

with peripartum cardiomyopathy // N. Engl. J. Med. – 2001. – V. 344. – P. 1567-1571.

13. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy//Europ. Heart J. – 2003. – V. 24. – P. 761-781.

14. Garry D., Leikin E., Fleiser A.G. et al. Acute myocardial infarction in pregnancy with subsequent medical and surgical management // Obstet. Gynecol. – 1996. – V. 87. – P. 802-804.

15. Head C.E., Thorne S.A. Congenital heart disease

in pregnancy // Postgrad. Med. J. – 2005. – V. 81. – P. 292-298.

16. Heart disease in pregnancy // Ed.by C.M. Oakley. – London, 1996. – 464 p.

17. 15. Ramsey P.S., Ramin K.D., Ramin S.M. Cardiac disease in pregnancy //Am. J. Perinatal. – 2001. – V. 18, № 5. – P. 245-266.

18. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension//Europ. Heart J. – 2007. – V. 28. – P. 1462-1536.

УДК 618.13-002-005.6. 7-085

**А.Я. Сенчук, О.В. Грищенко, А.А. Зелинский, В.И. Пирогова, В.А. Потапов, А.В. Чурилов**  
**ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ПРИДАТКОВ МАТКИ**

*г. Киев, Харьков, Одесса, Львов, Днепрпетровск, Донецк*

**ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПІЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДОДАТКІВ МАТКИ.** У статті наведені результати неінтервенційного багатоцентрового порівняльного дослідження ефективності та безпеки препарату дістрептаза в комплексній терапії гострого і хронічного сальпінгоофориту в стадії загострення у жінок різного віку і з різною етіологією захворювання. Результати дослідження свідчать про те, що застосування Дістрептази в комплексному лікуванні ВЗОМТ значно підвищує клінічну і лабораторну ефективність терапії хронічного сальпінгоофориту в стадії загострення. Скорочення термінів лікування, покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування сприятливо відбивається на якості життя пацієнток.

**ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.** В статье приведены результаты неинтервенционного мультицентрового сравнительного исследования эффективности и безопасности препарата дистрептаза в комплексной терапии острых и обострений хронических сальпингоофоритов у женщин разного возраста и с различной этиологией заболевания. Результаты исследования свидетельствуют о том, что применение Дистрептазы в комплексном лечении ВЗОМТ значительно повышает клиническую и лабораторную эффективность терапии хронического сальпингоофорита в стадии обострения. Сокращение сроков лечения, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения благоприятно сказывается на качестве жизни пациенток.

**THROMBOLITIC THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE ANDEXA.** The article describes the results of non-interventional multicentre comparative trial of efficacy and safety of "Distreptaza" in complex treatment of acute and exacerbation of chronic salpingo-oophoritis in women of different age with different etiology of the disease. The results show that usage of Distreptaza in complex treatment of inflammatory diseases of the organs of small pelvis considerably improves clinical and laboratory efficacy of the therapy of chronic salpingo-oophoritis in the stage of exacerbation. Women's quality of life is improved due to shorter terms of treatment, amelioration of short- and long-term outcomes of treatment.

**Ключові слова:** запалення додатків матки, лікування, Дістрептаза.

**Ключевые слова:** воспаление придатков матки, лечение, Дистрептаза.

**Key words:** inflammatory diseases of the adnexa of uterus, treatment, Distreptaza

**ВСТУП.** По данным литературы, пациентки с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) составляют от 60 до 80 % всех гинекологических больных [1-3]. За последние 10 лет заболеваемость возросла в 2 раза, и из всех больных 70 % составляют женщины в возрасте до 25 лет, а из них

75 % - это нерожавшие женщины. ВЗОМТ у молодых нерожавших женщин в 25 % случаев приводят к осложнениям, угрожающим бесплодием. По данным литературы, даже после однократно перенесенного воспалительного заболевания частота бесплодия колеблется от 5 до 18 % [4, 8-11].

В структуре хронических ВЗОМТ ведущее место занимают заболевания придатков матки; их частота составляет от 75,0 до 92,7 % [1,6]. Хроническое воспаление придатков матки характеризуется затяжным, часто рецидивирующим течением, с последующим развитием хронических тазовых болей (от 21 до 80 %), нарушения менструальной функции (от 18 до 70 %), сексуальной дисфункции (от 14 до 54 %), спаечного процесса, риска внематочной беременности (7 %), непроходимости маточных труб и бесплодия (от 15 до 85 %), а также формированием гнойных образований по типу пиосальпингса, пиовара, tuboооариальных абсцессов и др [3,4].

