

УДК 618.12-002.2

ГОНЧАРЕНКО В.М., ЩЕРБА О.А., ЛАСТОВЕЦЬКА Л.Д.,
ДОМБРОВСЬКИЙ Л.Е., ПОЗНЯК Д.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ

Запальні захворювання органів малого таза займають перше місце в структурі гінекологічної захворюваності, до найчастіших з яких відносять ураження додатків матки, і є однією з причин порушення функції не тільки репродуктивних органів, але і різних систем жіночого організму, безпліддю, зниженню якості життя. Дисбіоз піхви можна розглядати як початковий етап формування ендогенної інфекції. Дисбіоз піхви можна розглядати як початковий етап формування ендогенної інфекції. **Мета** – вивчення ефективності комплексної терапії із застосуванням комбінованого ферментного препарату, який містить стрептокіназу і стрептодорназу у лікуванні хронічного сальпінгоофориту і його наслідків. **Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 60 жінок репродуктивного віку з хронічним сальпінгоофоритом, із них 30 отримували рекомендовану нами комплексну терапію (1 група), іншим 30 проводили антибактеріальну терапію (2 група). 20 здорових жінок увійшло у контрольну групу. Всім обстеженим проведені загальноклінічні, цитологічні, бактеріоскопічні, бактеріологічні дослідження, ПЛР, УЗД органів малого тазу, загальний клінічний і біохімічний аналізи крові, гемостазіограма. Інтенсивність больового синдрому оцінювалась за візуальною аналоговою шкалою і картою болю. **Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчення динаміки клінічного статусу пацієнток показало наявність ниючого болю після проведеного лікування у пацієнток 1 групи у 13,3%, у 2 групі - 23,3%. За даними доплер-УЗД ознаки запалення у результаті лікування в 1 групі встановлено у 13,3%, у 2 групі - 20,0% випадків. Найближчі і віддалені результати лікування хронічного сальпінгоофориту, при лабораторному обстеженні показали нормалізацію мікрофлори піхви при бактеріологічному дослідженні через 3-6 місяців у 1 групі – у 90%, у 2 групі – 53,01% хворих; підвищення рівню лімфоцитів у 1,9 разів і моноцитів 1,6 разів у гемограмі жінок 1 групи проти відсутності зміни рівня лімфоцитів і підвищення рівня моноцитів у 1,4 рази у жінок 2 групи; відсутність достовірної різниці між показниками системи гемостазу у пацієнток контрольної групи і хворими 1 групи. Ефективності лікування у пацієнток 1 групи дослідження склала 86,7%, у 2 групі - 76,7%. **Висновки.** Поєднання використання комплексної антибактеріальної терапії, ферментного препарату локальної дії на основі стрептокінази і стрептодорнази з подальшим призначенням препаратів, відновлюючих нормальну мікрофлору піхви, є патогенетично обгрунтованим при лікуванні хворих із хронічним сальпінгоофоритом. Ефективність запропонованої терапії підтверджена зменшенням інтенсивності больового синдрому і позитивною динамікою показників УЗД після проведеного лікування у 1,5 рази у пацієнток 1 групи, ніж у 2 групі. Встановлено стійке відновлення мікробіоценозу у 1,6 рази частіше у жінок 1 групи, ніж у 2 групі вже через 14 днів після лікування, більш швидку нормалізацію показників гемограми (підвищення рівню лімфоцитів у 1,9 разів, моноцитів - у 1,6 разів), а також відсутність достовірної різниці між показниками згортуючої системи крові порівняно з контрольною групою, що свідчить про відсутність протеолітичної дії препарату.

Ключові слова: хронічний сальпінгоофорит, ускладнення, лікування, стрептокіназа і стрептодорназа.

Запальні захворювання органів малого таза посідають одне з провідних місць серед гінекологічної патології і складають 60–65% гінекологічних хворих, до найчастіших з яких відносять ураження додатків матки [1]. Передбачається, що до 2020 р.

кожна з двох жінок, що досягла 25-30-річного віку, перенесе гостре запальне захворювання статевих органів. Вони є частою причиною втрати непрацездатності, непліддя та інших ускладнень, а також викликають збільшенням затрат, пов'язаних зі зни-

женням якості життя хворих, негативно впливаючи на стан репродуктивного здоров'я жінки [2].

З ускладнень в першу чергу звертає увагу порушення фертильності у вигляді трубно-перитонеальної, ендокринної та маткової його форм. Трубно-перитонеальнн безпліддя формується за рахунок органічного або функціонального порушення прохідності маткових труб через запальний процес; ендокринне безпліддя – за рахунок овуляторних дисфункцій і порушень жовтого тіла, які бувають при запальному процесі в яєчниках; маткове безпліддя – за рахунок порушення дозрівання ендометрію при запальному процесі в матці [4].

