,8%), а мікст-інфекція констатована у 99 (64,3%) пацієнток [2, 5]. Лейкоцитоз зафіксований у 147 (95,5%) випадків. Під впливом лікування спостерігалась позитивна динаміка основних скарг та клінічних проявів в обох клінічних групах. Бімануальне дослідження органів малого тазу у жінок основної групи ствердило зниження проявів больового синдрому на 4-5 добу (у середньому 2 бали за шкалою ВАШ), а серед хворих групи порівняння – на 8-9 добу (у середньому 5 балів за шкалою ВАШ) терапії. Динаміка гормонального фону пацієнток основної групи і групи порівняння до- та через 30 днів після лікування наведена у таблиці 1.

Таблиця 1.

Динаміка гормонального профілю пацієнток із запальними захворюваннями органів малого тазу до- та через 30 днів після лікування

Фази менструального циклу	Гормони	Основна група спостереження		Група порівняння	
		До початку лікування	Через 30 днів лікування	До початку лікування	Через 30 днів лікування
Фолікулінова фаза менструального циклу	Лютеїнізуючий гормон, МО/л	4,5±1,4	5,6±1,5	4,4±2,5	4,6±1,5
	Фолікулостимулюючий гормон, МО/л	3,4±1,5	3,0±1,6	3,3±1,5	4,9±0,7
	Пролактин МО/л	319±10,3	223,0±11,4	322±10,7	235±12,5
	Естріол, пмоль/л	301,1±10,4	220,0±21,2	302,1±11,5	230,1±22,6
	Прогестерон, нмоль/л	1,5±0,4	1,0±0,5	1,5±0,1	1,1±0,5
	Тестостерон, нмоль/л	1,6±0,7	1,0±0,4	1,7±1,1	1,3±0,8
Лютеїнова фаза менструального циклу	Лютеїнізуючий гормон, МО/л	6,0±1,2	7,7±2,4	5,8±2,4	5,7±2,5
	Фолікулостимулюючий гормон, МО/л	2,7±1,4	2,2±0,7	2,7±1,5	4,1±0,5
	Пролактин, МО/л	294±15,3	231±21	292±15,5	238±22
	Естріол, пмоль/л	615±12,4	456±21,4	614±10,5	459±31,5
	Прогестерон, нмоль/л	20,0±1,2	22,2±5,3	20,0±1,2	17,5±5,2
	Тестостерон, нмоль/л	1,7±0,1	1,1±0,4	1,5±0,7	1,1±1,2

Ультразвукове сканування підтвердило клінічні дані. Індекс резистентності знизився у хворих обох клінічних груп. Під впливом застосування фітокомплексу нормалізувався менструальний цикл. У хворих основної групи зникли ациклічні кров'янисті виділення; значно зменшився (практично відсутній) біль під час менструацій. Через місяць від початку

лікування рівень гормонів відповідав показникам норми відповідно до фази менструального циклу, тоді як у групі порівняння порушення менструального циклу залишилися і спостерігалось зменшення рівня ЛГ та прогестерону через 4 тижні від початку терапії.

Моніторинг динаміки стану мікробіоценозу піхви пролікованих жінок засвідчив ефективну деконтамінацію слизових оболонок статевих органів ($P < 0,05$). Встановлено статистично достовірне підвищення концентрації лактобактерій у мазках зі статевих органів ($P < 0,05$).

При контрольній розширеній кольпоскопії у динаміці в усіх обстежених зменшилися або зникли ознаки запального процесу. В основній групі внаслідок швидкого зворотного розвитку симптомів тривалість антибіотикотерапії була скорочена на $2 \pm 0,5$ доби. Переносимість застосування фітокомплексу оцінена як відмінна у 125 (81,2%), добра – 29 (18,8%) пацієнток. Жодна з пацієнток не припинила лікування препаратом рослинного походження, відмічаючи практичну відсутність побічних ефектів. Віддалені результати лікування (1 рік) свідчать про відсутність рецидивів в основній групі, проте у 3 випадках стверджено рецидиви захворювання серед хворих групи порівняння.

Висновки. Застосування комплексного рослинного засобу Женсімакс у складі терапії запальних захворювань органів малого тазу в пацієнток раннього репродуктивного віку підвищує клінічну ефективність (швидше настав клінічний ефект, скоротилась тривалість) лікування, добре переноситься, не викликає системних реакцій, а також знижує ймовірність рецидивів у порівнянні з традиційними схемами. Клініко-лабораторне дослідження продемонструвало позитивні зміни гормонального профілю, нормалізацію менструального циклу у хворих раннього фертильного віку після застосування фітопрепарату в складі комплексної терапії запальних захворювань органів малого тазу. Вважаємо, що ультрасонографія органів малого тазу із використанням кольорового доплерівського картування і доплерометрії має обов'язково включатися в алгоритм обстеження пацієнток із запальними захворюваннями органів малого тазу. Вибір препаратів для лікування запальних захворювань органів малого тазу повинен передбачати комплексність підходів, враховувати тяжкість і тривалість хвороби, наявність супутньої патології.

Література:

1. Boothby M. A comparison of treatment outcomes for moxifloxacin versus ofloxacin/metronidazole for first-line treatment of uncomplicated non-gonococcal pelvic inflammatory disease. / M. Boothby, J. Page, R. Pryor [et al.] // Int J STD AIDS. – 2010. – N1. – P.195-197. <https://doi.org/10.1258/ijsa.2009.009374>; Pmid:20215625.
2. Burnett A.M. Laboratory-confirmed gonorrhea and/or chlamydia rates in clinically diagnosed pelvic inflammatory disease and cervicitis. // A.M. Burnett, C.P. Anderson, M.D. Zwank // Am J Emerg Med. – 2012. – N30. – P.1114-1117. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.07.014>; PMid:22030186.

