

well enough, they are wide and in need of a separate consideration.

The aim of this work is a review of the data of conclusive medicine in the sense of efficacy and safety of the use of Ademethionin in liver diseases.

The results of three meta-analyses of the use of Ademethionin in hepatology are under consideration within the limits of this work:

1) meta-analysis of the clinical studies of Ademethionin in intrahepatic cholestasis (Frezza M., Terpin M., 1992; Frezza M., 1993);

2) meta-analysis (systematic review) of the results of the use of Ademethionin in the treatment of patients with hepatic diseases, and also patients with depression and osteoarthritis (Hardy M et al., 2002);

3) systematic review of Kokran cooperation devoted to the

more narrow aspect of the use of Ademethionin in alcoholic liver disease (Rambaldi A., Gluud C., 2006).

According to this dossier efficacy and safety of Ademethionin are proved in the treatment of intrahepatic cholestasis which is "the final general way" of many chronic hepatic diseases and pathological conditions of liver.

**Key words:** Ademethionin, Meta-analysis, Liver Diseases, Intrahepatic Cholestasis, Cholestasis in Pregnancy, Hepatitis, Liver Cirrhosis, Alcoholic Liver Disease.

Editorship of the journal «Український медичний часопис» "Ukrainian Medical Journal"

Впервые опубликована в УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 3 (83) – V/VI 2011 | www.umj.com.ua

УДК 616.12-008-085

**Б.И. АЙТЕНОВ, Г.Ш. ИБРАЕВА**

ТОО «Журек», г. Жезказган

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛОВИКСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

*В данной статье раскрывается клиническая эффективность и безопасность применения Кловикса у больных с ОКС.*

**Ключевые слова:** клопидогрел, острый коронарный синдром, Кловикс, ишемическая болезнь сердца.

**Н**есмотря на значительно возросший уровень медицинского обслуживания и развитие медицины в целом, сердечно-сосудистые заболевания удерживают лидирующие позиции в списках причин смертности и инвалидизации населения большинства стран мира. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире почти каждая третья смерть происходит от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Одной из клинических форм ИБС является острый коронарный синдром (ОКС), представляющий опасное для жизни проявление атеросклероза, которое сопровождается острым тромбозом, вызванным разрывом или эрозией атеросклеротической бляшки с сопутствующим сужением сосудов, провоцирующим внезапное и резкое снижение кровотока.

В настоящее время антитромбоцитарная терапия является неотъемлемой, патогенетически оправданной частью лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Тромбообразование играет ключевую роль в развитии различных сердечно-сосудистых осложнений. В патогенезе ишемических болезней органов и систем человеческого организма: ИБС (ОКС, ИМ (инфаркт миокарда)), ишемического мозгового инсульта, гангрены конечностей и других нарушений кровоснабжения органов и тканей значительное место занимают воспалительные и атеросклеротические повреждения сосудов с нарушением целостности интимы, замедление кровотока, дисбаланс свертывающей и противосвертывающей систем и нарушение реологических параметров крови.

При повреждении эндотелия сосудов различной этиологии происходит формирование тромба и вследствие этого – критическое сужение просвета сосудов или его полное закрытие (частичная или полная окклюзия). В нарушениях реологических параметров крови агрегационное состояние тромбоцитов и эритроцитов играет ведущую роль.

Современное лечение и профилактика сердечно-

сосудистых осложнений, в частности ИМ, невозможны без четкого представления механизмов тромбообразования, материальным субстратом которого являются тромбоциты, эритроциты, фибриноген. ИМ – ишемический некроз сердечной мышцы – в 95% случаев развивается в результате формирования тромба в коронарной артерии, что подтверждается данными аутопсии среди умерших в первые 3 ч от начала развития болевого синдрома и результатами коронарографического исследования у больных, поступивших в стационар в первые часы развития миокардиальной катастрофы.