Практичні гінекологи стикаються з низкою труднощів при лікуванні захворювань інфекційного генезу. В даний час до 80% таких захворювань проявляються в хронічних уповільнених формах, мають стерту симптоматику, рецидивний характер. Вони важко піддаються лікуванню антибактеріальними препаратами [4, 5].

Серед етіологічних чинників виникнення запального процесу в жіночих статевих органів на лідуючих позиціях донедавна вважали *Chlamydia trachomatis* і *Neisseria gonorrhoeae* [3, 7]. У США кожен рік реєструється понад 600 тис. хворих на уrogenітальній хламідіоз. В Англії розповсюдженість хламідійної інфекції найбільш висока у 15-19-річних жінок (800/100 тис. населення), у Швеції – 1000/100 тис. населення [2]. В Україні за даними 2003-2008рр. частота виявлення хламідіозу склала 10,99-11,7 випадків на 1 тис. населення у жінок репродуктивного віку [3]. Недавні дослідження показують, що частка випадків запальних захворювань органів малого таза, що відносяться до *N. gonorrhoeae* або *C. trachomatis*, знижується. Так серед жінок, з встановленим діагнозом гострого ЗЗОМТ, лише 50% мали доказове підтвердження будь-якого з цих збудників [6, 7].

На сучасному етапі важливу роль у виникненні ЗЗОМТ грає так звана нормальна мікрофлора статевих шляхів (анаероби, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, кишкові грамнегативні палички і *Streptococcus agalactiae*), тому дисбіоз піхви (як і дисбіоз в інших порожнинних органах) можна розглядати як початковий етап формування ендогенної інфекції [3, 7].

У зв'язку із цим все більше уваги надається пошуку оптимальних шляхів вирішення проблеми, пов'язаних із лікуванням наслідків запалення.

Основними препаратами для лікування хро-

нічних запальних захворювань органів малого таза є у першу чергу антибіотики і протизапальні препарати. З нашої точки зору велике значення у купіруванні клінічних проявів і ліквідації наслідків запалення належить також біологічно-активним речовинам – ензимам.

Стрептокіназа – енізм, що активує плазіноген, який міститься у крові людини, перетворюючи його у плазім, і має безпосередньо фібрінолітичну дію; усуває сладж-синдром формених елементів крові, що призводить до покращення мікроциркуляції і зменшення набряку, посилює проникнення антибіотиків та інших лікарських речовин у вогнище запалення, підвищення хемотаксиса макрофагів та інших імунокомпетентних клітин. Стрептодорназа представляє собою фермент ендонуклеазу, яка руйнує ДНК у результаті її глибокої деполімеризації. Вона розчиняє міжмолекулярні зв'язки нуклеопротейдів мертвих клітин і гною, полегшує резорбцію олігопротеїнів, активує фагоцитоз, не впливаючи при цьому на структуру і фізіологічну функцію здорових клітин.

Для ефективного використання у клінічній практиці, препарати, що містять ферменти, мають відповідати таким вимогам:

- сприяти швидкому лізису некротичних мас, відкладень фібрину і тромбів, швидкому зменшенню інфільтрації, набряку і клінічних проявів запалення;
- мати високу біодоступність;
- покращувати кровообіг і мікроциркуляцію у вогнищі запалення, попереджувати розвиток і сприяти ліквідації спайкового процесу;
- не мати побічної дії;
- бути високоефективним і комплаєнтним для пацієнтів.

Комбінований ферментний препарат, який містить у своєму складі дві активні субстанції стрептокіназу і стрептодорназу, показаний для використання при лікуванні хронічних запальних процесів маткових придатків, післяопераційних інфільтративних уражень органів малого таза, ендометритів, геморою при гострому та хронічному перебігу, параректальних абсцесів і нориць з великим запальним інфільтратом, гнійних каудальних кіст. Щодо використання препарату при лікуванні саме запальних захворювань органів малого таза у жінок існує небагато повідомлень, і його використання ґрунтується на сьогодні на досвіді клінічного застосування.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчення ефективності комплексної терапії із застосуванням комбінованого ферментного препарату, який містить стрептокіназу і стрептодорназу у лікуванні хронічного сальпінгофориту і його наслідків.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

У дослідження були включені 80 жінок фертильного віку, із них 60 - які хворіють на хронічний сальпінгофорит і (згідно протоколу) відповідали критеріям включення, і 20 практично здорових жінок. За віком, соціальним статусом, акушерсько-гінекологічним анамнезом групи були ідентичними і репрезентативними.

Критерії включення пацієнок у дослідження: клініко-лабораторне підтвердження діагнозу; вік пацієнок 18-40 років; інформована згода на участь у дослідженні; виконання усіх лікарських призначень. Всі пацієнтки дотримувались гігієнічного режиму.

Враховуючи модифіковані фактори ризику, такі як цукровий діабет, паління, гіпертонічна хвороба, порушення системи згортання крові, нами перед включенням у дослідження всі жінки були обстежені мультидисциплінарною командою спеціалістів, включаючи сімейного лікаря, ендокринолога, гастроентеролога, уролога. При наявності скарг, в процесі дослідження пацієнтки були оглянуті повторно відповідними спеціалістами.

