

С.О. Іванюта, А.І. Іванюта

## ЕНЗИМОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України*

ЕНЗИМОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА. В статті представлені матеріали по сумісному застосуванню ензимотерапії та протизапального лікування інфекційних захворювань органів малого таза. Показано раціональне їх поєднання, що підвищує ефективність лікування, скорочує час перебування хворих на стаціонарному лікуванні, сприяє зменшенню побічних впливів на організм антибіотиків та інших лікарських засобів.

ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. В статье представлены материалы по совместному применению энзимотерапии и противовоспалительного лечения инфекционных заболеваний органов малого таза. Показано рациональное их совмещение, что повышает эффективность лечения, сокращает время пребывания больных на стационарном лечении, уменьшает побочное влияние на организм антибиотиков и других лекарственных средств.

The articles represents materials about co-utilization of ensimopatia and anti-inflammatory treatment of infections diseases of organs of small pelvis. Here are shoughtu there ration connection with arises the essicacy of treatment make the time of station treatment promound decrease of said affect of antibiotics and other remedies on human body.

**Ключові слова:** ензимотерапія, антибіотики, запалення, лікування, геніталії.

**Ключевые слова:** ензимотерапия, антибиотики, воспаление, лечение, гениталии.

**Key words:** ensimoterapy, antibiotics, inflammation, treatment, genitals.

**ВСТУП.** На початку нового тисячоліття інфекційні хвороби є однією з найважливіших проблем медицини, вони суттєво впливають на здоров'я жінок дитородного віку. За даними літератури запальні процеси статевих органів становлять 60-65% серед амбулаторних і 30% поміж стаціонарних хворих (1,2). В сучасних умовах зростає кількість хронічних в'ялопротікаючих форм запальних захворювань геніталій зі стертою симптоматикою.

Хронічні запальні процеси статевих органів нерідко є причиною формування такої патології як ендометріоз, лейоміома матки, гіперпластичні процеси, неплідність, неопластичні захворювання шийки матки тощо (5).

Запальні захворювання геніталій найчастіше мають висхідний характер, починаючи з вульвовагінітів, цервіцитів. Результати епідеміологічних досліджень показали, що 27-39% пацієнток акушерсько-гінекологічних клінік страждають вагінітами, які обумовлені наявністю бактеріального інфікування (40-50%), вульвовагінального вагінозу (20-25%) та трихомоніазу (10-15%). У 15-20% пацієнток спостерігається змішана інфекція (5). До збудників запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) відносяться мікроорганізми, які уражують циліндричний епітелій матки: гонококи, хламідії, мікоплазми, віруси, умовно-патогенні штами аеробної та анаеробної інфекції.

При наявності хронічного запального процесу в різних відділах статевої системи у 45% жінок висівається хламідійна та уреоплазмозова інфекція. Поєднання хламідій з уреоплазмами відмічалось у 13,2%, з трихомонадами – у 29,4% , з гарднерелами – у 15,9%, з грибами – у 19,1%. У 42% обстежених висівались двох та трьохкомпонентні асоціації цих мікроорганізмів (2,6).

Терапія запальних захворювань придатків матки, вагінітів, екзо- та ендоцервіцитів включає в себе застосування засобів, залежно від даних мікробіологічного та спеціальних методів дослідження (1). Тому на теперішній час золотим стандартом місцевого лікування вульвовагінітів та цервіцитів змішаної етіології є застосування комплексних препаратів з антимікотичною, антипротозойною та антибактеріальною дією. До таких препаратів відносяться: кліон Д, тержинан, поліжинакс, бетадін, пімафуцин, ліварол, гексікон, клотримазол тощо. При лікуванні бактеріального вагінозу застосовується 0,75% метронідазоловий гель, далацин – вагінальний крем, який діє на анаеробну флору піхви.

В необхідних випадках при трихомоніазі, хламідіозі, уреоплазмозі, кандидозі місцеве лікування вагінітів та цервіцитів доповнюється пероральним прийомом препаратів (трихопол, флагіл, тінідазол, фазіжин, тіберал, атрикан). При кандидозному вагініті застосовується флуконазол,

дифлюкан, дифлазол, мікостіс; при бактеріальному вагінозі – солко-триховак (2, 6).

Корекція мікробіоценозу піхви проводиться еубіотиками: лактобактерин, ацилакт, нарине, а імунного фону – лікопід, декарис, тіпферон, віферон, мікожинакс, імунофан.

При наявності висхідної інфекції та виникнення запальних захворювань придатків матки застосовується комплексне лікування, яке включає антимікробну, детоксикаційну терапію, диференційовану імунотерапію.