По нашему мнению, основная причина неэффективного лечения ВЗОМТ кроется в патогенезе ВЗОМТ. Вокруг воспалительного очага развивается защитно-приспособительная реакция в виде массивного микротромбоза в сосудах и капиллярах. Это дает возможность снизить вероятность распространения инфекции на другие органы и системы макроорганизма. С другой стороны, микротромбоз сосудов вокруг очага воспаления не дает возможности проникать в очаг собственным клеткам (лимфоцитам, макрофагам, фагоцитам и т.д.) и лекарственным препаратам для борьбы с инфекцией.

В результате удлиняются сроки лечения воспалительного процесса, образуется нечувствительность к антибактериальной и противовоспалительной терапии, создаются условия для образования спаечного процесса в органах малого таза.

Поэтому необходимо ликвидировать микротромбоз вокруг очага воспаления и облегчить доступ химиотерапевтических средств для создания их достаточной концентрации в очаге воспаления, что позволит организму в кратчайшие сроки справиться с воспалением, значительно снизит риск возникновения осложнений (спаечных процессов), повысит эффективность проводимого лечения.

Сказанное выше указывает на значительную актуальность данной патологии, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение в связи с влиянием на репродуктивную функцию и качество жизни женщин.

Лечение ВЗОМТ требует значительных усилий и материальных затрат, а используемые в клинической практике подходы имеют ряд существенных недостатков, и в первую очередь – это низкая эффективность лечения и высокий процент рецидивов и осложнений.

Именно поэтому считаем актуальным поиск оптимальных подходов к терапии ВЗОМТ и профилактике негативных последствий воспаления. Возможными путями решения проблемы может быть использование средств, обеспечивающих лечебные эффекты непосредственно в очаге воспаления [8, 10, 12]. В связи с этим особый интерес представляет вагинальный или ректальный путь введения препаратов, что позволит уменьшить дозы медикаментозных средств, снизить частоту развития системных побочных реакций и аллергизацию организма [8, 11, 13].

Целью нашего исследования было изучить эффективность и безопасность препарата Дистрептаза в комплексной терапии острых и обостренных хронических сальпингоофоритов у женщин разного возраста и с различной этиологией заболевания.

Для решения поставленной цели в Украине в 2007-2008 годах было проведено неинтервенционное мультицентровое сравнительное исследование. В исследовании приняли участие врачи-гинекологи женских консультаций и гинекологических отделений ведущих лечебных учреждений и научных коллективов страны, возглавляемых профессорами В.А.Бенюком (Киев), О.В. Грищенко (г.Харьков), А.А. Зелинским (г.Одесса), В.И. Пироговой (Львов), В.В.Подольским (Киев), В.А. Потаповым (Днепропетровск), А.Я. Сенчуком (Киев), С.Я.Сольским (Киев), А.В. Чуриловым (Донецк).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В исследовании участвовали 1180 пациенток с ВЗОМТ, которые были разделены на 2 репрезентативные группы:

- Группа сравнения – стандартная противовоспалительная терапия (Приказ МЗ Украины № 582 от 15.12.2003 г.) – 590 пациенток;
- Основная группа – с применением комплексной терапии, включающей Дистрептазу, – 590 больных.

Распределение в группы проводилось методом случайного добровольного анонимного выбора с информированным согласием пациента на участие в исследовании.

*Критериями включения больных в исследование были:*

- возраст: 18 - 45 лет;
- диагноз: острый и хронический сальпингоофорит в стадии обострения (болевого синдром, температурная реакция, усиление секреторной функции, НМЦ).

Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с планом клинического исследования в начале лечения и на 10-14 сутки, что соответствовало окончанию лечения.

Методы исследования включали изучение субъективных данных: сбор жалоб, изучение анамнеза заболевания, гинекологический статус, оценку эффективности и безопасности (врач/пациент), проведение субъективной оценки болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после курса лечения.