Критерії виключення пацієнок із дослідження: декомпенсована форма цукрового діабету; онкологічні захворювання; захворювання, які супроводжуються нирковою недостатністю; захворювання печінки; тяжкі серцево-судинні захворювання; захворювання шлунково-кишкового тракту в стадії загострення; геморагічний діатез; зміни кровотворної та ретикулоендотеліальної системи; проходження лікування антикоагулянтами, препаратами, що містять кальцій; вагітність; ранній період після операцій на органи малого таза і прямої кишки; індивідуальна непереносимість компонентів препаратів.

Перед початком дослідження всі учасниці були розподілені на три групи.

1 групу склали 30 жінок з верифікованим діагнозом хронічного рецидивуючого сальпінгофориту, які отримували рекомендовану нами комплексну терапію, у склад якої окрім антибактеріальної

системної терапії був включений комбінований ферментний препарат, на основі стрептокінази і стрептодорнази у вигляді ректальних супозиторіїв.

У 2 групу були включені 30 пацієнок з хронічним рецидивуючим сальпінгофоритом, яким проводили антибактеріальну системну терапію.

У контрольну групу увійшло 20 здорових жінок з необтяженим гінекологічним анамнезом, які звернулись у жіночу консультацію клініки для профілактичного огляду.

Антибактеріальна терапія жінок з хронічним сальпінгофоритом 1-ї та 2-ї груп включала азитроміцин та цефазолін. Також для впливу на анаеробну мікрофлору призначався метронідазол. Усі препарати призначали у середніх терапевтичних дозах протягом 7-10 днів. З метою профілактики кандидамікозу пацієнтки отримували флуконазол внутрішньо у дозі 50 мг на добу протягом лікування антибіотиками.

Хворим 1-ї групи окрім антибактеріальної терапії призначали комбінований ферментний препарат, що містить стрептокіназу 15000 МО і стрептодорназу 1250 МО у вигляді ректальних супозиторіїв, за наступною схемою: по 1 супозиторію ректально 3 рази на добу протягом 3 днів, у подальші 3 дні – по 1 супозиторію 2 рази на добу, і у наступні 3 дні – по 1 супозиторію 1 раз на добу. Курс лікування тривав 7-10 днів. Також після закінчення курсу антибактеріальної терапії пацієнткам даної групи призначались лактобактерії внутрішньо у стандартних дозах протягом 10 днів.

Всім досліджуваним жінкам була рекомендована бар'єрна контрацепція (презерватив).

Для постановки діагнозу запальних захворювань органів малого таза ми використовували накази МОЗ України. Так, усім хворим були виконані наступні дослідження: вивчення анамнезу, гінекологічний огляд з обов'язковим цитологічним і бактеріоскопічним дослідженням вмісту піхви і цервікального каналу, ПЛР на інфекції що передаються статевим шляхом; бактеріологічне дослідження виділень цервікального каналу і сечі з визначенням флори і її чутливості до антибіотиків; УЗД органів малого таза. Лабораторні дослідження включали: загальний клінічний і біохімічний аналізи крові, гемостазіограма.

Протоколом дослідження були визначені терміни клініко-лабораторного обстеження пацієнок до початку і після закінчення лікування через 10-14 днів та 3-6 місяців. Враховувалась частота виник-

нення і характер побічних реакцій.

Для оцінки ефективності лікування враховувались наступні критерії: дані мікроскопічного і бактеріологічного дослідження; ступінь розвитку клінічних проявів сальпінгофориту; динаміка показників фибринолізу; нормалізація менструального циклу; тривалість курсу лікування і періоду непрацездатності.

Інтенсивність больового синдрому оцінювалась у балах від 0 до 10 за візуальною аналоговою шкалою (0 – відсутність ознаки, 10 – максимальна ступінь вираженості суб'єктивних відчуттів пацієнта, які він повідомляє лікарю). Ми також використовували Карту болю – схему тіла жінки (спереду, збоку, ззаду) на якій пацієнтка відмічала локалізацію болю і приблизно обсяг її розповсюдження (ірадіації) на поверхні тіла до і після лікування.

Для уніфікації результатів ультразвукових лінійно-об'ємних параметрів матки і яєчників, а також нівелювання впливу на розмір яєчників таких факторів, як домінуючий фолікул і жовте тіло, УЗД проводили у ранню фолікулярну фазу (4-7-й день) менструального циклу. Вказаний вибір терміну обстеження обумовлений і тим, що у 90% випадків у даної категорії хворих виникає клініка загострення хронічного запалення, і як наслідок порушення менструального циклу, яке частіше всього виникає у дану фазу менструального циклу.

