

Оцінка ефективності амбулаторного лікування неускладнених запальних захворювань органів малого таза комбінацією ципрофлоксацину та тинідазолу

В. І. Пирогова, І. І. Охаська, Ю. С. Прокопчук

ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) посідають провідне місце у структурі гінекологічної захворюваності як за поширеністю, так і за негативними наслідками для репродуктивного здоров'я. Полімікробна етіологія ЗЗОМТ потребує застосування препаратів широкого спектра дії, ефективних проти аеробних та анаеробних збудників. **Мета дослідження:** оцінка клінічної та мікробіологічної ефективності комбінованої терапії ципрофлоксацином і тинідазолом в амбулаторному лікуванні пацієток із неускладненими формами ЗЗОМТ.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 30 жінок віком від 20 до 30 років із неускладненими ЗЗОМТ (сальпінгоофорит). Пацієнтки отримували перорально комбінацію ципрофлоксацину (500 мг) та тинідазолу (600 мг). Під час дослідження аналізували динаміку клінічних симптомів та результати бактеріологічного контролю.

Результати. Застосування комбінованої терапії ципрофлоксацином і тинідазолом при неускладнених формах ЗЗОМТ зумовило повну ерадикацію облігатних патогенів та елімінацію умовно-патогенних мікроорганізмів у діагностично значущих титрах із відновленням нормальної мікробіоти піхви (86,7%). У перші 3 доби лікування у 93,3% пацієток відзначено швидкий регрес больового синдрому, а повне зникнення больових відчуттів після завершення терапії спостерігалось у 96,7% жінок. Дизуричні розлади, що на початку лікування відзначалися у 63,3% (19 із 30) пацієток, після завершення курсу зберігалися лише в 1 випадку (3,3%), що підтверджує ефективність терапії 96,7%. Ефективність щодо усунення аномальних вагінальних виділень становила 85,7%. Амбулаторний режим лікування забезпечив високий рівень комплаєнсу пацієток та добру переносимість терапії.

Висновки. Лікування неускладнених форм ЗЗОМТ комбінацією ципрофлоксацину й тинідазолу є клінічно ефективним у 96,7% пацієток і сприяє ерадикації облігатних та умовно-патогенних збудників ЗЗОМТ. Висока клінічна ефективність і добра переносимість дозволяють рекомендувати комбінацію ципрофлоксацину та тинідазолу для терапії ЗЗОМТ в амбулаторних умовах.

Ключові слова: запальні захворювання органів малого таза, ципрофлоксацин, тинідазол, амбулаторне лікування, антибактеріальна терапія.

Evaluation of the effectiveness of outpatient treatment of uncomplicated pelvic inflammatory disease with the combination of ciprofloxacin and tinidazole

V. I. Pyrohova, I. I. Ohabska, Yu. S. Prokopchuk

Pelvic inflammatory disease (PID) occupies a leading place among gynecological morbidity both in terms of its prevalence and negative consequences for reproductive health. The polymicrobial etiology of PID requires the use of broad-spectrum drugs that are effective against aerobic and anaerobic pathogens.

The objective: to evaluate the clinical and microbiological efficacy of combined therapy with ciprofloxacin and tinidazole in outpatient treatment of patients with uncomplicated forms of PID.

Materials and methods. Examination of 30 patients aged 20 to 30 years with uncomplicated PID (salpingoophoritis). The patients received a combination of ciprofloxacin (500 mg) and tinidazole (600 mg) orally. The dynamics of clinical symptoms and the results of bacteriological control were evaluated.

Results. The use of combination therapy with ciprofloxacin and tinidazole for uncomplicated forms of PID resulted in complete eradication of obligate pathogens and elimination of opportunistic microorganisms in diagnostically significant titers with restoration of normal vaginal microbiota (86.7%). In the first 3 days of treatment, 93.3% of patients the rapid elimination of pain syndrome was found, complete disappearance of pain after completion of treatment was determined in 96.7% of women. Dysuric disorders, which were found in 63.3% (19 out of 30) of patients before the treatment, persisted after the end of the course in only 1 case (3.3%), which confirms the effectiveness of therapy at 96.7%. The efficiency in eliminating abnormal vaginal discharge was 85.7%. The outpatient treatment regimen ensured a high level of patient compliance with good tolerability of therapy.

