

вання ПВР у післяопераційному періоді та розвиток рецидиву захворювання.

Наші дослідження виявили, що у розвитку епіретинальної тканини після операцій у хворих з відшаруванням сітківки провідну роль також відіграє доопераційний увеальний синдром.

Можливо, запальна реакція судинного тракту, яка супроводжує відшарування сітківки, сприяє інтенсивному розвитку проліферативного процесу у вітреальній порожнині, що потребує ретельного її лікування як до операції, так і після неї.

Таким чином, проведені дослідження показали, що частота розвитку ЕММ у термін (2,2±0,8) міс становить 13,9 %, суттєво не змінюється протягом (6,1±1,7) міс і становить 13,3 %. Розвиток епіретинальної тканини у макулярній ділянці вірогідно знижує гостроту зору. Визначено 5 клінічних факторів, що вірогідно впливають на розвиток ЕММ, найбільш значущим з яких є доопераційний увеальний синдром.

ЛІТЕРАТУРА

1. Назаренко Н. И., Родин С. С., Путиенко А. А. Частота, причины и лечение рецидивов отслойки сетча-

той оболочки после склеропластических вмешательств // Офтальмол. журнал. — 1995. — № 4. — С. 227-231.

2. How to predict proliferative vitreoretinopathy. A prospective study / R. H. Y. Asaria, C. H. Kon, C. Bunce et al. // Ophthalmology. — 2001. — N 108. — P. 1184-1186.

3. Campochiaro P. A. Pathogenic mechanisms in proliferative vitreoretinopathy // Arch. Ophthalmol. — 1997. — Vol. 115. — P. 237-241.

4. Macular pucker after successful surgery for proliferative vitreoretinopathy. Silicone Study Report 8 / M. S. Cox, S. P. Azen, C. C. Barr et al. // Ophthalmology. — 1995. — N 102. — P. 1884-1891.

5. Rahman N., Harris G. H. Choroidal detachment associated with retinal detachment as a presenting finding // Can. J. Ophthalmol. — 1992. — Vol. 27. — P. 245-248.

УДК 618.15-002

В. Ф. Струк

МОНОТЕРАПІЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ ПРЕПАРАТОМ «ТРИХОМОНАДЕН-ФЛЮОР-ІН'ЄЛЬ»

Івано-Франківська державна медична академія

Вступ

Інфекційні захворювання нижніх відділів жіночих статевих органів продовжують залишатися однією з найпоширеніших патологій жіночих геніталій. Серед них виділяють три основні нозологічні форми — бактеріальний вагіноз, генітальний кандидоз і трихомоноз. Бактеріальний вагіноз у середньому, за даними різних авторів, становить 40–60 % всіх вагінальних інфекцій [2–4]. Бактеріальний вагіноз — це окрема нозологічна форма, яка характеризується наявністю рясних гомогенних з неприємним запахом піхвових виділень при відсутності в них специфічних збудників (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*) та ознак запалення слизової оболонки піхви. Хоча бактеріальний вагіноз не є захворюванням, що загрожує життю пацієнтки, але він негативно впливає, перш за все, на репродуктивну функцію

жіночого організму та здоров'я новонароджених [3; 5; 6]. Незважаючи на велику кількість методик лікування бактеріального вагінозу, дана проблема далека від вирішення [2; 3; 5]. Таким чином, ми вважаємо за доцільне продовжувати розробку ефективних методів лікування бактеріального вагінозу.

Мета нашого дослідження — оцінити ефективність лікування бактеріального вагінозу в жінок репродуктивного віку препаратом «Трихомонаден-флюор-ін'єль». Дослідження було відкритим, проспективним, рандомізованим.

Матеріали та методи дослідження

Ми вирішили використати антигомотоксичний препарат «Трихомонаден-флюор-ін'єль» відомої німецької фармацевтичної фірми «Біологіше Хайльміттель Хеель Гмбх», яка випускає біологічні лікарські засоби. В основу їх виробництва покладено принципи гомеопатії. Їхня дія

базується на активації захисних сил організму і нормалізації його функцій згідно з вченням доктора Рекевега про гомотоксини.

Препарат «Трихомонаден-флюор-ін'єль» з групи гомеопатичних препаратів, реєстраційне посвідчення № Р. 02. 03/05825, діючими речовинами якого є *Trichomonaden-Fluor-Nosod D 10 0,367* мл, *Trichomonaden-Fluor-Nosod D 30 0,367* мл, *Trichomonaden-Fluor-Nosod D 200 0,367* мл. Випускається препарат у вигляді стерильного розчину для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі № 5. Даний препарат привернув нашу увагу тому, що він може використовуватися у методиці гомеосиніатрії і рекомендований для лікування інфекційних захворювань геніталій неспецифічної етіології.