Результати дослідження були оброблені методами варіаційної статистики з визначенням величини і середньої похибки, розбіжності величин вважались достовірними при $p < 0,05$ (для параметричних величин оцінювали за t – критерієм Стьюдента, для непараметричних – методом кутового перетворення Фішера).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Аналіз отриманих результатів показав, що середній вік пацієнток у 1 групі склав $31,6 \pm 5,2$ роки, у 2 групі – $32,8 \pm 4,7$ років.

В усіх обстежених жінок відмічена типова картина хронічного сальпінгофориту у стадії загострення, який у значній частині випадків проявляється поєднанням симптомів запалення і порушенням репродуктивної функції. Основними скаргами були больовий синдром, а також виділення зі статевих органів.

Середня тривалість захворювання склала

$4,8 \pm 0,5$ років. В 1 групі у 19 хворих і у 20 хворих 2 групи сальпінгофорит був діагностований повторно (в анамнезі вже проводилась протизапальна терапія). У 11 хворих 1 групи, які лишились, і 10 з 2 групи сальпінгофорит був діагностований вперше.

З перенесених гінекологічних захворювань в анамнезі у жінок 1 та 2 групи переважали запальні захворювання додатків матки (100%).

Ектопію шийки матки та/або цервіцит раніше було діагностовано у 60% жінок, ендометрит після абортів і пологів – у 18,3%, безпліддя – у 48,3%, позаматкова вагітність – у 5%, апоплексія яєчників – у 5% жінок. Порушення менструальної функції (вторинні гіпо- і гіперменструальні синдроми, вторинна аменорея, аномальні маткові кровотечі) відмічені у 78,3% пацієнток.

З екстрагенітальних захворювань найчастіше відмічались захворювання печінки (19 пацієнток – 31,7%). Також в анамнезі жінок були наявні гострі респіраторні захворювання, хронічний бронхіт, тонзиліт, холецистит.

Оцінюючи перебіг хронічного сальпінгофориту, одним із важливих факторів, що свідчить про ефективність лікування, є об'єктивний огляд і скарги хворих.

Оцінка інтенсивності болю проводилась на основі стандартизованої шкали. До початку лікування інтенсивність больового синдрому в обох групах була майже однаковою. Після проведеної терапії у 1 групі сумарна кількість балів за шкалою і по карті болю була у 3 рази менша, ніж у 2 групі (0,5 проти 1,5 бали). До лікування кількість пацієнток з гострим болем та ірадіацією болю в обох групах достовірно не розрізнялось: 80,0% випадків гострого болю в 1 групі і 86,7% - у 2 групі; 63,3% випадків ірадіації болю у 1 групі та 66,7% - у 2 групі. Після проведеного лікування протягом 10-14 днів, в 1 групі кількість пацієнток з ниючим болем була у 1,5 рази менша, ніж у 2 групі (13,3 проти 23,3%) (рис.1).

Динаміка таких суб'єктивних скарг, як білі, свербіж, дизуричні явища, порушення менструального циклу, обстежених пацієнток під впливом лікування, наведена на малюнку 1, вказує на ефективність проведеної антибактеріальної терапії у обох групах дослідження.

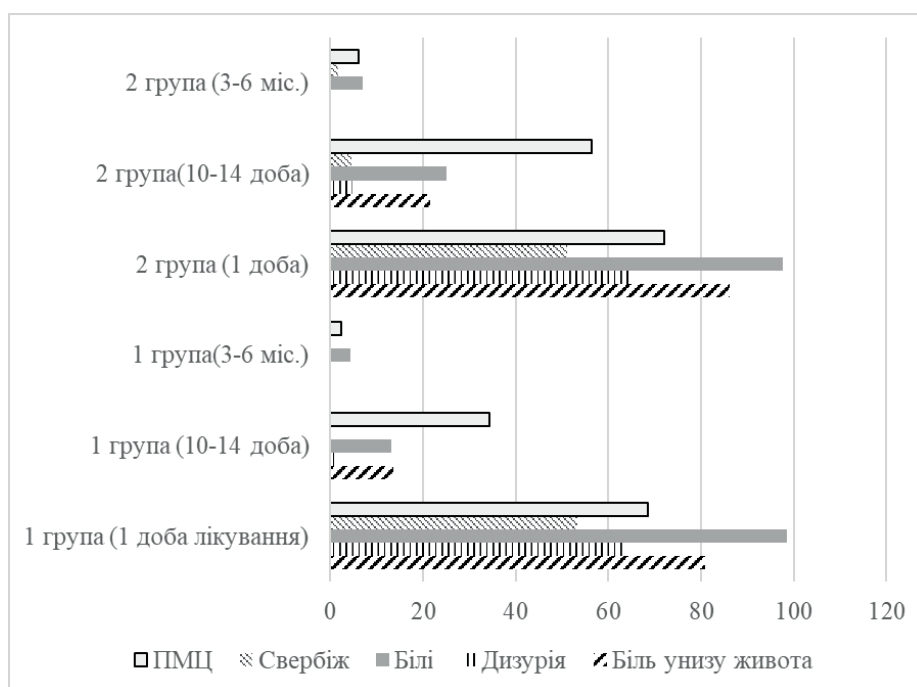


Рис. 1. Динаміка клінічних проявів захворювання у обстежених хворих (%)

При огляді у дзеркалах слизової оболонки піхви і піхвової частини шийки матки виявлені ознаки цервіциту у всіх обстежених пацієнток, а після проведеного комплексного курсу лікування, ці явища зникли.