Conclusions. Treatment of uncomplicated forms of PID with a combination of ciprofloxacin and tinidazole is clinically effective in 96.7% of patients, promotes the eradication of obligate pathogens and opportunistic pathogens of PID. Clinical efficacy, good tolerability allow us to recommend a combination of ciprofloxacin and tinidazole for the treatment of PID in outpatient settings.

Keywords: pelvic inflammatory disease, ciprofloxacin, tinidazole, outpatient treatment, antibacterial therapy.

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) посідають провідне місце у структурі гінекологічної захворюваності як за поширеністю, так і за негативними наслідками для репродуктивного здоров'я [5]. За даними різних авторів, у світі щорічна частота нових випадків ЗЗОМТ сягає 60% від загальної кількості гінекологічних захворювань [1, 10, 26]. Статистичні дані зі США фіксують 2,5 млн (4,4%) жінок віком 18–44 років із підтвердженими ЗЗОМТ [3]. При цьому витрати системи охорони здоров'я США на лікування 1 пацієнта із ЗЗОМТ оцінюються майже у 2 тис. доларів США, не враховуючи витрат на подальше обстеження та лікування ускладнень [13].

На сьогодні статистика щодо захворюваності жінок на різні нозологічні форми ЗЗОМТ в Україні відсутня [2, 27], однак констатується, що безпліддя розвивається у 15–25% жінок після перенесених ЗЗОМТ, частота яких, як і інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишається неприпустимо високою [14].

ЗЗОМТ включають широкий спектр запальних захворювань верхніх відділів жіночих статевих шляхів: ендометрит, сальпінгіт, оофорит, тубооваріальний абсцес, тазовий перитоніт та їх комбінації [1, 11, 16]. ЗЗОМТ найчастіше діагностуються у молодих сексуально активних жінок, які мають в анамнезі перенесені ІПСШ [6, 12, 21, 24]. Оцінити точну частоту захворюваності на ЗЗОМТ складно, що зумовлено відсутністю специфічної симптоматики та складністю встановлення остаточного діагнозу [5, 8].

ЗЗОМТ зазвичай є результатом висхідного інфікування з нижніх відділів генітального тракту. Як збудники ЗЗОМТ ідентифіковані *Neisseria (N.) gonorrhoeae*, *Chlamydia (C.) trachomatis* та умовно-патогенні мікроорганізми, які є представниками вагінальної мікробіоти, зокрема облигатні та факультативні анаероби, включно з *Prevotella*, *Atopobium* і *Leptotrichia*, *Gardnerella (G.) vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, кишковими грамнегативними паличками, *Streptococcus agalactiae*, *Mycoplasma (M.) genitalium* [4, 8, 20, 24]. За даними останніх досліджень, кількість випадків ЗЗОМТ, зумовлених інфікуванням *N. gonorrhoeae* або *C. trachomatis*, зменшується; при цьому у 50% жінок із гострим перебігом ЗЗОМТ виявляється позитивний тест на будь-який із цих мікроорганізмів [16, 26]. Водночас патоген-негативні ЗЗОМТ є поширеним явищем [10].

Серед ускладнень несвоєчасно діагностованих і нелікованих ЗЗОМТ виокремлюють трубне безпліддя, яке у 55–85% випадків є наслідком несвоєчасно розпочатої терапії; позаматкову вагітність, ризик виникнення якої у жінок із ЗЗОМТ в анамнезі зростає у 7–10 разів; синдром хронічного тазового болю; утворення гідросальпіксу, тубооваріального абсцесу; поширення запального процесу з розвитком пельвіоперитоніту [3, 7, 9, 19, 21]. За даними наукових джерел, у жінок, госпіталізованих із приводу першого епізоду гострого ЗЗОМТ, існує ризик відтермінованих ускладнень: рецидив ЗЗОМТ (14–21%), хронічний тазовий біль (13–43%), безпліддя (10–25%), ектопічна вагітність (9%) [3, 12]; при цьому ймовірність негативних наслідків ЗЗОМТ значно зростає за наявності рецидиву [17, 19].

Чинниками ризику ЗЗОМТ є ранній початок статевого життя (до 15 років), вік до 25 років, зміна або наявність декількох статевих партнерів, незахищений статевий акт, статевий акт із партнером, який має симптоми ІПСШ, а також ІПСШ в анамнезі [17, 20].