Антимікробні препарати діють на основні патогенні мікроорганізми і призначаються або в комбінації, або при достатньо високій клінічній ефективності у вигляді монотерапії. Дія на активність медіаторів і модуляторів запалення також досягається призначенням нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, вольтарен, ортофен, індометацин, ібупрофен або піроксікам) (3, 6).

Тривала та масивна медикаментозна терапія несприятливо впливає на стан гомеостазу, імунитет, гемокоагуляцію. Саме тому нині існує проблема, пов'язана з необхідністю зменшити негативний вплив та дози різних лікувальних препаратів і при цьому збільшити їх протизапальний ефект. Пошуки та використання препаратів з протизапальною дією і більш фізіологічними за своєю природою спонукали різних за профілем спеціалістів застосувати в комплексному лікуванні низку ензимних препаратів – середників біостимулюючого характеру. Тому в комплексному лікуванні у жінок з ЗЗОМТ ми застосували ензимний препарат вобензим.

Мета дослідження – вивчити доцільність поєднаного застосування ензимотерапії та комплексного антибіотиколікування у жінок з ЗЗОМТ.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.** Обстеження та лікування проведено у 90 жінок з хронічними запальними захворюваннями органів малого таза. Першу групу (60 хворих) склали жінки, яким у комплекс протизапальної терапії включали вобензим, в другій групі (30 хворих) застосовували традиційну протизапальну терапію. Всі хворі були віком від 18 до 40 років, середній вік становив  $26,8 \pm 2,4$  року. У 67% запальний процес поєднувався зі спайковим процесом I-III ступеня, у 43% – з полікістозом яєчників, у 14% – з аденоміозом та ендометріозом придатків, у 10% – з лейоміомою матки.

Тривалість захворювання становила  $7,3 \pm 1,3$  року. Всі хворі в минулому неодноразово лікувались як в стаціонарі, так і амбулаторно. Проводилась протизапальна, санаторно-курортна, реабілітаційна терапія. 18% хворих перенесли хірургічне лікування, як на органах малого таза, так і черевної порожнини. З гінекологічних хірургічних втручань переважала тубектомія (6%) з приводу позаматкової вагітності, рідше проводилась кістектомія або клиновидна резекція (3,6%). До лікування кожній хворій проводилось клініко-пара-

клінічне обстеження (загальний аналіз крові, біохімічні обстеження, бактеріоскопічне, бактеріологічне, ехоскопічне, ендоскопічне, рентгенологічне, та імунологічне). Спайковий процес I – II ступеня був у 47% обстежених, III ступеня – у 20%. Ендометріоз матки та маткових труб виявлено у 14% хворих. Двофазний цикл установлено у 35% хворих. Частіше спостерігалось укорочення другої фази менструального циклу (40%). Ановуляторний цикл був у 23% обстежених. Запальний тип базальної температури виявлено у 37% хворих.

За результатами обстеження мікробіоценозу геніталій у 92,3% обстежених виявлено асоціативний тип обсіменіння геніталій. Частота асоціацій була більшою у тих хворих, де запальний процес поєднувався з ендометріозом (63%), меншою – у хворих з лейоміомою (41%) та найменшою – у хворих з полікістозом яєчників (24%). У хворих з ендометріозом та лейоміомою виявлені дисбіотичні порушення з переважанням аеробних мікроорганізмів. Найчастіше висівались різні види стафілококів, та зеленящий стрептокок, протей, кишечна паличка, ентеробактер, клебсієла. У більшості хворих виявлено дво- (25,7%), три- (11%) та чотирикомпонентні (5,6%) видові асоціації мікроорганізмів, до складу яких входять: коки, грамвід'ємні палички, хламідії, мікоплазми. Гриби роду *Candida* виявлено у 42,1% випадків. Анаероби висівались у 13,3% пацієнток і представлені пептококами та лактобацилами.

До лікування у всіх хворих відмічалось суттєве зниження відсотного вмісту T- і B-лімфоцитів. Для характеристики рівня неспецифічної реактивності організму визначався C3-компонент компліменту в сироватці крові та цервікальному слизу методом імунодифузії, а також концентрація лізоциму.

Ефективним методом впливу на реакцію запалення, імуногемостаз та інші параметри організму є системна ензимотерапія.

Обидві групи обстежених хворих були репрезентативними. Хворі 1 групи поряд з комплексною терапією, яка включала пірогенал, циклоферон, антибіотики, які підбирались індивідуально, з урахуванням мікробіоценозу, антикандидозні, десенсибілізуючі препарати, метранідазол, вітаміни, отримували вобензим по 5 драже 3 рази на добу за 20 хвилин до прийому їжі протягом 15 днів, а також місцеву санацію піхви. Друга група хворих отримувала все те, що і перша, окрім вобензиму.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Хворі першої групи через 5-6 днів від початку лікування відмічали покращення загального стану, зменшення болю внизу живота, нормалізувалась температура тіла, сон, апетит, функції суміжних органів.