Проведене бактеріологічне дослідження показало наявність у пацієнток обох груп ознак дисбактеріозу. Так у хворих із хронічним сальпінгофоритом, порівняно з контрольною групою спостерігались:

різке зниження кількості або відсутність переважання лактобактерій, які продукують H_2O_2 ;

збільшення кількості грамнегативних анаеробних бактерій – *Mobiluncus* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Fusobacteroides* spp.,

Peptostreptococcus spp., а також *S. trachomatis* і рідше *M. Hominis* і *U. urealyticum*, та у невеликій кількості *Candida* spp. ($p < 0,05$).

Зміни мікрофлори піхви показали зменшення частки патогенної мікрофлори і нормоценозу вмісту піхви одразу після лікування у переважній більшості хворих 1 і 2 груп обстеження (78,1% і 81,6% відповідно), що свідчить про ефективність проведеного антибактеріального лікування. Проте вже через 10-14 днів після закінчення терапії стійке відновлення мікробіоценозу було різним і склало 91,7% у 1 групі і 54,2% у 2 групі жінок. Такі самі результати зберігались і через 3-6 місяців після лікування: у 1 групі - 90%, у 2 групі - 53,01% (рис. 2).



Рис. 2. Зміни мікрофлори піхви у обстежених хворих (%)

Оцінюючи віддалені результати лікування (через 3-6 місяців після початку терапії) у хворих 1 групи, слід відмітити на більш швидку нормалізацію гемограми. Так, у лейкоформулі пацієнок, які отримували комплексне лікування, у склад якого входив комбінований ферментний препарат, на основі стрептокінази стрептодорнази у вигляді ректальних супозиторіїв, відмічено підвищення рівню

лімфоцитів і моноцитів у 1,9 і 1,6 разів відповідно, що свідчить про перехід запального процесу у стадію репарації. Таким чином, препарат характеризується гарною загальною і місцевою толерантністю і широким спектром терапевтичної безпеки. У жінок 2 групи нами не встановлено зміну рівня лімфоцитів, а рівень моноцитів підвищився у 1,4 рази (табл. 1).

Таблиця 1

Зміни гемограми обстежених хворих

Показники крові	1 група		2 група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Гемоглобін, г/л	120,3±2,5	128,0±1,9 *	123,3±1,8	122,4±2,3
Еритроцити, %	4,3±0,1	4,6±0,11 *	4,0±0,1	4,3±0,06 *
Лейкоцити, 1×10 ⁹ /л	9,7±1,7	4,6±0,9 *	9,3±2,5	6,5±1,3 *
Паличкоядерні лейкоцити, %	10,5±0,4	3,4±0,2 *	7,3±0,3	3,9±0,3 *
Сегментоядерні лейкоцити, %	59,1±0,01	57,4±0,4 *	56,7±0,2	60,1±0,3 *
Лімфоцити, %	19,5±2,6	36,4±2,3 *	31,4±0,23	30,1±0,45 *
Моноцити, %	5,8±0,1	9,2±0,01 *	5,6±0,2	7,9±0,3 *
Еозинофіли, %	4,5±0,5	1,9±0,4 *	3,6±0,4	2,7±0,3 *
ШОЕ, мм/год	24,1±3,2	10,9±1,1 *	26,2±2,4	12,0±1,9 *

Примітка: * - різниця достовірна порівняно з показниками до лікування ($p < 0,05$).

Нами були вивчені показники гемостазіограми хворих, враховуючи наступні дані: теоретична можливість при тривалому використанні комбінованого ферментного препарату на основі стрептокінази і стрептодорнази розвитку порушень у системі згортання крові у вигляді зниження рівня фібриногену і, як наслідок, порушення реологічних властивостей крові, підвищення її в'язкості і створення гіперкоагуляційного фону, що може вплинути на менструальну функцію жінки і підвищити можливість кровотеч; також реакції коагуляції у локальному кровотоці у відповідь на інфікування або пошкодження тканин у організмі.

Отримані нами дані гемостазіограми свідчать про відсутність достовірної протеолітичної дії препарату на показники крові у хворих 1 групи протягом лікування (табл. 2). Так, нами встановлено лише на 14 добу незначне подовшення часу згортання крові, що склало 4,1±0,1 хв., а також збільшення протромбінового часу до 17,2±0,3 сек., порівняно з 1-ю добою

лікування (3,4±0,32 хв. і 15,5±0,1 сек. відповідно) і показниками контрольної групи (3,7±0,21 хв. і 12,6±0,36 відповідно) (табл. 2). Через 3-6 місяців від початку терапії нами відмічена тенденція до покращення показників згортуючої системи крові, про що свідчить відсутність достовірної різниці між показниками у пацієнок контрольної групи і хворими 1 групи.