В процессе тромбообразования тромбоцит проходит четыре стадии: активация, высвобождение активных биологических веществ (тромбоксаны, аденозиндифосфат АДФ, серотонин, гликопротеиновые (ГП) рецепторы – IIb/IIIa), агрегация и адгезия. Эти процессы (макро- и микро-тромбообразование) особенно бурно проявляются при дестабилизации коронарного кровотока – ОКС, включая ИМ. В основе макро- и микро-тромбообразования лежат механизмы, стимулирующие агрегационную активность тромбоцитов и эритроцитов – наличие ускоренного, турбулентного тока крови в суженном атеросклеротической бляшкой участке сосуда, что способствует повреждению эндотелия (с развитием эндотелиальной дисфункции) и «обнажению» коллагена, одного из главных факторов агрегации и адгезии тромбоцитов. Тромбоциты вступают в контакт с субэндотелиальным слоем, в частности с главным стимулятором адгезии – коллагеном, образуют отростки с образованием тромбоцитарных конгломератов (агрегация) и приклеиваются (адгезия) на этих участках, создавая белый тромб.

Активация тромбоцитов осуществляется катехоламинами, тромбином, АДФ, серотонином, коллагеном, тромбоксаном A2 – продуктом метаболизма арахидоновой кислоты.

В результате активации тромбоцитов происходит высвобождение из последних биологически активных ве-

ществ (АДФ, тромбоксан А2, серотонина) и лабильзация мембраны тромбоцита с образованием ГП-рецепторов IIb/IIIa под действием АДФ и тромбоксана А2.

Агрегация тромбоцитов – образование тромбоцитарных конгломератов в плазме крови – происходит при активации и взаимодействии ГП-рецепторов IIb/IIIa через образования фибриновых мостиков между тромбоцитами.

Адгезия – прилипание тромбоцитарных конгломератов к поврежденной интимае сосудов – контролируется фактором Виллебранда.

Таким образом, активация тромбоцитов – ключевой момент в патогенезе сердечно-сосудистых осложнений, во многом определяющий выраженность нарушений кровоснабжения органов и тканей (сердце, головной мозг, периферические сосуды), поэтому антиагрегационная терапия является патогенетически обоснованной.

С антитромбоцитарной целью используется ряд препаратов, в том числе и блокаторы рецепторов к аденозиндифосфату – тиенопиридины (тиклид, клопидогрел).

В крупных клинических исследованиях (CAPRIE, CURE, CREDO) почти у 35 тыс. больных получены доказательства того, что клопидогрел является эффективным и безопасным средством профилактики тромботических осложнений атеросклероза, лежащего в основе ИБС. Результаты исследования CURE оказались столь впечатляющими, что комбинация аспирина и клопидогрела была включена в рекомендации по лечению больных ОКС без ST на ЭКГ. Клопидогрел следует назначать вместе с аспирином немедленно после установления диагноза ОКС без ST (в 1-й день нагрузочная доза составляет 300 мг, в дальнейшем – по 75 мг ежедневно в течение 9-12 мес). При возникновении потребности в проведении аортокоронарного шунтирования клопидогрел следует отменить за 5 дней до операции.

В исследовании CURE более чем у 20% больных было выполнено чрескожное внутрикоронарное вмешательство (ЧКВ), в большинстве случаев со стентированием коронарной артерии. В рамках субисследования CURE-PCI (Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events – Percutaneous Coronary Intervention) планировалось оценить роль раннего назначения клопидогрела больным, подвергнутым ЧКВ. Для этого половине больных (n=1313) назначили клопидогрел в день поступления в стационар (в среднем за 10 дней до ЧКВ). Остальным больным (n=1345) клопидогрел был назначен в день выполнения ЧКВ (до этого они получали плацебо). Затем обе группы больных в течение 28 дней получали комбинацию аспирина + клопидогрел в «открытом» режиме, после чего 1-я группа продолжила комбинированную антитромбоцитарную терапию, 2-я вернулась к приему аспирина с плацебо.

Частота неблагоприятных исходов (сердечная смерть, ИМ и необходимость экстренной реваскуляризации) в течение 30 дней после ЧКВ в группе больных, получавших клопидогрел до ЧКВ, была достоверно ниже, чем в группе больных, начавших прием клопидогрела в день выполнения ЧКВ (4,5 и 6,4%, соответственно, p=0,03). У больных, получавших клопидогрел до ЧКВ и продолживших его прием по окончании 28-дневного периода «открытого» использования клопидогрела после ЧКВ, частота неблагоприятных исходов (сумма смертей и ИМ) в период от ЧКВ до окончания наблюдения была достоверно ниже (6%), чем в группе плацебо (8%; p=0,047).