Сучасна діагностика ЗЗОМТ базується на клінічних критеріях, а оскільки затримка лікування пов'язана з подальшими репродуктивними порушеннями, діагноз часто встановлюють на основі «мінімального порогу» симптомів [16, 18, 22, 26]. Перебіг ЗЗОМТ може мати як симптомний, так і безсимптомний характер [8, 10, 16].

Запідозрити ЗЗОМТ можна за наявності болю внизу живота, який зазвичай є двобічним, аномальних виділень із піхви або шийки матки, диспареунії, аномальної вагінальної кровотечі, вторинної дисменореї [1, 6, 8, 11, 18]. Як мінімальні діагностичні критерії для початку емпіричного лікування у сексуально активних жінок розглядають визначену під час бімануального гінекологічного обстеження болючість при зміщенні шийки матки («симптом люстри») й при пальпації матки та її придатків (яєчників і труб) [11, 18]. Як додаткові ознаки, що допомагають підтвердити діагноз (хоча їх відсутність не виключає ЗЗОМТ), рекомендується визначати температуру тіла (> 38,3 °C), встановлювати наявність аномальних слизово-гнійних виділень із шийки матки або її підвищену кровоточивість [2, 18]. Водночас жоден анамнестичний, клінічний або лабораторний результат не є специфічним для діагностики неускладнених ЗЗОМТ [5, 11, 18].

У процесі діагностики, одночасно з початком антибактеріальної терапії, слід проводити додаткові обстеження (ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, мікробіологічні дослідження) для виключення вагітності та інших можливих причин болю [8, 18, 22]. Антибактеріальна терапія ЗЗОМТ не перешкоджає діагностиці та лікуванню інших причин болю внизу живота (зокрема, ектопічної вагітності, гострого апендициту, ускладненої кісти яєчника тощо) [18].

Згідно зі стандартами медичної допомоги, лікування ЗЗОМТ у сексуально активних молодих жінок та інших жінок із ризиком ІПСШ слід розпочинати за наявності скарг на біль у ділянці органів малого таза чи нижній частині живота за неможливості встановлення іншої причини захворювання, окрім ЗЗОМТ, або якщо під час гінекологічного обстеження визначається 1 або декілька з 3 мінімальних клінічних критеріїв (болючість шийки матки, матки або її придатків) [16, 18, 26].

Доцільність застосування фторхінолонів в емпіричній терапії ЗЗОМТ зумовлена їх активністю щодо 94% патогенів, що спричиняють розвиток ЗЗОМТ, здатністю до бактерицидної дії шляхом проникнення через клітинні мембрани збудників, активністю щодо внутрішньоклітинних збудників і штамів мікроорганізмів із множинною стійкістю до антибактеріальних препаратів [15]. При цьому ефективність пероральних форм фторхінолонів не поступається ефективності парентеральних форм і характеризується біодоступністю близько 90% [25].

Одним із найбільш ефективних антибактеріальних препаратів групи фторхінолонів, що застосовуються

для лікування неускладнених ЗЗОМТ, є ципрофлоксацин – фторхінолон II покоління. Ципрофлоксацин має широкий спектр антибактеріальної дії, доведену ефективність проти більшості умовно-патогенних збудників, які зумовлюють розвиток ЗЗОМТ (стафілококи, стрептококи, ентерококи, гонококи, хламідії тощо) [23–25]. Крім того, ципрофлоксацин здатний накопичуватись у тканинах внутрішньоклітинно в концентраціях, що значно перевищують мінімальні пригнічувальні концентрації як для більшості патогенних мікроорганізмів, так і для облигатних атипичних збудників – хламідій та мікоплазм [23–25].

Сучасні клінічні протоколи й стандарти лікування ЗЗОМТ передбачають застосування нітроїмідазолових препаратів як одну зі складових комбінованої антимікробної терапії. Тинідазол є похідним 5-нітроїмідазолу, клініко-бактеріологічна ефективність якого щодо більшості анаеробних патогенів становить 92,8–100%, що суттєво перевищує аналогічні показники метронідазолу (73,4–90%) [4, 23, 25]. Тинідазол чинить трихомонацидну дію та накопичується в тканинах у терапевтично активних концентраціях.

На сьогодні залишається актуальною оцінка наслідків амбулаторного лікування жінок із ЗЗОМТ, триває дискусія щодо обсягу і змісту антибактеріальної терапії з метою мінімізації порушень фертильності та інших репродуктивних розладів.