Стрептокіназа, яка входить у склад комбінованого ферментного препарату, можливо, є антигеном, який сприяє утворенню у крові реакції антиген-антитіло, що гальмує активацію плазміногену. Цим можна пояснити і той факт, що стрептокіназа не призводить до лізису фібрину. Зменшення у 1,6 рази величини позитивної реакції етанолового тесту (46,7%) на 14 добу лікування, порівняно із даними до лікування (76,6%), є показником нормалізації системи гемостазу і свідчить про ефективність антитромботичного ефекту комбінованого ферментного препарату у складі комплексної терапії хронічного сальпінгофориту (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка змін у системі гемостазу обстежених хворих

Показники крові	1 доба		10-14 доба		Через 3-6 міс.		Контрольна група
	1 група	2 група	1 група	2 група	1 група	2 група	
Час згортання крові, хв.	3,4±0,32	3,4±0,2	4,1±0,1 **	3,3±0,1	3,7±0,25	3,3±0,3	3,7±0,21
Протромбіновий час, сек.	15,5±0,1*	15,3±0,4*	17,2±0,3**	15,4±0,3 **	16,0±0,3 **	15,0±0,2 **	12,6±0,36
Фібринолітична активність, хв.	170±0,5*	168±0,2*	120±0,05 **	166±0,4 **	160±0,4 **	167±0,24 **	165±0,03
Ретракція кров'яного згортка, %	70±0,01*	71±0,01*	55±0,1**	69±0,03 **	65±0,01 **	70±0,02 **	72±0,01
Фібриноген плазми, г/л	4,5±0,2*	3,9±0,03*	2,0±0,05 **	3,8±0,03 **	3,8±0,01 **	3,6±0,03 **	3,01±0,05
Позитивний етаноловий тест, %	76,6	73,3	46,7	66,6	0	0	0

Примітка: * - різниця достовірна відносно контрольної групи ($p < 0,05$);

** - різниця достовірна порівняно з показниками до лікування ($p < 0,05$).

Аналіз динаміки менструальної функції після проведеної нами комплексної терапії показав тенденцію до її нормалізації. Так, у жінок 1 групи менструальний цикл установився у термін 1,2±1,5 місяці. Тривалість менструальної кровотечі через 3-6 місяців після лікування варіювала від 4 до 7 днів при середній тривалості менструального циклу 28,5±1,3 дні.

Результати клінічної ефективності запропонованої нами терапії підтверджені і динамікою показників УЗД. При піхвовому ультразвуковому дослідженні у жінок 1 групи була виявлена достовірна позитивна динаміка, яка виявлялася у зменшенні розмірів яєчників і їх болючості, зникненні патологічного випоту, розсмоктуванні злукових утворень. За даними доплер-ультразвукового дослідження вираженість ознак запалення (зниження кровоплину у матковій і яєчниковій артеріях, наявність рідини у дугласовому просторі, ознаки гідросальпінксу) у результаті лікування в 1 групі була у 1,5 рази рідша, ніж у 2 групі (13,3% проти 20,0%).

При оцінці безпеки і переносимості комбінованого ферментного препарату на основі стрептокінази і стрептодорнази серйозних побічних ефектів, у тому числі алергічних реакцій, достовірно пов'язаних з прийомом препарату, не було виявлено. Нами не було зафіксовано жодного випадку маткової кровотечі або появи кров'янистих виділень з піхви.

Оцінюючи найближчі і віддалені результати лікування хронічного сальпінгофориту, нами встановлені значні переваги запропонованої нами комплексної терапії хронічного сальпінгофориту у пацієток 1 групи дослідження, що виражалось у покращенні процесів мікроциркуляції додатків матки, швидкому купіруванні больового синдрому, ефективності лікування у 86,7%, що одночасно є профілактикою незворотніх структурно-морфологічних змін тканин. Ефективність лікування у жінок 2 групі склала 76,7%.

ВИСНОВКИ

Поєднання використання комплексної антибактеріальної терапії, ферментного препарату локальної дії на основі стрептокінази і стрептодорнази з подальшим призначенням препаратів, відновлюючих нормальну мікрофлору піхви, є патогенетично обґрунтованим при лікуванні хворих із хронічним сальпінгофоритом, ефективність якої у пацієток 1 групи дослідження встановлена у 1,1 разів вища і склала 86,7%, ніж у 2 групи (76,7%).

Результати клінічної ефективності запропонованої нами терапії підтверджені зменшенням інтенсивності больового синдрому і динамікою показників УЗД після проведеного лікування у 1,5 рази у пацієток 1 групи, ніж у 2 групі.

Зміни мікрофлори піхви показали більш пер-

спективні результати у жінок 1 групи, де стійке відновлення мікробіоценозу встановлено у 1,6 рази частіше, ніж у 2 групі вже через 14 днів після лікування.