При бімануальному обстеженні у 91,4% зник біль при пальпації, інфільтрація тканин, збільшилась рухомість матки.

Результати параклінічних обстежень також покращились. При наявності лейкоцитозу, останній в процесі лікування нормалізувався з  $8,7 \pm 1,5 \cdot 10^9$  до  $6,5 \pm 0,7 \cdot 10^9$   $p < 0,05$ , а при вихідній лейкопенії з  $4,1 \pm 0,5 \cdot 10^9$  лейкоцити збільшувались до  $5,6 \pm 0,4 \cdot 10^9$ . ШЗЕ знижувалось з  $23,7 \pm 1,6$  до  $9,5 \pm 1,7$  мм на годину ( $p < 0,05$ ). Без суттєвих змін залишався в процесі лікування загальний білок крові, однак альбуміново-глобуліновий коефіцієнт збільшувався (з  $0,89 \pm 0,04$  до  $1,1 \pm 0,06$ ). Після лікування мікробіоценоз тяж покращився, зменшилось обсіменіння піхви патогенною мікрофлорою, яка була представлена в 21% епідермальним стафілококом, кишковою паличкою та клебсіелою в діагностично незначних концентраціях, анаероби та гриби не висівались.

Відмічався суттєвий вплив лікування з застосуванням вобензиму на показники місцевого імунітету слизової піхви. Це стосується в першу чергу захисних білків цервікального слизу, таких як IgA, IgG, C3-компоненту компліменту. Відсутність IgM в цервікальному слизу у жінок після лікування свідчить про відсутність у них активної інфекції. Що стосується показників клітинного імунітету, то нами відмічено тенденцію до нормалізації відносного вмісту В-лімфоцитів в групі жінок з лейоміомою, ендометріозом та ЗЗОМТ. Лише у хворих з СПКЯ після лікування підвищувався рівень В-лімфоцитів до контрольних значень.

Отримані нами дані підтверджують імуностимулюючу дію ензимотерапії. Ензими, потрапляючи в кров сприяють швидкому відновленню рівня інтерферонів, які продукують лімфоцити, зменшенню ак-

тивації адгезивних молекул, активації комплементу, посиленню фагоцитозу (3). Таким чином стимулюють в організмі систему неспецифічного захисту.

У контрольній групі покращення бактеріологічних, біохімічних показників та аналізів крові настало на 4-5 днів пізніше, ніж в основній групі. Побічних ефектів при застосуванні вобензиму ми не спостерігали. Самопочуття хворих, які його отримували було хорошим, покращувалась функція шлунково-кишкового тракту, сон та якість життя.

За даними літератури дія оральних ензимів збігається з дією багатьох антибактеріальних препаратів, посилюючи їх ефект (4). Ензими контролюють перебіг запального процесу, прискорюють, оптимізують його, посилюють власний захист організму, а також пришвидшують механізми репарації. Антибіотики, прийняті одночасно з вобензимом, краще засвоюються і досягають терапевтичних концентрацій в крові.

Прискорення зворотнього розвитку запального процесу також пов'язане з протинабряковою, анальгетичною дією ензимів, покращенням мікрокровотоку (4).

**ВИСНОВОК.** Таким чином, застосування вобензиму в комплексному лікуванні запалення геніталій доцільне, оскільки поряд з покращенням загального стану хворих та параклінічних показників дозволяє скоротити перебування пацієнток в стаціонарі на 4-5 днів.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Продовжувати роботу по вивченню потенціуючої дії ензимів в комбінації з антибіотиками та іншими антибактеріальними препаратами.

### Література

1. Буданов П.В., Баев О.Р., Пашков В.М. Нарушение микроценоза влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – 4(2). – С. 78-88.
2. Іванюта Л.І., Іванюта С.О., Беліс Н.І., Лисяна Т.О. Мікробіоценоз геніталій у жінок з ендокринною неплідністю // Здоров'я жінки. – 2003. – №2 (14). – С. 34-39.
3. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Терминология и классификация бактериальной инфекции заболеваний женских половых органов // Вестник Росс. асс. акуш. гинеколог. – 1998. – №2. – С. 72-77.

4. Репина М.А. Системная энзимотерапия в акушерстве и гинекологии // Санкт-Петербург. – 1996. – С. 42.
5. Рудакова Е.Б., Семенченко С.И., Панова О.Ю., Кучинская Н.В. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор литературы) // Гинекология. – 2004. – Т. 06, № 3. – С. 1-7.
6. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Плеханов А.Н. и соавт. Клинико-бактериологическая диагностика и комплексное лечение хронических сальпингоофоритов // Вестник Росс. асс. акуш. гинеколог. – 1997. – № 1. – С. 71-73.