Мета дослідження: оцінка клінічної та мікробіологічної ефективності комбінованої терапії ципрофлоксацином і тинідазолом в амбулаторному лікуванні пацієнток із неускладненими формами ЗЗОМТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження залучено 30 пацієнток віком від 20 до 30 років (середній вік – $24,5 \pm 3,6$ року) з неускладненими формами ЗЗОМТ (N70.9 – Сальпінгіт та оофорит за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду), які увійшли в основну групу (ОГ), та 20 умовно здорових жінок (контрольна група – КГ) аналогічного віку. Пацієнтки ОГ отримували перорально комбінований антибактеріальний засіб, до складу якого входять ципрофлоксацин (500 мг) і тинідазол (600 мг), двічі на добу впродовж 7 днів відповідно до стандартів медичної допомоги в амбулаторних умовах.

Поєднання 2 ефективних антимікробних агентів у складі одного препарату дозволяє практично повністю перекрити спектр патогенів (аеробні та анаеробні, протозойно-бактеріальні збудники), які можуть зумовлювати розвиток ЗЗОМТ.

При встановленні діагнозу ЗЗОМТ враховували ступінь вираженості клінічних симптомів, дані УЗД та результати бактеріологічного обстеження, які проводили при включенні в дослідження та після завершення курсу лікування. УЗД органів малого таза (трансвагінальне) виконували за стандартною методикою в режимі реального часу з використанням ультразвукової діагностичної системи Voluson E8 Expert (GE HealthCare, США).

Вивчення стану цервіко-вагінальної мікробіоти здійснювали шляхом рН-метрії вагінального вмісту; бактеріоскопічного дослідження мазків виділень із піхви, фарбованих за Грамом; а також молекулярно-біологіч-

ного дослідження за методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у режимі реального часу з кількісним визначенням ідентифікованих мікроорганізмів (*Candida* spp., *G. vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.) (колонієутворювальних одиниць (КУО)/мл) та облигатних збудників ППШ: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *Trichomonas (T.) vaginalis* (детекційний ампліфікатор Rotor-Gene, Corbett Research Ltd., Австралія; реагенти Seegene Inc., Південна Корея). Діагностично значущим рівнем умовно-патогенних мікроорганізмів вважали $> 10^6$ КУО/мл, для *Ureaplasma* spp., *M. genitalium*, *Candida* spp. – $> 10^4$ КУО/мл.

Нормоценоз цервіко-вагінальної мікробіоти визначали відповідно до інструкції виробника (Seegene Inc., Південна Корея): аеробні й анаеробні умовно-патогенні мікроорганізми в абсолютній кількості $< 10^4$ КУО/мл; *M. genitalium*, *Ureaplasma parvum*, *Candida* spp. – відсутні або $< 10^4$ КУО/мл. При перевищенні цих показників стан мікробіоти розцінювали як аеробний, анаеробний або змішаний дисбіоз залежно від переважаючих мікроорганізмів.

Дослідження проводили відповідно до сучасних біоетичних норм щодо безпеки для здоров'я пацієнток, з отриманням інформованої згоди та дотриманням конфіденційності персональних і медичних даних упродовж 2025 р. на клінічних базах Державного некомерційного товариства «Львівський національний медичний університет (ЛНМУ) імені Данила Галицького» (Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», Медичний центр «Ехомед») у межах науково-дослідної роботи «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики порушень функції жіночої репродуктивної системи в різні вікові періоди жінок» (№ держреєстрації 0125U000734) за погодженням Комісії з питань етики наукових досліджень, експериментальних розробок і наукових творів ЛНМУ імені Данила Галицького (протокол № 3 від 25 березня 2019 р.).