Віддалені результати лікування (3-6 міс.) у хворих, які у складі комплексної терапії отримували комбінований ферментний препарат на основі стрептокінази і стрептодорнази локальної дії, показали більш швидку нормалізацію показників гемограми (підвищення рівню лімфоцитів у 1,9 разів, моноцитів - у 1,6 разів), а також відсутність достовірної різниці між показниками згортаючої системи крові порівняно з контрольною групою, що свідчить про відсутність протеолітичної дії препарату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бенюк В.А., Ластовецкая Л.Д., Усевич И.А., Щерба Е.А., Самсонова С.С. Современные подходы к диагностике и лечению воспалительных заболеваний придатков матки. // Здоровье женщины, 2008, №2 (34) – С. 67-70.
2. Корнацька А.Г., Вовк І.Б., Чубей Г.В. Запальні захворювання органів малого таза, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом // Здоров'я України., 2012., №4. – С.38-39.
3. Косей Н.В. Современные принципы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. / Н.В. Косей // Репродуктивная эндокринология 2013. - №1 (9). – С. 78-85.
4. Ришук С.В., Малишева А.А. Эндогенная микробиота влагалища и ее нарушение. Диагностика и принципы коррекции // TERRA MEDICA. - № 2. - 2014. – С. 9-21.
5. Burnett AM, Anderson CP, Zwank MD. Laboratory-confirmed gonorrhea and/or chlamydia rates in clinically diagnosed pelvic inflammatory disease and cervicitis. Am J Emerg Med 2012;30:1114-7).
6. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Meyn L, et al. Mycoplasma genitalium – is it a pathogen in acute pelvic inflammatory disease (PID)? STI & AIDS World Congress 2013 (Joint Meeting of the 20th ISSTD and 14th IUSTI Meeting); July 14-27, 2013; Vienna, Austria.
7. Workowski K.A., Bolan G.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042815>.

REFERENCES

1. Benyuk V. A., Lastovetskaya L. D., Usevich I. A., Shcherba E. A., Samsonova S. S. Modern approaches to the diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the uterus. Women's Health. 2008;2(34):67-70.
2. Kornatska A.G., Vovk I.B., Chubei G.V. Zapalnye seizure of the pelvic organs, due to infections, which are transmitted by the style of the hat. Health's Ukraine. 2012;4:38-39.
3. Kosey N.V. Modern principles for the treatment of inflammatory diseases of the female genital organs. Reproductive Endocrinology. 2013;1(9):78-85.
4. Rischuk S.V., Malisheva A.A. Endogenous vaginal microbiota and its violation. Diagnosis and principles of correction. TERRA MEDICA. 2014;2:9-21.
5. Burnett AM, Anderson CP, Zwank MD. Laboratory-confirmed gonorrhea and/or chlamydia rates in clinically diagnosed

pelvic inflammatory disease and cervicitis. Am J Emerg Med. 2012;30:1114-7.

6. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Meyn L, et al. Mycoplasma genitalium – is it a pathogen in acute pelvic inflammatory disease (PID)? Proceeding of the STI & AIDS World Congress 2013 (Joint Meeting of the 20th ISSTD and 14th IUSTI Meeting); July 14-27; Vienna, Austria; 2013.
7. Workowski K.A., Bolan G.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042815>.

РЕЗЮМЕ

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

ГОНЧАРЕНКО В.Н., ЩЕРБА Е.А.,
ЛАСТОВЕЦКАЯ Л.Д., ДОМБРОВСКИЙ Л.Э.,
ПОЗНЯК Д.О.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца,
кафедра акушерства и гинекологии №3., г.
Киев

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости, к наиболее частым из них относят поражения придатков матки, что является одной из причин нарушения функции не только репродуктивных органов, но и различных систем женского организма, бесплодия, снижения качества жизни. Дисбиоз влагалища можно рассматривать как начальный этап формирования эндогенной инфекции. **Цель** - изучение эффективности комплексной терапии хронического сальпингоофорита и его последствий. **Материалы и методы исследования.** Обследовано 60 женщин репродуктивного возраста с хроническим сальпингоофоритом, из них 30 получали рекомендованную нами комплексную терапию (1 группа), остальным 30 проводили антибактериальную терапию (2 группа). 20 здоровых женщин вошло в контрольную группу. Всем обследованным проведены общеклинические, цитологические, бактериоскопические, бактериологические исследования, ПЦР, УЗИ органов малого таза, общие клинические и биохимические анализы крови, гемостазиограмма. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале и картой боли. **Результаты исследования и их обсуждение.** Изучение динамики клинического статуса пациенток показало наличие ноющей боли после проведенного лечения у пациенток 1 группы у 13,3%, во 2 группе – у 23,3%. По данным доплер-УЗИ признаки воспаления в результате лечения в 1 группе установлено в 13,3%, во 2 группе – в 20,0% случаев. Ближайшие и отдаленные результаты лечения хронического сальпингоофорита, при лабораторном обследовании показали нормализацию микрофлоры влагалища при бактериологическом исследовании через 3-6 месяцев в 1 группе - у 90%, во 2 группе - 53,01% больных; повышение уровня лимфоцитов в 1,9 раз и моноцитов 1,6 раз в гемограмме женщин 1 группы против отсутствия изменения уровня лимфоцитии и повышение уровня моноцитов в 1,4 раза у женщин 2 группы; отсутствие достоверной разницы