Доказательства эффективности длительной (около 1 года) терапии клопидогрелом после ЧКВ, полученные у больных с ОКС в исследовании CURE-PCI, послужили основанием для организации нового крупномасштабного исследования CREDO (Clopidogrel for the Reduction of Events During Observation trial), целью которого было

изучение эффективности 12-месячной терапии клопидогрелом в дозе 75 мг/сут на фоне стандартной терапии, включающей аспирин, в сравнении с плацебо. В исследование включали больных ИБС с показаниями к ЧКВ (53% имели клиническую картину нестабильной стенокардии).

Все больные с 1-го дня после выполнения ЧКВ получали клопидогрел по 75 мг ежедневно в течение 28 дней. Рандомизация осуществлялась в две группы: больные в 1-й группе получали нагрузочную дозу клопидогрела 300 мг за 3-24 ч до ЧКВ, а затем по 75 мг ежедневно в течение 12 мес, во 2-й – вместо нагрузочной дозы клопидогрела было плацебо, и после 28-го дня до окончания времени наблюдения (12 мес) назначалось плацебо. Больные обеих групп на протяжении всего исследования получали аспирин.

Оказалось, что длительный прием клопидогрела больными после ЧКВ приводит к снижению риска смерти, развития ИМ и инсульта на 27%. Согласно Европейским рекомендациям АСС/АНА, пациентам, которым проводилось селективное ЧКВ или ЧКВ на фоне ОКС, клопидогрел назначается в течение 30 дней, при установке непокрытого стента – в течение 1 года, для пациентов, которым был установлен драг-элютинг стент, клопидогрел назначается в течение 1 года (без наличия высокого риска развития кровотечений). Для пациентов с высоким риском развития кровотечений клопидогрел назначается в течение как минимум двух недель.

Клопидогрел признан обязательным элементом антитромботического лечения при стентировании коронарных артерий. Причем данные исследований PCI CURE, CREDO указывают на необходимость начала лечения клопидогрелом не менее чем за 6 часов до внутрикоронарного вмешательства.

В рекомендациях Европейского общества Кардиологов (ESC) и в Алгоритмах диагностики и лечения ОКС отмечено, что применение клопидогрела следует начинать немедленно – во время первого медицинского контакта, так как большая часть нежелательных событий возникает после появления симптомов ОКС. Таким образом при ОКС важно быстрое угнетение активности тромбоцитов. Необходимо обеспечить надежность достижения этого эффекта, лечение клопидогрелом нужно начинать с нагрузочной (ударной) дозы. В клинических исследованиях, данными которых было обосновано включение клопидогрела в комплексное лечение ОКС, использовалась однократная нагрузочная доза 300 мг. Она была и включена в рекомендации по лечению этого состояния. Несколько позже установили, что более высокая доза (600 мг) приводит к скорейшему и более выраженному угнетению агрегации тромбоцитов без явного увеличения склонности к кровотечениям. Повышенную нагрузочную дозу клопидогрела (600 мг) целесообразно использовать в случаях предполагаемого в ближайшее время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Поддерживающая доза клопидогрела – 75 мг/сут. По определению ESC продолжительность применения клопидогрела составляет 12 месяцев после возникновения ОКС (как с подъемом, так и без подъема ST). Этот срок распространяется не только на больных, которым в остром периоде были имплантированы выделяющие лекарства стенты, но и на больных, леченных без применения инвазивных вмешательств, а также использовались другие стенты.

Нами проведено исследование по применению генерического препарата Кловикс (таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг), производитель АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая фабрика» Республика Казахстан. Сроки проведения исследования июль–октябрь 2013 г.

Цель исследования – оценка клинической эффективности и безопасности применения препарата Кловикс в лечении больных с ОКС.