Статистичний аналіз даних здійснювали з використанням статистичних програм Microsoft Excel 10.0 і Statistica 6.0 із застосуванням середнього арифметичного значення та стандартних відхилень; різницю між кількісними показниками в групах визначали з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки ОГ при зверненні скаржилися на біль внизу живота – 30 (100%) та супутні дизуричні розлади – 19 (63,3%); 28 (93,3%) жінок відмічали аномальні виділення з піхви, 13 (43,3%) – скаржилися на посткоїтальні кровотечі, у 19 (63,3%) жінок відзначався субфебрилітет ($> 37,5$ °C). Під час гінекологічного обстеження та огляду шийки матки в дзеркалах у 18 (60,0%) пацієнток ОГ виявлено ендопервіцит, у 28 (93,3%) – слизово-гнійні виділення з цервікального каналу, в 11 (36,7%) – підвищену кровоточивість шийки матки. За результатами бімануального вагінального

Таблиця 1

Характеристики статевого життя обстежених пацієнток із ЗЗОМТ, абс. ч. (%)

Характеристики статевого життя	Групи пацієнток		
	ОГ (n = 30)	КГ (n = 20)	
Вік початку статевого життя, років	15–16	11 (36,7)	–
	17–18	10 (33,3)*	1 (5,0)
	19–20	6 (20,0)*	12 (60,0)
	Після 20	3 (10,0)*	7 (35,0)
Постійний статевий партнер	5 (16,7)	19 (95,0)	
Непостійний статевий партнер	25 (83,3)*	1 (5,0)	
Використання бар'єрної контрацепції	7 (23,3)*	16 (80,0)	

Примітки: * – вірогідність відмінностей між показниками ОГ та КГ при $p < 0,05$; ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого таза.

Таблиця 2

Стан цервіко-вагінальної мікробіоти пацієнток із ЗЗОМТ при включенні в дослідження, абс. ч. (%)

Стан цервіко-вагінальної мікробіоти	Групи пацієнток			
	ОГ (n = 30)		КГ (n = 20)	
	БС	ПЛР	БС	ПЛР
Нормоценоз	7 (23,3)*	2 (6,7)*	19 (95,0)	17 (85,0)
Бактеріальний вагіноз	14 (46,7)*	11 (36,7)*	1 (5,0)	3 (15,0)
Аеробний вагініт	5 (16,7)*	9 (30,0)*	–	–
Змішаний вагініт	4 (13,3)*	8 (26,7)*	–	–

Примітки: * – вірогідність відмінностей між показниками ОГ та КГ при $p < 0,05$; ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого таза; БС – бактеріоскопія; ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція.

Таблиця 3

Якісний склад цервіко-вагінальної мікробіоти пацієнток із ЗЗОМТ до та після лікування, абс. ч. (%)

Мікроорганізми	Групи пацієнток		
	ОГ (n = 30)		КГ (n = 20)
	До лікування (КУО/мл > 10 ⁶)	Після лікування (КУО/мл < 10 ³)	(КУО/мл < 10 ³)
<i>Enterobacterium</i> spp.	6 (20,0)	2 (6,7)*	–
<i>Streptococcus</i> spp.	9 (30,0)	2 (6,7)*	–
<i>Staphylococcus</i> spp.	14 (46,7)	3 (10,0)*	1 (5,0)
<i>G. vaginalis/Prevotella bivia/ Porphyromonas</i> spp.	16 (53,3)	–	3 (25,0)
<i>Eubacterium</i> spp.	13 (43,3)	4 (13,3)*	1 (5,0)
<i>Peptostreptococcus</i> spp.	10 (33,3)	2 (6,7)*	–
<i>Atopobium vaginae</i>	6 (20,0)	1 (3,3)*	–
<i>Ureaplasma</i> spp.	15 (50,0)	2 (6,7)*	1 (5,0)
<i>M. genitalium</i>	4 (13,3)	1 (3,3)*	–
<i>C. trachomatis</i>	3 (10,0)	–	–
<i>T. vaginalis</i>	4 (13,3)	–	–
<i>Candida</i> spp.	4 (13,3)	2 (6,7)*	1 (5,0)

Примітки: * – вірогідність відмінностей між показниками ОГ та КГ до та після лікування при $p < 0,05$; ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого таза; КУО – колонієутворювальні одиниці.

дослідження в усіх жінок (30; 100%) визначалися мінімальні діагностичні критерії: болючість матки та її придатків при пальпації, а також болючість при зміщенні шийки матки («симптом люстри»).

При вивченні анамнезу пацієнток ОГ встановлено наявність факторів ризику ЗЗОМТ у переважній більшості: ранній початок статевого життя (у віці 15–19 років) відмічено у 21 (70,0%) жінки; постійного статевого партнера мали лише 5 (16,7%) пацієнток, а про регулярне використання бар'єрної контрацепції повідомили лише 7 (23,3%) жінок (табл. 1).