Данные объективного обследования включали: общий анализ крови, мазок на флору, бакпосев и ПЦР, коагулограмму, УЗИ органов малого таза.

Для унификации результатов ультразвуковых линейно-объемных параметров матки и яичников и нивелирования влияния на размер яичников таких факторов, как доминантный фолликул и желтое тело, ультразвуковое исследование проводили в раннюю фолликулярную (4-7-й день) фазу менструального цикла. Указанный выбор срока обследования объясняется тем фактом, что клиника обострения хронического воспаления придатков матки в исследуемой группе больных в 90 % случаев возникла непосредственно после менструации, т.е. в раннюю фолликулярную фазу.

Для лечения пациенток с острым сальпингоофоритом в обеих исследуемых группах применяли общепринятую комплексную противовоспалительную терапию, основным компонентом которой были антибактериальные препараты широкого спектра действия. При выборе антибактериального препарата принимали во внимание тяжесть состояния больных, клиническую форму поражения придатков матки и тип возбудителя патологического процесса. Учитывая полимикробную флору заболевания, предпочтение отдавали комбинированному применению антибактериальных препаратов, эффективных в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробов и анаэробов, гонококков, хламидий и др. Для подавления анаэробной микрофлоры назначались препараты метронидазола. При наличии микозов в лечение включали противомикотические препараты, при хламидийной инфекции использовались антибиотики широкого спектра действия курсовыми дозами в течение 10 дней. С целью нормализации микробиотенноза влагалища рекомендовался прием эубиотиков.

Общепринятая противовоспалительная терапия в Основной группе была дополнена применением препарата Дистрептаза в форме ректальных суппозиторий. Большой опыт применения данного препарата при ВЗОМТ имеют наши коллеги из Польши, где данный препарат производится («Биомед», г. Люблин). Большое количество клинических наблюдений польскими [12-14] и отечественными [5-7] акушерами-гинекологами показало высокую клиническую эффективность и безвредность Дистрептазы.

В состав ректальных суппозиторий Дистрептазы входят два компонента: стрептокиназа (15 000 МЕ) и стрептодорназа (1 250 МЕ) в оптимальных дозах для максимального протеолитического и фибринолитического эффекта.

Дополнительный компонент витепсол (полусинтетический триглицерид) обеспечивает максимальное всасывание компонентов Дистрептазы в кровь через слизистую прямой кишки. Дистрептаза практически не попадает в системный кровоток и максимально концентрируется в органах малого таза в очаге воспаления.

Лечебные и профилактические эффекты Дистрептазы объясняются фармакодинамикой входящих в нее компонентов.

Стрептокиназа является сильнейшим из известных на данный момент активаторов протеолитической системы крови человека, оказывает фибринолитическое действие вследствие активации проэнзима плазминогена, переходящего под воздействием стрептокиназы в свою активную форму – плазмин, который не разрушает, а трансформирует фибринную пленку в растворимую форму. Стрептокиназа входит в реакцию с энзиматически неактивным плазминогеном, устраняет сладж-синдром, улучшает микроциркуляцию в очаге воспаления, уменьшает отек, увеличивает доступ (концентрацию) антибактериальных и лекарственных средств в очаге воспаления, увеличивает концентрацию макрофагов.

Стрептодорназа разрушает ДНК в результате ее деполимеризации, растворяет «мостики» нуклеопротеинов мертвых клеток и липкие массы гноя, облегчает резорбцию мертвых клеток и олигопротеинов, активизирует фагоцитоз, не влияет на структуру и функцию живых здоровых клеток.

Результатом одновременного действия активных компонентов Стрептокиназы и Стрептодорназы является быстрое и полное растворение тромбов, гноя и скопленных поврежденных лейкоцитов в очаге воспаления.

Режим применения Дистрептазы зависел от степени тяжести воспалительного процесса: при легкой степени: по 1 суппозиторию 2 раза в день, 2 дня; при средней тяжести – по 1 суппозиторию 2 раза в день, 3 дня, затем по 1 суппозиторию 1 раз в день, 4 дня; при тяжелой степени – по 1 суппозиторию 3 раза в день, 3 дня, затем по 1 суппозиторию 2 раза в день, 3 дня, затем по 1 суппозиторию 1 раз в день, 3 дня. Ректальные суппозитории Дистрептазы вводятся глубоко в прямую кишку.