**Материал и методы**

В исследование были включены больные с ОКС с подъемом *ST*, без подъема *ST* поступившие в кардиологическое отделение ТОО «Жүрек». Общее количество больных с ОКС составило 32, из них с ОИМ (острым инфарктом миокарда) – 10 (трансмуральным ИМ – 7, субэндокардиальным – 3, среди них мужчин – 9, женщин – 1). Число больных с нестабильной стенокардией составило 22 (мужчин – 14, женщин – 8). Возраст больных, принимавших участие в исследовании, от 41 до 80 лет. Согласно Алгоритмам диагностики и лечения ОКС Кловикс получали больные с ОКС моложе 75 лет в нагрузочной дозе 300 мг при первом медицинском контакте в сочетании с АСК в дозе 100 мг независимо от проведения реперфузионной терапии. Все больные дополнительно получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, аспирин). В дальнейшем поддерживающая доза Кловикса была 75 мг в сутки, а также после стабилизации состояния в течение 12-14 дней и при выписке из стационара больным с ОИМ с подъемом *ST*, с ОИМ без подъема *ST*, у больных с нестабильной стенокардией было рекомендовано применение Кловикса в сочетании с АСК в течение 1 года, контрольные осмотры через 1 месяц, 3 месяца для оценки приверженности к исследованию.

При разовом приеме Кловикса 300 мг у больных через 2 часа клинически не отмечалось побочных эффектов. В течение первой недели у больных оценивались картина периферической крови, показатели гемостаза – время кровотечения, АЧТВ, количество тромбоцитов, тесты функциональной активности тромбоцитов), показатели функциональной активности печени. После приема Кловикса в последующие дни в дозе 75 мг наблюдалось удлинение времени кровотечения, что сохранялось при повторных анализах.

При ежедневных осмотрах больных задавались вопросы на выявление симптомов кровоточивости (кровоточивость десен, гематурия, изменение цвета кала, меноррагии).

**Результаты и обсуждение**

Желаемый антиагрегантный эффект был достигнут у 31 пациента (96%) и сохранялся в течение всего периода наблюдения, что подтверждено лабораторными исследованиями. Количество тромбоцитов, уровень фибриногена, активность АЛТ, АСТ существенно не изменились. При этом отмечено увеличение времени, отражающего уровень протромбиновой активности, уменьшение степени «слипчивости» тромбоцитов в комплексы и тромбо-конгломераты, что и требовалось достигнуть у пациентов с ИБС.

Помимо улучшения коагуло-тестов, в частности снижения антиагрегантной активности тромбоцитов, выявлено уменьшение содержания С-реактивного белка (СРБ). Данный факт свидетельствует о противовоспалительных эффектах терапии и отражает уменьшение процессов дезорганизации в сосудистой стенке артерий, задействованных в атеросклеротическом повреждении. Такой выгодный для пациента с ИБС синергизм эффектов может обеспечить благоприятный отдаленный прогноз, позитивно отражается на качестве жизни.

Благоприятный антиагрегантный эффект у пациентов с ИБС, обеспеченный Кловиксом, отражает подобный эффект оригинального препарата, но достигается усилиями, в 2,5 раза менее затратными, что позволяет переориентировать будущий закуп и более рационально использовать бюджетные средства.

Следует отметить и тот факт, что терапия препаратом Кловикс проведена всем пациентам, включенным в группу наблюдения, и переносилась очень хорошо. Никаких серьезных ситуаций, потребовавших бы отмены препарата, зафиксировано не было. За период наблюдения смер-

тельных исходов не зарегистрировано, 2 случая приступов стенокардии, случаев кровотечения отмечено не было.

**Выводы**

Появление дженериков клопидогрела может только приветствоваться при условии их биоэквивалентности оригинальному препарату, а также определяет фармакоэкономическую целесообразность.

Исследованный нами Кловикс, зарегистрированный в Казахстане, полностью биоэквивалентен оригинатору, в суточной дозе 75 мг обладает выраженной антиагрегантной активностью у пациентов ИБС, хорошей переносимостью и относительно безопасен при длительном применении.

