

---

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ**

---

**Державне підприємство “Український науково-  
дослідний інститут морської медицини”  
Державний департамент морського і річного  
транспорту України  
Професійна спілка робітників морського  
транспорту України  
Фонд морської медицини**

***ВІСНИК***  
***МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ***

Науково-практичний журнал  
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році

Зареєстрований в Міністерстві інформації України  
Свідоцтво серія КВ № 2830

**№ 4 (16)**  
**(жовтень-грудень)**

---

Одеса 2001

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

*В.Ю.Волянський ( заступник головного редактора ), В.Г.Руденко ( заступник головного редактора ), Н.А.Мацегора (відповідальний секретар), О.Г.Андрієвський, О.К.Асмолов, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Т.В.Демидова, Л.А.Звягіна, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна, О.М.Поливода.*

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

*Р.В.Богатирьова (Київ), П.В.Волошин (Харків), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), Л.М.Давидов (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), В.О.Зубков (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), І.М.Логан (Одеса), Л.Т.Малая (Харків), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисяк (Харків), П.М.Чуєв (Одеса), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).*

Адреса редакції

65049, м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1  
(кафедра морської медицини та професійних хвороб)  
Телефони: (0482) 631-600, 630-573  
Факс: (0482) 68-63-24

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16  
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .  
Зам №

Видавництва “Друк” 65029, м. Одеса,  
вул. Старопортофранківська, 61. Тел. 23-55-26

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999  
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини”, 1999  
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999  
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999  
©Фонд морської медицини, 1999

11. Мельничук Д.А. Метаболическая система кислотно-щелочного гомеостаза в организме человека и животных // Укр. биохим. журн. - 1989. - Т. 65, № 3. - С. 3-21.
12. Пахомова В.А. Роль метаболического ацидоза в патогенезе пародонтита и пути его коррекции: Автореф. дис... д. м.н.: (03.00.04)/ Киев. НИИ фармакологии и токсикологии. - К., 1992. - 51 с.
13. Белоклицкая Г.Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной фармакотерапии генерализованного пародонтита.: Автореф. дис... д. м.н. (14.01.22)/ Киев. гос. мед. ун-т. - К., 1996. - 32 с.
14. Руденко М.М. Профилактика кариеса зубов у детей и подростков при нарушениях системы регуляции кислотно-щелочного гомеостаза: Автореф. дис... д. мед. н.: 14.00.21 / Укр. гос. мед. ун-т.- К., 1992. - 35 с.
15. Протункевич О.О. Вплив комплексів вітамінів, макро- і мікроелементів на метаболічну систему підтримки кислотно-лужного гомеостазу:- Автореф. дис... к. б. н.: (14.03.05)/ ОДМУ.- Одеса, 1998. - 16 с.
16. Коновалов М.Ф. Профилактика кариеса зубов у школьников с сколиозом: Автореф. дис... к. мед. н. (14.01.22) / Укр. медична стоматологічна академія.- Полтава, 2000.- 17 с.

#### **Summary.**

Lobenko A.A., Matsegora N.A., Bondar I.N., Berezhnaya Ye.V., Pakhomova Ye.O,  
Protunkevich O.O.

#### **MINERAL SUBSTANCES COMPLEXES FOR INTEGRATED CORRECTION OF METABOLIC ACIDOSIS AND ALKOLOSIS**

The authors discuss the possibility to prevent the atrophy of osteal tissue alveolar process and carious protection in experimental animals under the conditions of parodontosis and carious modelling because of regulation of metabolic acidosis and alkalosis due to use of mineral substances.

УДК 618.15-002.7(085.131.12)

Мищенко В.П., Саулева Т.В.