Дослідження стану цервіко-вагінальної мікробіоти обстежених пацієнток із ЗЗОМТ методом ПЛР показало відсутність нормоценозу піхви у 28 (93,3%) жінок ОГ (табл. 2).

На особливу увагу заслуговує значна бактеріальна обсімененість нижніх відділів генітального тракту пацієнток ОГ (табл. 3).

В 11 (36,7%) учасниць ОГ виявлено облигатні патогени, що зумовлюють розвиток ЗЗОМТ: у 3 (10,0%) – *C. trachomatis*, у 4 (13,3%) – *M. genitalium*, у 4 (13,3%) – *T. vaginalis*. Пацієнткам, в яких було виявлено *C. trachomatis*, терапію продовжили до 10 діб.

Основну роль у розвитку ЗЗОМТ в обстежених пацієнток ОГ відігравали умовно-патогенні мікроорганізми: переважали *Streptococcus* spp. (30,0%), *Staphylococcus* spp. (46,7%), *Eubacterium* spp. (43,3%), *Peptostreptococcus* spp. (33,3%), *G. vaginalis/Prevotella bivia/ Porphyromonas* spp. (53,3%) (табл. 3). У кожній другій пацієнтки ОГ в діагностично значущих титрах виявляли *Ureaplasma* spp. (50,0%).

Проведена комбінована терапія ципрофлоксацином і тинідазолом дозволила досягти повної ерадикації облигатних патогенів та елімінації умовно-патогенних мікроорганізмів у діагностично значущих

Клінічна оцінка ефективності терапії неускладнених ЗЗОМТ комбінацією ципрофлоксацину та тинідазолу, абс. ч. (%)

Клінічна симптоматика	ОГ (n = 30)	
	До лікування	Після лікування
Мінімальні діагностичні критерії	30 (100,0)	1 (3,3)*
Біль унизу живота	30 (100,0)	1 (3,3)*
Дизуричні розлади	19 (63,3)	1 (3,3)*
Аномальні вагінальні виділення	28 (93,3)	4 (13,3)*
Субфебрилітет	19 (63,3)	–

Примітки: * – вірогідність відмінностей між показниками ОГ до та після лікування при $p < 0,05$; ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого таза.

титрах із відновленням нормальної мікробіоти піхви у 26 (86,7%) пацієнток (табл. 3).

У перші 3 доби лікування 28 (93,3%) пацієнток відзначили швидкий регрес больового синдрому, а повне усунення больових відчуттів після завершення лікування комбінацією ципрофлоксацину та тинідазолу відмітили 29 (96,7%) жінок. Позитивні зміни фіксувалися також щодо інших скарг пацієнток, висловлених при включенні в дослідження. Дизуричні розлади, що на початку лікування відзначалися у 63,3% (19 із 30) пацієнток, після завершення курсу зберігалися лише в 1 випадку (3,3%), що відповідало ефективності терапії 96,7%. Зменшення або повне усунення аномальних вагінальних виділень відмітили 24 (80,0%) пацієнтки з 28 (93,3%) на початку лікування, що відповідало ефективності 85,7%. Усі пацієнтки (19; 63,3%), які скаржилися на наявність субфебрилітету, відзначили нормалізацію температури тіла з 3-ї доби лікування (табл. 4).

Амбулаторна терапія пацієнток із клінічно легкими та помірними формами ЗЗОМТ вважається настільки ж ефективною, як і стаціонарне лікування [18, 26]. На вибір схеми лікування впливають дані щодо місцевої епідеміології конкретних збудників ЗЗОМТ; доказові дані щодо чутливості до антибактеріальних препаратів; уподобання пацієнтки та комплаєнс; тяжкість захворювання; вік пацієнтки; регіональні рекомендації щодо застосування антибіотиків [16, 18, 23]. Емпірична антибактеріальна терапія із застосуванням препаратів широкого спектра дії необхідна для впливу на максимально можливий спектр збудників, які зазвичай виділяються з нижніх відділів статевих шляхів у жінок із ЗЗОМТ [16, 18], що підтверджено отриманими результатами лікування комбінацією фторхінолону II покоління ципрофлоксацину та похідного 5-нітроімідазолу тинідазолу.

Амбулаторний режим продемонстрував високий рівень комплаєнсу пацієнток. Усі жінки відзначили добру переносимість терапії; зафіксовано низьку частоту

побічних ефектів: лише 1 пацієнтка відмітила незначне порушення смаку, що не потребувало додаткової терапії й не призвело до припинення лікування.