3. Jares E.J. Multinational experience with hypersensitivity drug reactions in Latin America. / E.J. Jares, M. Sanchez-Borges, R. Cardona-Villa [et al.] // *Ann Allergy Asthma Immunol.* – 2014. – N.113. – P. 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2014.06.019>; PMID:25065979.
4. Judlin P. Efficacy and safety of moxifloxacin in uncomplicated pelvic inflammatory disease: the MONALISA study. / P. Judlin, Q. Liao, Z. Liu [et al.] // *Br J Obstet Gynaecol.* – 2010. – N117. – P.1475-1484. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02687.x>; PMID:20716255
5. Eastman A.J. Impact of the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System on the Progression of Chlamydia trachomatis Infection to Pelvic Inflammatory Disease in a Baboon Model. / A.J. Eastman, I.L. Bergin, D.Chai [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2018. – V.217, N4. – P.656-666. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix545>.
6. Brunham R.C. Pelvic inflammatory disease. / R.C. Brunham, S.L. Gottlieb, J. Paavonen // *N. Engl. J. Med.* – 2015. – V.372, N21. – P.2039-2048. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1411426>.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2015. URL.<https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>.
8. Di Tucci Ch. Pelvic inflammatory disease: possible catches and correct management in young women. / Ch.Di Tucci, D.Di Mascio, M.C. Schiavi [et al.] // *Case Reports in Obstetrics and Gynecology.* – 2018. – Article ID 5831029. – P.1-4. <https://doi.org/10.1155/2018/5831029>.
9. Czeyda-Pommersheim F. MRI in pelvic inflammatory disease: a pictorial review./ F.Czeyda-Pommersheim, B. Kalb, J. Costello [et al.] // *Abdom. Radiol.* – 2017. – N42. – P.935-950. DOI: doi.org/10.1007/s00261-016-1004-4.
10. Fortner R.T. Sexually transmitted infections and risk of epithelial ovarian cancer: results from the Nurses' Health Studies. / R.T.Fortner, K.L.Terry, N. Bender [et al.] // *Br.J.Cancer.* – 2019. – N120. – P.855-860. <https://doi.org/10.1038/s41416-019-0422-9>.
11. Haggerty C.L. Identification of novel microbes associated with pelvic inflammatory disease and infertility. / C.L.Haggerty, P.A.Totten, G.Tang [et al.] // *Sex. Transmit. Infect.* – 2016. – 92. – P.441-446. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052285>.
12. Matorras R. Risk of pelvic inflammatory disease after intrauterine insemination: a systematic review. / R.Matorras, K.Rubio, M.Iglesias [et al.] // *Reproduct. Biomed.* – 2018. – N36. – P.164-171. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.11.002>.
13. Savaris R.F. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. / R.F.Savaris, D.G.Fuhrich, R.V. Duarte [et al.] *Cochrane Database of Syst. Rev.* 2017. N4: CD010285. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010285.pub2>.

References:

1. Boothby, M. et al. (2010). A comparison of treatment outcomes for moxifloxacin versus ofloxacin/metronidazole for first-line treatment of uncomplicated non-gonococcal pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*, 21, 195-197.
2. Burnett, AM. et al. (2012). Laboratory-confirmed gonorrhea and/or chlamydia rates in clinically diagnosed pelvic inflammatory disease and cervicitis. *Am J Emerg Med*, 30, 1114-1117.
3. Jares, EJ. et al. (2014). Multinational experience with hypersensitivity drug reactions in Latin America. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 113, 282-289.
4. Judlin, P. et al. (2010). Efficacy and safety of moxifloxacin in uncomplicated pelvic inflammatory disease: the MONALISA study. *Br J Obstet Gynaecol*, 117, 1475-1184.
5. Eastman, AJ. et al. (2018). Impact of the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System on the Progression of Chlamydia trachomatis Infection to Pelvic Inflammatory Disease in a Baboon Model. *J. Infect. Dis*, 217 (4): 656–666.
6. Brunham, RC. et al. (2015). Pelvic inflammatory disease. *N. Engl. J. Med*, 372 (21), 2039-2048.

7. Centers for Disease Control and Prevention. (2015) Pelvic Inflammatory Disease (PID), URL: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>.
8. Di Tucci, Ch. et al. (2018). Pelvic inflammatory disease: possible catches and correct management in young women. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, Article ID 5831029, 1-4.
9. Czeyda-Pommersheim, F. et al. (2017). MRI in pelvic inflammatory disease: a pictorial review. *Abdom. Radio*, 42, 935-950.
10. Fortner, RT. et al. (2019). Sexually transmitted infections and risk of epithelial ovarian cancer: results from the Nurses' Health Studies. *Br. J. Cancer*, 120, 855-860.
11. Haggerty, CL. et al. (2016). Identification of novel microbes associated with pelvic inflammatory disease and infertility. *Sex. Transmit. Infect*, 92, 441-446.
12. Matorras, R. et al. (2018). Risk of pelvic inflammatory disease after intrauterine insemination: a systematic review. *Reproduct. Biomed*, 36, 164-171.
13. Savaris, RF. et al. (2017). Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database of Syst. Rev*, 4, CD010285.