#### **ДІАГНОСТИКА ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТРИХОМОНАДНОГО ТА КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПІТІВ, БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КАМЕРИ ЗОНАЛЬНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ**

Одеський державний медичний університет

Вступ. Незважаючи на певні досягнення в діагностиці, лікуванні й профілактиці запальних та інфекційних захворювань жіночих статевих органів їх рівень залишається високим [1]. Вказані захворювання негативно впливаючи на загальний стан жіночого організму призводять до порушень репродуктивної, менструальної, статевої функцій, сприяють розвитку патології у нащадків. З ними пов'язано 60 – 66 % жіночого безпліддя, 10 – 15 % випадків самоабортів та 12 - 16 % нерозвиненої вагітності. Значною мірою це пояснюється впливом на організм різноманітних екологічних, медичних, соціальних та інших факторів [5,7].

У структурі запальних захворювань сечостатевих органів піхвові інфекції становлять від 20 % до 70 % Складність діагностики та лікування цієї патології посилюється постійними змінами їх етіологічної структури, розвитком імунологічних порушень, наявністю різноманітних асоціацій мікроорганізмів на тлі низького соціально - економічного рівня життя населення [4,6].

У 15-22% жінок спостерігається латентний перебіг інфекційної патології, що зменшує можливість її своєчасної діагностики при використанні бактеріологічних і бактеріоскопічних методів [9]. Дослідження, проведені у 80-90 роки, довели, що в

лікуванні запальних захворювань жіночих статевих органів фізичні фактори внаслідок їх впливу на процеси регуляції системного і регіонарного кровообігу, ендокринних взаємовідношень у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, можуть з-поміж інших факторів краще стимулювати компенсаторно-адаптаційні сили організму, поліпшувати трофіку геніталій, підвищувати ефективність дії хіміотерапевтичних препаратів. [8] В Україні завдяки багаторічним дослідженням Андрєєвої О.С., (1977, 1978 р.), Астахова В.М., Чайки В.К., (1995), значного розповсюдження набув один із напрямків неспецифічної терапії запальних захворювань матки та придатків, який базується на використанні позитивного ефекту дії зональної декомпресії.

Вакуумні гематоми не лише підвищують неспецифічну резистентність організму, але й суттєво впливають на гемодинаміку органів малого таза. Як відомо, фізичні фактори, які впливають на інтенсифікацію кровообігу в системі артерій і вен, забезпечують нормальний функціональний стан матки, придатків, а через систему анастомозів одночасно підсилюють процеси гемоциркуляції в басейні кровообігу піхви [3]. Отже, вивчення лікувального впливу зональної декомпресії (ЗД) на перебіг піхвових інфекцій, що зустрічаються найчастіше, може одночасно допомогти у виявленні латентних форм хронічних запальних процесів верхніх відділів геніталій у разі їх активізації за умов, які створюються при використанні даного методу [2].

Найбільш поширеним способом лікування піхвових інфекцій відповідно до рекомендацій МОЗ України (1998, 1999) є використання етіотропних препаратів, які, в свою чергу, за даними Грищенко В.І., Кулакова В.І. (1995), можуть сприяти розвитку дисбіозів, дисбактеріозів і, в окремих випадках - хронізації процесу, що необхідно враховувати при визначенні об'єму комплексної терапії. Створення умов для поліпшення трофіки та локального імунітету в зоні запального процесу реалізується значним підвищенням ефективності лікування. Таким чином, наукове та клінічне обґрунтування застосування зональної декомпресії у ділянці малого таза надає можливість створення нового напрямку в діагностиці та лікуванні найбільш поширених піхвових інфекцій, в першу чергу - хронічного трихомонадного та кандидозного кольпітів, бактеріального вагіноза, що і визначило мету дослідження.

Мета дослідження. Вивчити особливості клінічного перебігу та діагностики хронічного трихомонадного, хронічного кандидозного кольпітів, бактеріального вагінозу при застосуванні зонального від'ємного барометричного тиску на органи малого таза.