ВИСНОВКИ

Лікування неускладнених форм ЗЗОМТ в амбулаторних умовах із застосуванням емпіричної терапії комбінацією ципрофлоксацину та тинідазолу є клінічно ефективним у 96,7% пацієнток.

Одночасне застосування ципрофлоксацину й тинідазолу значно розширює спектр антимікробної активності та сприяє оптимальній ерадикації облігатних патогенів, а також умовно-патогенних мікроорганізмів у діагностично значущих концентраціях, що супроводжується зменшенням скарг на аномальні вагінальні виділення (85,7%).

Висока клінічна ефективність, добра переносимість і безпека дозволяють рекомендувати комбінацію ципрофлоксацину та тинідазолу для емпіричної терапії неускладнених форм ЗЗОМТ в амбулаторних умовах.

Відомості про авторів

Пирогова Віра Іванівна – ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; тел.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Охабська Ірина Іванівна – ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; тел.: (050) 371-76-77. *E-mail: i.ohabska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-6250-5894

Прокочук Юрій Сергійович – ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; тел.: (067) 328-43-65. *E-mail: hotline27@icloud.com*

ORCID: 0009-0002-7605-3507

Information about the authors

Pyrohova Vira I. – SNPC “Danylo Halytsky Lviv National Medical University”; tel.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Ohabska Iryna I. – SNPC “Danylo Halytsky Lviv National Medical University”; tel.: (050) 371-76-77. *E-mail: i.ohabska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-6250-5894

Prokopychuk Yuriy S. – SNPC “Danylo Halytsky Lviv National Medical University”; tel.: (067) 328-43-65. *E-mail: hotline27@icloud.com*