Пациенток предупреждали о возможных побочных эффектах во время приема препарата: аллергические реакции, повышение температуры тела, а также склонность к кровотечениям.

Противопоказаниями для назначения препарата были следующие состояния: беременность и лактация, препарат также не должен соприкасаться со свежей раной или швом, поскольку это может вызвать расслабление швов и, как следствие, кровотечение из раны.

Продолжительность исследования составила 9 месяцев.

Критериями эффективности были: динамика болевого синдрома (по ВАШ), динамика инфильтративных изменений, длительность курсового лечения, побочные эффекты терапии.

В качестве объективных критериев использовались следующие показатели: данные общего и гинекологического осмотра, общий анализ мочи, бактериоскопическое исследование мазка из цервикального канала и влагалища, УЗИ матки и придатков; длительность лечения, осложнение течения заболевания.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась при помощи компьютерных программ «Statistica 6.0» и «Excel 5.0». Отличия считались достоверными при  $p < 0,05$ . При обработке данных были также использованы непараметрические методы статистической обработки по Вилкоксоу и параметрические методы средних чисел.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Средний возраст пациенток в группах составил  $32,6 \pm 6,4$  и  $30,7 \pm 5,7$  лет соответственно в Основной группе и Группе сравнения. Анализ становления менструальной функции показал, что у всех женщин менструации установились в возрасте  $12,4 \pm 1,5$  лет (Основная группа) и  $12,7 \pm 2,1$  лет (Группа сравнения). Длительность менструального кровотечения варьировала от 4 до 7 дней при средней продолжительности менструального цикла  $28,5 \pm 2,3$  дня и соответственно

28,1±1,4 дней соответственно в Основной и Группе сравнения. Средний возраст начала половой жизни составил 20,2±0,7 и 19,2±0,6 лет. При этом ее раннее начало (15-17 лет) отмечено у более чем 30 % больных обеих групп. На момент обследования более трети пациенток указывали на наличие двух и более половых партнеров. Одну и более беременностей имели около 50 % больных, родами завершились беременности у 194 (32,9 %) пациенток Основной и 229 (38,8 %) больных Группы сравнения. Первичным бесплодием страдало 34,6 % и 32,9 % женщин соответственно Основной и Группы сравнения.

Основная масса пациенток (более 70 % в обеих группах) не планировали беременность и основными методами предохранения от беременности были прерванный половой акт и физиологический метод (82,1 % в Основной группе и 89,6 % в Группе сравнения). Это свидетельствует о том, что данные методы предохранения от беременности не предохраняют от заражения заболеваниями, передающимися половым путем.

Среди перенесенных гинекологических заболеваний в 100,0 % случаев в Основной группе и Группе контроля отмечены случаи ВЗОМТ. Эктопии и/или цервициты ранее диагностированы у более чем 70 % пациенток в обеих группах, эндометриты после родов и аборт – у 15 и 19 % больных по группам. Нарушение менструальной функции отмечали 68,5 % и 71,1 % пациенток, бесплодие – 35 % и 33,6 %, внематочная беременность была у 12 женщин Основной группы и 9 пациенток Группы сравнения, апоплексия яичника – у 5 и 7 больных соответственно.

Из экстрагенитальных заболеваний в обеих группах наиболее часто встречались острые респиратор-

ные заболевания, хронические бронхиты, тонзиллиты, холециститы.

Приведенные нами сравнительные данные среднего возраста, гинекологического и соматического анамнеза пациенток в Основной группе и Группе сравнения свидетельствуют о репрезентативности данных групп. Это дало нам возможность учитывать результаты лечения и его эффективность только в зависимости от проводимого курса терапии.

Клинические проявления ВЗОМТ и их динамика после проведенной противовоспалительной терапии в Основной группе и Группе сравнения представлены в таблице 1.