Об'єкт і методи дослідження – загальноклінічні методи (анамнестичні дані, об'єктивне та клініко-лабораторне обстеження), бактеріологічні, бактеріоскопічні, рН-метрія, інструментальні; статистичні методи дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Нами обстежено 378 жінок репродуктивного віку, мешканок м. Одеси, віком від 17 до 38 років. Із них: 216 (57,1 %) практично здорових жінок (контрольна група - I) і 162 (42,9 %) - хворих на піхвові інфекції (основна група), які розподілені на групи: II групу становили 54 (14,3 %) жінки з бактеріальним вагінозом, і перебігом захворювання понад 2 місяці; III група складалася з 54 (14,3 %) пацієнток з хронічним трихомонадним кольпітом; до IV групи увійшли 54 (14,3 %) обстежених з хронічним кандидозним кольпітом. На другому етапі роботи проведено традиційне обстеження 165 практично здорових жінок при плановому профілактичному огляді (підгрупа I-A). Для вивчення діагностичних можливостей КЗД як провокаційної проби 17 (7,9 %) практично здоровим жінкам-добровольцям (підгрупа I-B) здійснено 1 сеанс КЗД і 17 (7,9 %) - (підгрупа I-B) - 3 сеанси. Ефективність КЗД вивчалась порівняно з пірогеналовою пробою у 17 (7,9 %) практично здорових жінок - добровольців (підгрупа I-Г). Ефективність застосування комплексної терапії з призначенням сеансів КЗД при лікуванні хронічних піхвових інфекцій визначали, порівнюючи з показниками у групах жінок, що отримували традиційну схему терапії (традиційне лікування проведено 27 – ми (50 %) жінкам підгрупи II-A, 27-ми (50 %) - III-A, і 27-ми (50 %) - IV-A. Застосовували ЗД у складі комплексної терапії 27 (50 %) пацієнткам підгрупи II-B, 27 (50 %) - III-B і 27 (50 %) - IV-B). Вивчено вихідний рівень

теплого потоку органів малого таза у 216 здорових жінок. 34-м із них виконано активну теплотерію при з 1-3-х сеансів КЗД і 17-м провокації розчином пірогеналу. Загальноприйнята терапія піхвових інфекцій полягала у використанні етіотропних препаратів, підвищенні неспецифічної реактивності організму, місцевої терапії згідно з методичними рекомендаціями МОЗ України (1999).