ORCID: 0009-0002-7605-3507

ПОСИЛАННЯ

1. Alshammari SM, Alrajhi NN, Al-Rumayh SS, Alosaimi MA, Alsharyufi RM, Bukhari YS, et al. An overview on pelvic inflammatory disease diagnosis and management approach. Arch Pharm Pract. 2021;12(2):103-5. doi: 10.51847/1jwKj2kw.
2. Ministry of Health of Ukraine. Annual report on the health status of the population of Ukraine and the epidemic situation for 2023. Kyiv; 2024. 78 p.
3. Anyalechi GE, Hong J, Kreisel K, Torrone E, Boulet S, Gorwitz R, et al. Self-reported infertility and associated pelvic inflammatory disease among women of reproductive age-national health and nutrition examination survey, United States, 2013–2016. Sex Transm Dis. 2019;46(7):446-51. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000996.
4. Burka OA, Tutchenko TM, Pedachenko NY, Kudlay OM. Modern approaches to the choice of antimicrobial agents for pelvic inflammatory diseases: The role of innovative microbiological methods. Reprod Endocrinol. 2020;(51):25-31. doi: 10.18370/2309-4117.2020.51.25-31.
5. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: Diagnosis, management, and prevention. Am Fam Physician. 2019;100(6):357-64.
6. Davis GS, Horner PJ, Price MJ, Mitchell HD, Soldan K. What do diagnoses of pelvic inflammatory disease in specialist sexual health services in England tell us about chlamydia control? J Infect Dis. 2021;224(12):113-20. doi: 10.1093/infdis/jiab175.
7. Frock-Welnak DN, Tam J. Identification and treatment of acute pelvic inflammatory disease and associated sequelae. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022;49(3):551-79. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.019.
8. Hychka NM, Shcherba OA, Lastovetska LD. Inflammatory diseases of the pelvic organisms modern presentations about etiology, principles of diagnosis and treatment. Health Woman. 2020;148(2):7-14. doi: 10.15574/HW.2020.148.7.
9. Gkrozou F, Tsonis O, Daniilidis A, Navrozoglou I, Paschopoulos M. Tubo-ovarian abscess: Exploring optimal treatment options based on current evidence. J Endometriosis Pelvic Pain Disorders. 2021;13(1):10-19. doi: 10.1177/2284026520960649.
10. Goller JL, De Livera AM, Fairley CK, Guy RJ, Bradshaw CS, Chen MY, et al. Characteristics of pelvic inflammatory disease where no sexually transmitted infection is identified: A cross-sectional analysis of routinely collected sexual health clinic data. Sex Transm Infect. 2017;93(1):68-70. doi: 10.1136/sextrans-2016-052553.
11. Greydanus DE, Bacopoulou F. Acute pelvic inflammatory disease. Pediatr Med. 2019;(2):36. doi: 10.21037/pm.2019.07.05.
12. Kalugina LV, Yusko TI, Chaykivska EF, Plaksieva KD, Silina NK. Complicated chronic salpingo-oophoritis in young women. Possibilities of conservative therapy. Reprod Endocrinol. 2020;(54):79-84. doi: 10.18370/2309-4117.2020.54.79-84.
13. Kreisel KM, Llata E, Haderxhanaj L, Pearson WS, Tao G, Wiesenfeld HC, et al. The burden of and trends in pelvic inflammatory disease in the United States, 2006–2016. J Infect Dis. 2021;224(12):103-12. doi: 10.1093/infdis/jiaa771.
14. Moiseenko RO, Zhilka NYA, Goyda NG, Dudina OO, Golubchikov MV, Oktysiuk ZhS. The state of female reproductive health in Ukraine. Ukraine. Nation's Health. 2023;71(1):51-9. doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09.
15. Priyadarshini M. A comparative study of moxifloxacin versus combination of doxycycline and metronidazole for treatment of uncomplicated pelvic inflammatory disease. Intern J Basic Clin Pharmacol. 2019;8(5):956. doi: 10.18203/23192003.ijbcp20191583.
16. Ross J, Cole M, Evans C, Lyons D, Dean G, Cousins D, et al. United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease (2019 Interim Update) [Internet]. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2019. Available from: <https://www.bashhguidelines.org/media/1217/pid-update-2019.pdf>.
17. Safrai M, Rottenstreich A, Shushan A, Gilad R, Benschushan A, Levin G. Risk factors for recurrent pelvic inflammatory disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;244:40-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.11.004.
18. Ministry of Health of Ukraine. Inflammatory diseases of the pelvic organs [Internet]. Order No. 928; 2023 May 18. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/05/smd_928_18052023.pdf.
19. Stewart LM, Stewart CJR, Spilbury K, Cohen PA, Jordan S. Association between pelvic inflammatory disease, infertility, ectopic pregnancy and the development of ovarian serous borderline tumor, mucinous borderline tumor and low-grade serous carcinoma. Gynecol Oncol. 2020;156(3):611-15. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.01.027.
20. Sweeney S, Bateson D, Fleming K, Huston W. Factors associated with pelvic inflammatory disease: A case series analysis of family planning clinic data. Womens Health (Lond). 2022;18:17455057221112263. doi: 10.1177/17455057221112263.
21. Sytnyk PO. Modern approaches to etiopathogenesis, diagnostics and treatment of purulent-inflammatory diseases of the pelvic organs (literature review). Ukr Med J. 2020;(139)5:1-6. doi: 10.32471/umj.1680-3051.139.188411.
22. Tai FW, Chang CY, Chiang JH, Lin WC, Wan L. Association of pelvic inflammatory disease with risk of endometriosis: A nationwide cohort study involving 141,460 individuals. J Clin Med. 2018;7(11):379. doi: 10.3390/jcm7110379.
23. Tien V, Punjabi C, Holubar MK. Antimicrobial resistance in sexually transmitted infections. J Travel Med. 2020;27(1):taz101. doi: 10.1093/jtm/taz101.
24. Trent M, Yusuf HE, Perin J, Anders J, Chung SE, Tabacco-Saeed L, et al. Clearance of Mycoplasma genitalium and Trichomonas vaginalis among adolescents and young adults with pelvic inflammatory disease: Results from the tech-n study. Sex Transm Dis. 2020;47(11):e47-e50. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001221.
25. Wiesenfeld HC, Meyn LA, Darville T, Macio IS, Hillier SL. A randomized controlled trial of ceftriaxone and doxycycline, with or without metronidazole, for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. Clin Infect Dis. 2021;72(7):1181-89. doi: 10.1093/cid/ciaa101.
26. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1.
27. Zhilka NY, Mironyuk IS, Slabkiy GO. Characteristics of the reproductive health of female population in Ukraine. Wiad Lek. 2018;71(9):1803-08.

Стаття надійшла до редакції 02.02.2026. – Дата першого рішення 05.02.2026. – Стаття подана до друку 20.03.2026