При более широком внедрении препарата Кловикс возможно существенное снижение риска развития кардиоваскулярных событий и улучшение прогноза у пациентов с ИБС.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Грацианский Н.А. Нестабильная стенокардия – острый коронарный синдром без подъемов сегмента *ST*. Антитромботическое лечение // Кардиология. 2000. – №12. – С. 12-24
- 2 Госпитальное лечение острых коронарных синдромов без подъема сегмента *ST*. Определение терминов. Рекомендации АКК/ААС, JACC 2000
- 3 Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъемов сегментов *ST* // Кардиология. – 2003. – №12. – С. 23-36
- 4 Руководство Европейского общества кардиологов по лечению острого инфаркта миокарда с повышением сегмента, 2012. – 53 с.
- 5 Абсеитова С.Р. Алгоритм диагностики и лечения острого коронарного синдрома. Методические рекомендации. – Астана, 2012. – 43 с.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Б.И. АЙТЕНОВ, Г.Ш. ИБРАЕВА**

ТОО «Жүрек», Жезказган қ.

**ЖКС (ЖЕДЕЛ КОРОНАРЛЫ СИДРОМДРОМЫ) НАУКА-СТАРЫНА КЛОВИКСТІ ҚОЛДАНУ ТАЖІРИБЕСІ**

Жедел коронарлық синдром науқастарының негізгі патогенетикалық емі антитромбоцитарлы терапия болып саналады.

Біздер генерикалық Кловикс (75 мг таблетка қабықпен қапталған) препаратын қолданып зерттеме жүргіздік, АО «Нобел Алматылық Фармацевтикалық фабрика» Қазақстан Республикасында шығарылған. Шілде 2013 – Қазан 2013 ж аралығында зерттеме жүргізілді.

**Зерттеменің мақсаты:** ЖКС науқастарының емінде препаратының клиникалық нәтижесі мен қауіпсіздігін бағалау.

**Материалы және әдісі:** Зерттемеге ТОО «Жүрек» кардиологиялық бөлімшесіне ЖКС *ST* көтерілуімен, *ST* сегментінің көтерілуінсіз түскен науқастар алынды. Жалпы ЖКС-мен науқастардың саны 32, олардың ішіндеЖИМ (Жедел инфаркт миокард) – 10, трансмуральды ИМ – 7, Субэндокардиальды – 3, олардың ішінде еркек – 9, әйел – 1. Тұрақсыз стенокардиямен – 22 (еркек – 14, әйел – 8), науқастардың жасы зерттемеге қатысқан 41ден – 80-ге дейін.

**Зерттеме нәтижелері:** күтілген антиагрегантты нәтиже 31 науқаста болды (96%) және толық бақылау кезеңінде сақталды. Лабораториялық зерттемемен дәлелденді.

**Қорытынды:** Клопидогрел дженерикасының пайда болуы мына жағдайда қабылданды. Мүмкін оригиналды препараттың биоэквиваленттілігінде, сонымен бірге фармакоэкономикалық мақсатта.

Біздің зерттеме жүргізілген Кловикс, Қазақстанда толық

биоэквивалент оригиналымен тіркелген, ЖИА науқаста тәуліктік

75 мг өлшемде айқын антиагрегантты белсенділігі бар, ұзақ қабылдағанда салыстырмалы қауіпсіз.

Кең ауқымды түрде препарат Кловиксті енгізсе ЖИА науқастарының нәтижесі жақсарады және кардиоваскулярдың дамуындағы қауіп төмендейді.

**Негізгі сөздер:** клопидогрел, өткір қан тамыры белгілері, Кловикс, жүректің ишемиялық ауруы.

#### SUMMARY

**B.I. AYTENOV, G.Sh. IBRAYEV**

"Zhurek" ALL, Zhezkazgan c.

#### EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATION KLOVIKS ON PATIENTS WITH ACS (ACUTE CORONARY SYNDROME)

Antithrombotic therapy is pathogenetic reasonable part of the treatment of patients with an acute coronary syndrome. We have provided research on application of generic preparation Kloviks (tablets covered with a cover 75mg), producer JSC Nobel Almaty Pharmaceutical Company of the Republic of Kazakhstan. Terms of carrying out research July 2013 – October, 2013.

**Research objective:** Assessment of clinical efficiency and safety of application of preparation Kloviks in treatment of patients with ACS.