Розроблена нами методика комплексного лікування піхвових інфекцій полягала у призначенні сеансів камери зональної декомпресії (КЗД), які проводили у режимі переривчастої дії зонального від'ємного тиску (ПрЛВТ) при розрідженні у 6-8 кілопаскалей (кПа), часу витримки 10-20 сек і тривалістю процедури 10-15 хв протягом 6 днів та передбачала індивідуальний підхід до кожної хворої. Комплексна терапія включала етіотропні препарати для місцевого примінення, в залежності від виду інфекції (крем "Далацин" 2% при бактеріальному вагінозі; "Кліон Д" 100 та розчин хлоргексидина біглюконата при трихомонадному кольпіті; "Тімафуцин" при кандидозному кольпіті) й призначення еубіотиків ("Біфідін") для відновлення біоценоза піхви неспецифічної імунотерапії (Оротат калія по 0,5 гр., фолієва кислота 0,05 гр.) з метою підвищення резистентності організму - антиоксидантів (вітаміна "С") для стабілізації проникливості клітинних мембран. Відновлення мікробіоценоза кишечника ("Клітчатка" по 1 столовій ложці 2 рази на добу протягом 3-х тижнів, вживання молочно-кислого продукту "Наріне" щоденно по 200 мл на ніч) сприяло запобіганню транслокації мікроорганізмів із шлунково-кишечного тракту та із сечовидільної системи. Комплексну терапію призначали статевим партнерам. Обстеження проводили до початку курсу терапії, на 3, 6 добу, через 21 день і через 3 місяці після закінчення лікування. У жінок виключались всі випадки протипоказань до застосування сеансів камери зональної декомпресії.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведене вивчення чистоти піхви при первинному обстеженні практично здорових жінок показало, що згідно отриманих даних I; I-II; II; II-III; III-IV ступені чистоти піхви були у 17,6 %, 23,6 %, 49,5 %, 6,5 %, 2,8 % відповідно. При цьому, у пацієток з II-III і III-IV ступенем чистоти не було скарг на біль, свербіж у ділянці вульви. Піхвова паличка Дежерлейна виявлена у 58,8 % випадків. Мікробіоценоз піхви подано аеробно-анаеробними асоціаціями (47,7 %), монокультурою анаеробів (15,1 %) і асоціаціями анаеробів (14,4 %). Монокультура аеробів і асоціації аеробів становили 6,5 % і 9,6 % випадків. У 6,7 % обстежуваних зростання патогенної і умовнопатогенної флори не виявлено. В цілому, при первинному обстеженні здорових жінок, спектр аеробної мікрофлори містив 9 видів патогенних і умовнопатогенних коків (70,7 %), *Candida albicans* (10,1 %), частота визначення *E.colli* становила 7,8 %, *Proteus vulgaris* - 6,1 %, *Enterobacter cloacae* - 5,3%. Анаеробна мікрофлора подана лактобацилами (71,9%), *Gardnerella vaginalis* (20,1%), *Micoplasma hominis* (8,0 %). Концентрація колонійутворюючих (КУО) штамів анаеробних мікробів була в 1,4 разу вища ( $P < 0,001$ ) аеробних і становила  $6,6 \pm 0,18$  Іг КУО/мл. Аналізуючи особливості впливу зонального від'ємного тиску у ділянці малого таза у здорових жінок необхідно зазначити, що зональна декомпресія призводить до збільшення кількості піхвових виділень водянистої консистенції ( $7,1 \pm 0,5$  мл), підвищення кислотності піхвового вмісту (4,7 - 4,8) в кінці першої доби, кількості лейкоцитів (до 8-10 в полі зору) в межах фізіологічної норми ( $P > 0,05$ ), що може пояснюватися збільшенням регіонального кровотоку та підвищенням судинної проникності після вакуум - впливу. Так, за даними ультразвукового дослідження, вирогідно збільшується об'єм тіла матки, придатків в середньому на  $5 \pm 2$  мм ( $P < 0,05$ ), що може бути розцінено, як класичний прояв вакатної артеріальної і венозної гіперемії, внаслідок чого суттєво змінюється характер обміну на рівні мікроциркуляторного русла, підвищується вихід рідини за межі капілярів, відбувається збільшення об'єму досліджуваних органів.

Результати проведених досліджень засвідчили, що один сеанс КЗД сприяє погіршанню чистоти піхви (II-ий ступінь чистоти зменшився в 2,8 разу, II-III-ий ступінь зріс до 47,1 %, III-IV-ий - до 35,3 % спостережень), збільшенню рівня аеробної мікрофлори у монокультурі та в аеробних асоціаціях в 1,1; 1,8 разу відповідно, в

аеробно-анаеробних асоціаціях - у 1,2 разу і знижено до 2,4 % кількості випадків, коли не було росту патогенної і умовнопатогенної мікрофлори. Анаеробна мікрофлора в монокультурах і в анаеробних асоціаціях зменшувалась у 2,3 і 1,3 рази відповідно. Після одного сеансу КЗД в спектрі аеробної флори переважали *St.saprophyticus* (22,5 %), *St.epidermidis* (20,1 %). Один сеанс КЗД практично не впливав на концентрацію аеробних мікробів і вірогідно знижував в 1,7 разу рівень анаеробних штамів ( $P < 0,05$ ). Оцінюючи зміни після трьох сеансів КЗД, можна відмітити, що II-III-ий ступінь чистоти піхви спостерігався у 52,9 % обстежених, а III-IV-ий залишався на попередньому рівні, мав тенденцію до зниження II-ий ступінь (11,8 %). Триразове застосування КЗД поряд з діагностичним критерієм дає терапевтичний ефект, що проявляється у пригніченні зростання анаеробної мікрофлори в анаеробних і анаеробно-аеробних асоціаціях і монокультурах анаеробів. Триразові сеанси КЗД сприяли виявленню *Trichomonas vaginalis* у 26,4 % спостережень, а *Candida albicans* у 2,5 разу. Сеанси КЗД сприяли зниженню рівня *Gardnerella vaginalis* в 1,9, *Mycoplasma hominis* - у 1,3 рази порівняно з вихідним рівнем, появи *Mobiluncus* (9,2 %), збільшенню питомої ваги бактероїдів, клостридій і пептострептококів до 24,4 %.