Курс лікування містив 5 ін'єкцій у біологічно активні точки і субепітеліально у передню губу шийки матки 1 раз на тиждень по 1,1 мл (1 ампула). Для



гомеосиніатрії були використані такі біологічно активні точки: VC 2 (цюй-гу), VC 3 (чжун-цзі), VC 4 (гуань-юань), V 31 справа (шан-ляо), V 31 зліва (шан-ляо).

За вищенаведеною методикою було проліковано 46 жінок репродуктивного віку з бактеріальним вагінозом. Пацієнткам детально пояснили мету дослідження, і вони дали згоду на його проведення. За ступенем тяжкості бактеріального вагінозу, відповідно до результатів наших попередніх досліджень [1], пацієнтки були розділені на дві групи: 1-ша група — із частково збереженою індигенною лактофлорою — 22 жінки і 2-га група — із практично відсутньою індигенною лактофлорою — 24 жінки. Об'єктивним критерієм розподілу по групах була відсутність або наявність лактобактерій при оцінці мікробіоценозу піхви шляхом мікроскопії вагінальних мазків, забарвлених за Грамом.

Критерії включення в дослідження: діагноз — бактеріальний вагіноз, репродуктивний вік пацієнтки.

Критерії виключення з дослідження: системне або місцеве використання антибактеріальних препаратів протягом останніх двох тижнів, вагінальний кандидоз, трихомоноз, хламідіоз, наявність активної цитомегаловірусної і герпесвірусної інфекції, результати мікроскопії вагінальних мазків, забарвлених за Грамом, що не відповідають діагнозу бактеріального вагінозу. Наявність хламідіозу, активної цитомегаловірусної і герпесвірусної інфекції виключали за допомогою детекції антигенів даних збудників шляхом проведення реакції прямої і непрямой імунофлюоресценції з моноклональними сироватками.

Критеріями діагнозу бактеріального вагінозу і включення в групу дослідження були: наявність «ключових клітин» у вагінальних мазках не менше 20 % у препараті, а також не

менше двох із таких трьох ознак: 1) рН вагінального вмісту більше 4,5 або позитивний гематоксиліновий тест; 2) підвищена кількість гомогенних адгезованих до стінок піхви виділень з неприємним запахом; 3) позитивний амініотест.

Обстеження пацієнток проводили перед початком лікування, через 7–10 днів і через 1 міс після закінчення курсу лікування. Під час кожного обстеження збирали анамнез, оцінювали візуально стан слизової оболонки піхви і характер виділень, визначали рН піхвового вмісту або проводили гематоксиліновий тест, а також оцінювали амініотест. Ефективність лікування за запропонованою методикою оцінювали на основі результатів клініко-лабораторних досліджень до і після лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізовано результати спостереження. Серед 46 обстежених 20 (43,48 %) жінок не народжували, 26 (56,52 %) жінок в анамнезі мали пологи. Серед них в анамнезі одні пологи були у 19 (73,08 %) жінок, двоє пологів — у 4 (15,38 %) жінок і у 3 (11,54 %) — більше двох пологів. У більшості жінок в анамнезі відмічалися спонтанні викидні та передчасні пологи. Середній вік обстежених жінок дорівнював (24,2±3,5) року. Пацієнтки у групах за даними віку і репродуктивного анамнезу були репрезентативними.

Основною скаргою в обстежених жінок до лікування була скарга на рясні, інколи з неприємним запахом, піхвові виділення — у 41 (89,13 %) жінки. Динаміка скарг до лікування та після його закінчення наведена у табл. 1.

Через 7–10 днів після закінчення лікування скарги, характерні для бактеріального вагінозу, спостерігалися тільки у 17 (36,96 %) обстежених жінок, а через 1 міс після закінчення

лікування — у 23 (50 %) жінок. Хоча у 1-й групі частота скарг вірогідно ($P<0,01$) менша після лікування, ніж у 2-й групі.

Під час першого обстеження (до лікування бактеріального вагінозу) у 100 % обстежених жінок у вагінальних мазках виявлено «ключові клітини», рН піхвового вмісту у середньому становив $5,7\pm 0,24$, амініотест був у 41 (89,13 %) жінки позитивним. Динаміка «ключових клітин», рН піхвового вмісту і амініотесту наведені у табл. 2–4.

Через 7–10 днів після закінчення лікування «ключові клітини» спостерігалися тільки у 15 (32,61 %) обстежених жінок, а через 1 міс після закінчення лікування — у 23 (50 %) жінок. Хоча у 1-й групі частота виявлення «ключових клітин» вірогідно ($P<0,01$) менша після лікування, ніж у 2-й групі.