Анализ данных, приведенных в таблице 1, свидетельствует о том, что в состоянии средней тяжести до лечения находилось 238 (40,3±3,7 %) больных из Основной и 229 (38,8±3,4 %) пациенток группы сравнения. У большинства пациенток как Основной группы, так и Группы сравнения общее состояние в момент начала лечения оценивалось как относительно удовлетворительное: 352 (59,7±2,4 %) пациенток основной группы и 371 (62,9±2,8 %) пациенток группы сравнения. Основной жалобой пациенток с обострением хронического сальпингоофорита была боль, она присутствовала у всех обследованных пациенток. У всех пациенток боль локализовалась первично внизу живота; из них 396 (67,1±2,6 %) больных Основной группы и 402 (68,1±5,1 %) пациентки Группы сравнения указывали на наличие иррадиации боли в нижние конечности и пах, реже в поясницу и прямую кишку. Боль у пациенток обеих групп была как постоянной в течение суток и периодической (с периодами усиления боли вечером, при движении, при оп-

Таблица 1. Основные клинические проявления ВЗОМТ у обследованных больных (п/ %)

Показатели	Основная группа, n = 590		Группа сравнения, n = 590	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Состояние средней тяжести	238/40,3	-	229/38,8	-
Состояние относительно удовлетворительное	352/59,7	-	371/62,9	49/8,3
Состояние удовлетворительное	-	590/100,0	-	585/99,2
Острые боли	495/83,9	-	484/82,0	-
Ноющие боли	95/16,1	27/4,6	106/17,9	59/10,0
- с иррадиацией	396/67,1	-	402/68,1	10/1,7
- без иррадиации	194/32,9	27/4,6	188/31,9	49/8,3
Оценка боли по ВАШ	7,3±0,3	2,1±0,6	7,0±0,2	3,6±0,5
Повышенная температура	590/100,0	2/0,3	590/100,0	12/2,0
Нормальная температура	-	588/99,7	-	578/98,0
Тахикардия	559/94,7	-	565/95,8	10/1,7
Общая слабость	590/100,0	14/2,4	590/100,0	51/8,6
Озноб	541/91,7	-	559/94,7	-
Сухость во рту	511/86,6	5/0,85	521/88,3	12/2,0
Дизурические явления	358/60,7	5/0,85	365/61,9	17/2,9
Диспептические расстройства	16/2,7	-	17/2,9	-
Тубовариальные образования	528/89,5	2/0,3	523/88,6	16/2,7
Симптомы раздражения брюшины	202/34,2	-	195/33,1	-
Серозные выделения	386/65,4	590/100,0	391/66,3	583/98,8
Гнойные выделения	204/34,6	-	199/33,7	7/1,2
Ощущение зуда в области половых органов	301/51,0	-	300/50,8	5/0,85
Болезненные менструации	413/70,0	46/7,6	419/71,0	96/16,3

ределенном положении тела). По характеру доминировала острая боль, которую пациентки характеризовали как выраженную и умеренную по интенсивности. В Основной группе 95 (16,1±2,9 %) пациенток охарактеризовали боль как постоянную ноющую, в Группе сравнения подобный характер боли отметили 106 (17,9±2,6 %) пациенток.

Оценка боли по ВАШ в обследованных группах не дала достоверной разницы в полученных результатах, а именно: средние значения в Основной и Группе сравнения составили соответственно 7,3±0,3 и 7,0±0,2 балла, что характеризовало боль как достаточно интенсивную.

Симптомы интоксикации присутствовали у всех обследованных больных. Наиболее частыми были: повышение температуры тела – у 100 % обследованных больных обеих групп; тахикардия у 559 (94,7±3,2 %) больных Основной и у 565 (95,8±2,1 %) пациенток Группы сравнения. К симптомам интоксикации мы также относили общую слабость, озноб, сухость во рту, диспептические расстройства. Данная симптоматика также достаточно часто отмечалась больными и свидетельствовала о наличии острого ВЗОМТ или хронического ВЗОМТ в стадии обострения.

Более чем у половины пациенток обеих групп отмечались дизурические явления, что свидетельствует о микробной колонизации и воспалительном процессе и в мочевыделительной системе. Симптомы раздражения брюшины в той или иной степени были обнаружены у каждой третьей пациентки в обеих группах больных.

Жалобы на наличие болезненных менструаций были у более чем 75 % больных в обеих группах, что может быть косвенным свидетельством наличия спаечного процесса в малом тазу и/или наличия очагов эндометриоза.