Особливий інтерес являє собою порівняльна характеристика показників у групах жінок, яким призначались сеанси КЗД і внутрішньом'язово розчин пірогеналу. Так, триразове застосування розчину пірогеналу сприяє зміні біоценозу піхви порівняно з вихідним рівнем: I-ий і II-ий ступінь чистоти не діагностовано, рівень II-го ступеня знизився в 1,7 разу, II-III-го і III-IV-го ступенів досягли 41,2 % і 29,4 % спостережень відповідно при значному порушенні стану самопочуття. Використання пірогеналу не дало вірогідного збільшення висювання мікрофлори піхви як в монокультурах, так і в асоціаціях ( $P > 0,05$ ). Отже, можна зробити висновок, що один сеанс КЗД за своїми кількісними якостями дорівнює трикратній провокаційній пробі пірогеналом. Загальний стан пацієнтів при цьому залишається стабільним. У здорових жінок уведення пірогеналу суттєво не впливало на співвідношення аеробно-анаеробної мікрофлори і не призводило до значущих щодо діагностики змін КУО ( $P > 0,05$ ). Тому зміни концентрації КУО штамів аеробної і анаеробної мікрофлори у жінок з хронічними піхвовими інфекціями можна розцінювати як обґрунтування в діагностичному алгоритмі рубіжних варіантів норми і патології.

Аналізуючи особливості клінічної характеристики хворих жінок на другому етапі наших досліджень, необхідно відмітити, що у 77,8 % пацієток II-ої групи були скарги на біль, свербіж та посилення піхвових виділень. При кольпоскопічному дослідженні жінок II-ої групи симптоми запалення не виявлені. У 35 (64,8 %) пацієток III і IV груп виявлено набряк слизової оболонки піхви з виразним судинним рисунком. У 19 (35,2 %) пацієток III групи та у 17 (31,5 %) IV групи діагностовано захворювання шийки матки запального характеру. У 21 (38,9 %) пацієток II і IV груп верифіковано діагноз хронічного сальпінгоофориту. У хворих на бактеріальний вагіноз II-III-ий ступінь чистоти піхви визначена у 51,9 % хворих, III-IV-ий - у 48,1 %, та у 100 % хворих на хронічний трихомонадний, хронічний кандидозний кольпіт. Кислотність (pH) піхвових виділень змінювалась до лужного середовища:  $4,5 \pm 0,1$  при бактеріальному вагінозі, 5,5-5,8 - при трихомонадному кольпіті, 4,0 - 4,5 - при вагінальному кандидозі. За допомогою бактеріологічного дослідження у 22,2 % обстежених II-ої групи, за відсутності будь-яких скарг, виявлено *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus*, *B.fragilis*, *Peptostreptococcus*. На фоні III-IV ступеня чистоти піхви у III-й групі виявляли *Trichomonas vaginalis* у 100 % спостережень, у IV групі - *Candida albicans* в 100 %. Ці мікроорганізми частіше виявлялись у піхвовому вмісті, ніж у цервікальному каналі і уретрі (у хворих на бактеріальний вагіноз - у 19 і 12 разів, хронічний трихомонадний кольпіт - у 2,8 і 8 разів, хронічний кандидозний кольпіт - 3,2 і 3,2 рази відповідно). Слід відмітити, що застосування КЗД у комплексному лікуванні бактеріального вагінозу сприяло стабілізації загального стану хворих з перших днів лікування. Дизурічні прояви і болі внизу живота до 6-го дня повністю купіровались. Альгодисменорея спостерігалась у 15,4 % випадків у першому циклі та - у 7,7 % хворих через 3 місяці. Терапія сприяла встановленню II-III ступеня чистоти піхви у 96,3 % пацієнтів на 3-му тижні лікування.