Через 7–10 днів після закінчення лікування рН піхвового вмісту у середньому становив $5,20\pm 0,23$, а через 1 міс після закінчення лікування — $5,40\pm 0,26$.

Через 7–10 днів після закінчення лікування амініотест був позитивним тільки у 15 (32,61 %) обстежених жінок, а через 1 міс після закінчення лікування — у 23 (50 %) жінок. Хоча у 1-й групі частота виявлення позитивного амініотесту вірогідно ($P<0,01$) менша після лікування, ніж у 2-й групі.

При застосуванні даної методики лікування не було відмічено жодного випадку алергічних реакцій чи інших побічних ефектів.

Таким чином, ефективність лікування бактеріального вагінозу в усій групі обстежених жінок через 7–10 днів після закінчення лікування дорівнювала 67,39 %, а через 1 міс — 50 %, що свідчить про невисоку ефективність даної методики лікування бактеріального вагінозу в усій групі обстежених жінок. Але у 1-й групі (з частково збереженою лактофлорою) показники ефективності терапії



Таблиця 1

Скарги пацієнок до і після лікування бактеріального вагінозу, абс. кількість/%

Скарги	До лікування		Через 7–10 днів після закінчення лікування		Через 1 міс після закінчення лікування	
	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24
Характерні для бактеріального вагінозу	19 (86,36 %)	22 (91,67 %)	4 (18,18 %)*	13 (54,17 %)**	8 (36,36 %)*	15 (62,50 %)**
Не характерні для бактеріального вагінозу	3 (13,64 %)	2 (8,33 %)	18* (81,82 %)	11* (45,83 %)	14* (63,64 %)	9* (37,50 %)

Примітка. У табл. 1–4: * — P<0,01 порівняно з показниками до лікування; ** — P<0,05 порівняно з показниками до лікування.

Таблиця 2

Динаміка «ключових клітин» у пацієнок до і після лікування бактеріального вагінозу, абс. кількість/%

«Ключові клітини»	До лікування		Через 7–10 днів після закінчення лікування		Через 1 міс після закінчення лікування	
	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24
Наявні	22 (100 %)	24 (100 %)	2 (9,09 %)*	13 (54,17 %)**	7 (31,82 %)*	16 (66,67 %)**
Відсутні	–	–	20 (90,91 %)	11 (45,83 %)	15 (68,18 %)	8 (33,33 %)

Таблиця 3

Динаміка рН піхвового вмісту у пацієнок до і після лікування бактеріального вагінозу, абс. кількість/%

рН піхвового вмісту	До лікування		Через 7–10 днів після закінчення лікування		Через 1 міс після закінчення лікування	
	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24
Менше 5,0	2 (9,09 %)	–	20 (90,91 %)*	11 (45,83 %)	15 (68,18 %)*	8 (33,33 %)
5,0–6,0	20 (90,91 %)	21 (87,5 %)	2 (9,09 %)*	12 (50 %)**	7 (31,82 %)*	15 (62,5 %)**
Більше 6,0	–	3 (12,5 %)	–	1 (4,17 %)**	–	1 (4,17 %)**

Таблиця 4

Динаміка амінотесту у пацієнок до і після лікування бактеріального вагінозу, абс. кількість/%

Амінотест	До лікування		Через 7–10 днів після закінчення лікування		Через 1 міс після закінчення лікування	
	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24	1-ша група, n = 22	2-га група, n = 24
Позитивний	19 (86,36 %)	22 (91,67 %)	2 (9,09 %)*	13 (54,17 %)**	7 (31,82 %)*	16 (66,67 %)**
Негативний	3 (13,64 %)	2 (8,33 %)	20 (90,91 %)*	11 (45,83 %)**	15 (68,18 %)*	8 (33,33 %)**

становили, відповідно, 90,91 і 68,18 %, що свідчить про високу ефективність даної методики у групи жінок із збереженою індигенною лактофлорою. Отже, враховуючи високу ефективність терапії бактеріального вагінозу у жінок із збереженою індигенною лактофлорою та відсутність побічних і алергічних реакцій під час лікування за запропонованою методикою,

вважаємо, що дана методика лікування бактеріального вагінозу може бути рекомендована для широкого використання у лікувально-профілактичних закладах країни у вищевказаного контингенту пацієнок.

Висновки

1. Лікування бактеріального вагінозу препаратом «Трихомонаден-флюор-ін'єль» потре-

бує ретельного відбору пацієнок.