**Materials and methods:** In research were included

patients with ACS with ST segment elevation, non-ST segment elevation arrived in cardiology department of "Zhurek" ALL. The total number of patients with ACS made 32, of them AMI (acute myocardial infarction) – 10 (transmural infarction – 7, subendocardial infarction – 3, among them men – 9, women – 1). The number of patients with unstable stenocardia made 22 (men – 14, women – 8). Age of the patients included in research 41-80 years.

**Results of research and discussion:** The desirable antiaggregant effect was reached at 31 patients (96%) and remained during the whole period of supervision that is confirmed with laboratory researches.

**Conclusions:** Emergence of clopidogrel generics can only be welcomed on condition of their bioequivalency to an original preparation, and also defines pharmacoeconomic expediency.

Kloviks in investigated by us registered in Kazakhstan completely bioequivalent to an originator, in a daily dose of 75 mg possesses the expressed antiaggregant activity at patients with ischemic heart disease, good tolerance and is rather safe at long application.

At more widespread introduction of preparation Kloviks it is possible to decrease essentially the risk of development of cardiovascular events and to improve the prognosis at patients with ischemic heart disease.

**Key words:** clopidogrel, acute coronary syndrome, Kloviks, coronary heart disease.

УДК 618.15-002-085:615.454.2

А.Р. САЛИМОВА, Р.Б. АБДУВАЛИЕВА, Н.А. ЕЛЕУСИЗОВА, С.Т. НУРКИНА

Катшагайская городская больница, г. Катшагай

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

В статье представлены результаты применения вагинальных суппозиториев Гексикон, производства российской компании «Нижегородской химико-фармацевтический завод» с целью лечения бактериального вагиноза у беременных женщин. Отмечен положительный результат исследования – улучшение микробиоценоза влагалища. Случаев непереносимости и побочного действия на организм матери и плода препарата Гексикон выявлено не было. Таким образом, применение суппозиториев Гексикон в акушерской практике является безопасным, что позволяет рекомендовать препарат как для терапии, так и для профилактической санации влагалища беременных.

**Ключевые слова:** Гексикон, бактериальный вагиноз, беременность.

**Н**а сегодняшний день бактериальный вагиноз – наиболее распространенный вид инфекционной патологии половых органов женщин репродуктивного возраста [1]. Бактериальный вагиноз наблюдается в 60-80% случаев в репродуктивном возрасте, в 25% – в ювенильном возрасте (Малышева С.В., 2001). Среди беременных он наблюдается в 10-46% случаев. В предменопаузальном периоде бактериальный вагиноз наблюдается у 60% женщин (Малышева С.В., Тютюник В.Л., 2001). Высока и частота рецидива бактериального вагиноза. По данным Прилепской В. Н., Байрамовой Г. В. (2002) рецидивы бактериального вагиноза в течение 2 лет и более наблюдаются в 40-70% случаев.

Бактериальный вагиноз сам по себе не опасен для жизни женщины. Бактериальный вагиноз часто сочетается с кандидозным вульвовагинитом и трихомонозом. Однако установлено, что он может приводить к тяжелым инфекционным осложнениям: послеродовому эндометриту, послеабортным осложнениям, сальпингиту, внутриамниотической бактериальной инфекции, хорионамниониту (Schmit C et al., 1992). Бактериальный вагиноз может способствовать несвоевременному из-

литию околоплодных вод, индукции преждевременных родов, нагноению послеоперационных ран; рождению детей с малой массой тела [1]. Беременные же являются наиболее уязвимыми в плане проникновения и активации возбудителей хронической внутриматочной инфекции, так как при беременности отмечается тенденция к активации резидентных микроорганизмов из-за сдвига баланса половых гормонов. При беременности инфекция из влагалища и цервикального канала проникает в плодовые оболочки, амнион, способствует внутриматочному инфицированию плода, развитию плацентарной недостаточности, задержке развития плода, невынашиванию беременности. До настоящего времени лечение дисбиотических состояний во время беременности остается сложной проблемой. Это связано с возможным влиянием используемых препаратов на плод. Выбор «идеального» противовоспалительного препарата, рекомендуемого для лечения инфекций нижних отделов уrogenитального тракта у беременных, должен отвечать ряду конкретных требований: в состав препарата не должны входить антибиотики; препарат должен обладать широким спектром действия; препарата не