Протягом першого тижня лікування концентрація анаеробної мікрофлори становила 2,4-2,1 lg КУО/мл, і до кінця лікування - 0,2 lg КОЕ/мл, тоді як традиційне лікування дозволило в кінці 3-го тижня зменшити кількість анаеробних штамів до 1,2-1,4 lg КУО/мл. При застосуванні ЗД у комплексному лікуванні хронічного трихомонадного кольпіту протягом першого тижня лікування III-IV ступінь чистоти піхви знизився до 44,4 % спостережень, в кінці третього тижня I-II ступінь чистоти піхви виявлено у 74,1 % хворих, а через 3 місяці - у 88,9 %. *Trichomonas vaginalis* через 1 тиждень лікування виявлено у 26,4 % випадків, а через 3 тижні і 3 місяці при бактеріологічному і бактеріоскопічному дослідженнях ці збудники не виявлені. При традиційному лікуванні хронічного трихомонадного кольпіту співвідношення аеробних і анаеробних штамів було однаковим до 3-го тижня і лише після 3-и тижневого курсу терапії концентрація анаеробних колоній вірогідно знизилась ( $P < 0,001$ ) до 2,2 lg КУО/мл. Використання ЗД у комплексному лікуванні хронічного трихомонадного кольпіту з 6-ї доби від початку лікування зменшило концентрацію анаеробних асоціацій до  $1,7 \pm 0,11$  lg КУО/мл, в кінці 3-го місяця їх рівень дорівнював 0,8 lg КУО/мл, що свідчить про діагностичну значущість визначення lg КУО/мл як критерію ефективності лікування (Таблиця). Альгодисменорея виявлена у 7,7 % обстежених.

Таблиця

Динаміка концентрації мікрофлори піхви залежно від виду лікування (lg КУО/мл,  $M \pm m$ ).

Вид патології, лікування та спектр мікрофлори	Терміни лікування			
	Вихідний рівень	6-та доба	3 тижні	3 місяця
I. Бактеріальний вагіноз				
Традиційне лікування:				
Аеробна	2,9±0,15	2,2±0,1	3,1±0,15	3,6±0,18
Анаеробна	4,0±0,2	4,3±0,22	1,7±0,09	1,4±0,07
Традиційне лікування +КЗД:				
Аеробна	2,4±0,14	2,2±0,13	2,5±0,15	2,5±0,15
Анаеробна	2,4±0,14*	2,1±0,3*	1,2±0,07	0,2±0,01*
II. Хр. трихомонадний кольпіт				
Традиційне лікування:				
Аеробна	4,9±0,2	4,6±0,18	4,8±0,19	5,1±0,4
Анаеробна	4,4±0,18	4,0±0,2	2,2±0,09	2,4±0,1
Традиційне лікування +КЗД:				
Аеробна	5,1±0,36	3,7±0,26	2,9±0,2	3,5±0,25
Анаеробна	1,7±0,11*	1,3±0,09*	1,8±0,13*	0,8±0,06
III. Хр. кандидозний кольпіт				
Традиційне лікування:				
Аеробна	6,1±0,3	5,4±0,27	4,6±0,23	4,4±0,18*
Анаеробна	5,2±0,26	5,1±0,25	4,4±0,18	3,7±0,26*
Традиційне лікування +КЗД:				
Аеробна	4,2±0,25	3,8±0,19	3,4±0,17	3,7±0,26
Анаеробна	3,2±2,2	2,7±0,13	1,5±0,11	0,9±0,06

Примітка: \*-вірогідна різниця ( $P < 0,001$ ) порівняно з вихідним рівнем і між порівнюваними штамми.