2. Запропонована методика лікування бактеріального вагінозу препаратом «Трихомонаден-флюор-ін'єль» є ефективним методом лікування бактеріального вагінозу тільки у жінок із збереженою індигенною лактофлорою. Клінічна та лабораторна ефективність сягає 90,91 %.



ЛІТЕРАТУРА

1. *Актуальные проблемы урогинекологии: Материалы трудов IX Областной конференции урологов и гинекологов с международным участием* / Отв. ред. А. С. Переверзев. — Харьков, 2001. — 368 с.
2. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции)* / Под ред. проф. В. Н. Прилепс-

кой. — М.: МЕДпресс, 1999. — 432 с.

3. *Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз.* — СПб.: ООО Нева — Люкс, 2003. — 88 с.

4. *Практическая гинекология (Клинические лекции)* / Под ред. акад. РАМН В. И. Кулакова и проф. В. Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 720 с.

5. *Профілактика невиношування вагітності у жінок з бактеріальним вагінозом: (Методичні рекомендації).* — К., 2002. — 20 с.

6. *Струк В. Ф. Вплив бактеріального вагінозу на невиношування вагітності та інфікування плода і новонародженого: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* — Львів, 2003. — 20 с.

УДК 616.8-08:615.84

І. П. Шмакова, О. З. Зоярнюк

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПІД ВПЛИВОМ МЕТОДУ МЕЗОДІЕНЦЕФАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОМОДУЛЯЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Основні принципи ранньої реабілітації хворих, які перенесли мозковий інсульт, такі: ранній початок, систематичність і тривалість, комплексність, поетапність. Відновне лікування розпочинається вже в гострому періоді інсульту, під час перебування хворого в стаціонарі. Через 3–6 тиж, за показаннями, хворого переводять до реабілітаційного відділення [1–3; 6].

Санаторний етап реабілітації полягає в стимулюванні резервних і компенсаторних можливостей організму. Фізіотерапія повинна розпочинатися відразу після стабілізації неврологічного дефіциту [4; 5].

Метою цього дослідження є вивчення динаміки клініко-функціонального стану нервової системи в хворих, які перенесли ішемічний інсульт, під впливом лікувально-реабілітаційного комплексу з використанням методу мезодіенцефальної електро модуляції (МДМ).

Відмітною рисою МДМ, порівняно з іншими транскраніальними впливами, є те, що при однаковій частоті проходження імпульсів (до 100 Гц) використовуються біполярні імпульси синусоїдальної форми з середньочастотним запов-

ненням (частота 5–10 Гц). Курсове лікування методом МДМ сприятливо впливає на стан вегетативної нервової системи, що приводить до поліпшення регуляції тону мозкових артерій і покращання мозкового кровотоку, впливаючи на глибинні структури мозку, сприяє нормалізації біоелектричної активності клітин головного мозку [4; 5].

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебувало 88 хворих обох статей віком від 30 до 60 років, які перенесли ішемічний інсульт. Вони надійшли на санаторно-курортну реабілітацію в терміни до 1 року після інсульту.

Більшість хворих (67,1 %) скаржилися на слабкість і обмеження рухів в уражених кінцівках; відчуття важкості, біль і скутість у них відзначали 55,6 % хворих, 42,9 % відчували утруднення при ходьбі. Порушення мови відзначали 40,0 %, головний біль — 55,7 %, запаморочення — 31,4 %, порушення зору — 22,9 %, шум у вухах — 21,4 %, утруднення при ковтанні — 5,7 %, дратівливість і поганий сон — 42,4 %, загальну сла-

бкість — 55,7 %, зниження пам'яті — 38,6 %, підвищення АТ — 74,3 %, біль у ділянці серця, серцебиття — 55,7 % обстежених.

Причиною ішемічного інсульту в 75,4 % був атеросклероз, у 24,6 % — різні церебральні вазопатії (ревматичного й інфекційно-алергійного генезу). У 13,0 % було діагностовано малий ішемічний інсульт (інсульт з відновленим неврологічним дефіцитом), у 2,9 % хворих цей інсульт був повторним.

За локалізацією осередку хворі розподілилися таким чином: у 37,7 % осередок ураження локалізувався в басейні правої середньомозкової артерії, у 34,8 % — у басейні лівої середньомозкової артерії, у 24,5 % — у вертебрально-базиллярному басейні.

Рухові порушення у вигляді пірамідного геміпарезу спостерігалися в 62,9 % хворих. Із них правобічний геміпарез спостерігався в 45,5 %, лівобічний — у 54,5 % хворих. Тетрапарез діагностовано у 1,4 % випадків. Ступінь виразності геміпарезу оцінювався за п'ятибальною шкалою рухової активності (за Демиденком). Виражений (тяжкий) геміпарез (1 Б) діагносто-