между показателями системы гемостаза у пациенток контрольной группы и больными 1 группы. Эффективности лечения у пациенток 1 группы исследования составила 86,7%, во 2 группы - 76,7%. **Выводы.** Сочетание использования комплексной антибактериальной терапии, ферментного препарата локального действия на основе стрептокиназы и стрептодорназы с последующим назначением препаратов, восстанавливающих нормальную микрофлору влагалища, является патогенетически обоснованным при лечении больных с хроническим сальпингоофоритом. Результаты клинической эффективности предложенной нами терапии подтверждены уменьшением интенсивности болевого синдрома и позитивной динамикой показателей УЗИ после проведенного лечения в 1,5 раза у пациенток 1 группы, чем во 2 группе. Установлено устойчивое восстановление микробиотоза у обследованных в 1,6 раза чаще в 1 группе, чем во 2 группе уже через 14 дней после лечения, более быструю нормализацию показателей гемограммы (повышение уровня лимфоцитов в 1,9 раз, моноцитов - в 1,6 раза), а также отсутствие достоверной разницы между показателями свертывающей системы крови по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует об отсутствии протеолитического действия препарата.

Ключевые слова: хронический сальпингоофорит, осложнения, лечение, стрептокиназа и стрептодорназа.

SUMMARY

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS.

GONCHARENKO V.M, SHCHERBA O.A,
LASTOVETSKA L.D., DOMBROVSKYI L.E,
POZNIAK D.O.

Bogomolets National Medical University
Department of Obstetrics and Gynecology №3,
Kyiv

Inflammatory diseases of the pelvic organs occupy the first place in the structure of gynecological morbidity, the most common of which are lesions of the uterine appendages, and is one of the causes of dysfunction not only reproductive organs but also various systems of the female body, infertility, reduced quality of life. Vaginal dysbiosis can be considered as the initial stage in the formation of an endogenous infection. **The aim** is to study the effectiveness of

complex therapy of chronic salpingo-ophoritis and its consequences. **Materials and methods of research.** 60 women of reproductive age with chronic salpingoophoritis were examined, 30 of them received our recommended complex therapy (group 1), the other 30 received antibacterial therapy (group 2). 20 healthy women were included in the control group. All subjects underwent general clinical, cytological, bacterioscopic, bacteriological studies, PCR, ultrasound of the pelvic organs, general clinical and biochemical blood tests, hemostasiogram. The intensity of the pain syndrome was assessed by a visual analog scale and a pain map. **The results of the study and their discussion.** The study of the dynamics of the clinical status of patients showed the presence of aching pain after the treatment in patients of group 1 in 13.3%, in group 2 - in 23.3%. According to Doppler ultrasound, signs of inflammation as a result of treatment in group 1 were found in 13.3%, in group 2 - in 20.0% of cases. The immediate and long-term results of treatment of chronic salpingo-oophoritis, in laboratory examination, showed the normalization of the vaginal microflora during bacteriological examination after 3-6 months in group 1 - in 90%, in group 2 - 53.01% of patients; an increase in the level of lymphocytes by 1.9 times and monocytes by 1.6 times in the hemogram of women in group 1 against the absence of changes in the level of lymphocytes and an increase in the level of monocytes by 1.4 times in women in group 2; no significant difference between the indicators of the hemostasis system in patients of the control group and patients in group 1. The effectiveness of treatment in patients of group 1 of the study was 86.7%, in group 2 - 76.7%. **Conclusions.** The combination of the use of complex antibiotic therapy, an enzyme preparation of local action based on streptokinase and streptodornase, followed by the administration of drugs that restore the normal vaginal microflora, is pathogenetically justified in the treatment of patients with chronic salpingo-oophoritis. The results of the clinical efficacy of the proposed therapy were confirmed by a decrease in the intensity of the pain syndrome and a positive dynamics of ultrasound indicators after treatment by 1.5 times in patients of group 1 than in group 2. A stable restoration of microbiocenosis in the examined patients was established 1.6 times more often in group 1 than in group 2 already 14 days after treatment, faster normalization of hemogram parameters (increase in the level of lymphocytes by 1.9 times, monocytes by 1.6 times) , as well as the absence of a significant difference between the indicators of the blood coagulation system in comparison with the control group, which indicates the absence of the proteolytic effect of the drug.

Key words: chronic salpingoophoritis, complications, treatment, streptokinase and streptodornase.