Використання ЗД у комплексному лікуванні хронічного кандидозного кольпіта сприяло стабілізації картини чистоти піхви з перших 6 діб терапії. Через 3 тижні I-II-ий ступінь чистоти піхви спостерігався у 70,4 % жінок. В кінці 1-го тижня лікування *Candida albicans* виявлена бактеріологічним методом у 34,7 %, через 3 тижні - у 8,7 %, через 3 місяці - у 1,3 % спостережень. Рівень аеробних штамів у процесі лікування мав тенденцію до зниження ( $P > 0,05$ ) і дорівнював в кінці 3-го місяця  $3,7 \pm 0,26$  lg КУО/мл (таблиця). Концентрація анаеробної мікрофлори під дією комплексного лікування із

застосуванням ЗД вірогідно знижувалась ( $P < 0,05$ ) і становила  $0,9 \pm 0,06 \lg \text{ КУО/мл}$ , що можна розцінювати як прогностичну й діагностичну ознаку клінічного одужання. Одержані результати дають можливість більш поглиблено розкрити патогенетичні механізми, особливості клінічного перебігу та діагностики бактеріального вагінозу, хронічного трихомонадного, хронічного кандидозного кольпітів, обґрунтувати діагностичне значення застосування зонального від'ємного барометричного тиску на органи молодого таза з метою діагностики та лікування (у комплексній терапії) піхвових інфекцій та рекомендувати використання цих методів для застосування в гінекологічній практиці.

**Ключові слова:** трихомонадний кольпіт, кандидозний кольпіт, бактеріальний вагіноз, камера зональної декомпресії.

#### Література.

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. – М.: Медицинская книга, 1999. – 414 с.
2. Анкирская А.С. Вагинальные инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами (бактерии, грибы, микоплазмы). Критерии диагностики //Лабораторная диагностика.-1998.-№1.-С.5-6.
3. Вайсман Я.М. Влияние зональной декомпрессии на кровообращение матки и придатков при их хроническом воспалении (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Донец. мед. ин-т.-Донецк, 1973.-16 с.
4. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение). – М.: Медицина, 1995. – 144 с.
5. Кира Е.Ф. Пути повышения эффективности диагностики и лечения сексуально-трансмиссивных заболеваний в гинекологической практике // ЗППП. – 1996. - № 2. – С. 33-38.
6. Приленская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Муравьева В.В. Вагинальный кандидоз. – М., 1997. – 40 с.
7. Чайка В.К. Инфектология в акушерстве и гинекологии. – Донецк, 1998. – 177 с .
8. Чайка В.К., Писарева С.П. Нетрадиційні методи терапії в акушерстві //ПАГ. 1992. - № 2. – С. 35-37.
9. Abbot J. Clinical and microscopic of vaginal yeast infection: a prospective analysis // Ann. Emerg. Med. – 1995. - № 25(5). – P. 587-591.

#### Summary.

Mishenko V.P., Sauleva T.V.

#### **DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT CHRONICAL TRICHOMONIASIS, CANDIDIASIS COLPITIS AND BACTERIAL VAGINOSIS WITH ZONAL DECOMPRESSION CAMERA**

The aim of the work presented is to improve diagnosis and therapy of bacterial vaginosis, trichomoniasis and candidiasis colpites in women on the basis of zonal decompression camera use. They authors analysed vaginosis infections frequency in the women of reproductive age. The efficiency of CZD use in diagnosis and complex treatment of vaginosis infections has been established and confirmed with the results of bacterioscopy.