Рассматривая клинические проявления ВЗОМТ после курса противовоспалительной терапии, следует отметить ее высокую эффективность у пациенток в обеих группах. На это указывает тот факт, что по оценке врача и пациенток общее состояние всех женщин было удовлетворительным и только в Группе сравнения у 59 (10,0 %) больных оно было расценено как относительно удовлетворительное. При этом жалобы на незначительные ноющие боли без иррадиации предъявляли 27 (4,6 %) женщин Основной группы. В Группе сравнения жалобы на ноющие боли предъявляли 59 (8,3 %) больных и у 10 (1,7 %) они имели иррадиирующий характер.

Убедительным свидетельством преимуществ предложенного нами противовоспалительного комплекса, включающего Дистрептазу, является динамика оценки боли по шкале ВАШ. Так, если в Группе сравнения оценка снизилась в 1,9 раза (с 7,0±0,2 до 3,6±0,5 баллов), то в Основной группе в 3,5 раза (с 7,3±0,3 до 2,1±0,6 баллов).

О преимуществах терапии, включающей дистрептазу свидетельствуют также показатели динамики температуры тела, дизурических явлений, остаточных

проявлений тубоовариальных образований, качества выделений из половых путей, ощущений зуда в области вульвы и в отдаленном периоде болезненных менструаций (таблица 1).

Гинекологический осмотр пациенток обследованных групп позволил установить высокий процент фоновой патологии эктоцервикса: у 17 (42,5±7,8 %) пациенток основной группы и у 14 (35,0±7,5 %) пациенток группы сравнения. Доминировало наличие псевдоэрозии шейки матки в сочетании с эндоцервицитом.

При влагалищном исследовании у всех пациенток были увеличенные яичники, болезненные при пальпации, тяжесть в области маточных труб, напряжение сводов влагалища отсутствовало. Чаще всего воспалительный процесс локализовался в области обоих придатков, а именно двусторонний аднексит был у 386 (65,4 %) больных Основной группы, в Группе сравнения у 391 (66,3 %) пациенток. В большинстве случаев пальпаторная болезненность придатковых образований матки сопровождалась некоторым увеличением яичника, в 70 % случаев яичник был ограничен в подвижности. Инфильтрация сводов присутствовала у 32,9 % наблюдений в Основной группе и в 11 (27,5±7,1 %) наблюдениях в Группе сравнения. У подавляющего большинства пациенток как Основной группы, так и группы сравнения воспалительный процесс в придатковых образованиях матки сопровождался клиническими проявлениями кольпита и эндоцервицита.

Влагалищные выделения можно было охарактеризовать как однородные обильные бели с запахом, которые у 34,6 % пациенток Основной группы и у 33,7 % пациенток Группы сравнения можно было охарактеризовать как гнойные. Наличие обильных выделений из половых путей у 51 % пациенток Основной группы и у 50,8 % пациенток группы сравнения сопровождалось зудом.

Исследование показателей гемограммы у пациенток с ВЗОМТ показало наличие анемии у 4 % пациенток. Количество лейкоцитов в периферической крови в обследованной группе колебалось в пределах от 4,9 до 16,9x10<sup>9</sup>/л. Палочкоядерный сдвиг достигал 15 % у пациенток с серозным характером воспалительного процесса, а при гнойном воспалении составил 36 %. Нами отмечено низкое содержание эозинофилов, вплоть до полного их отсутствия.

Наиболее значимыми в гемограмме были следующие изменения, характерные для воспалительного процесса придатков матки: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфо- и моноцитопения, увеличение СОЭ.

В лейкоформуле у пациенток, принимавших комплексное лечение с дистрептазой, отмечалось достоверное повышение уровня эозинофилов практически в 2 раза, лимфоцитов и моноцитов, что являлось хорошим прогностическим признаком и свидетельствовало о переходе процесса в стадию репарации.

Бактериоскопия мазка влагалищных выделений подтвердила наличие кольпита у всех пациенток об-

следованных групп. Результаты бактериоскопического исследования влагалищного мазка показали наличие «ключевых клеток», преобладание эпителиальных клеток над лейкоцитами, отсутствие лактобацилл в поле зрения, что свидетельствует о сопутствующем бактериальном вагинозе в 10,7 % случаев. В остальных случаях преобладал воспалительный тип мазка: большое количество лейкоцитов и кокковая микрофлора (IV степень чистоты).

Результаты бактериологического исследования посевов отделяемого из цервикального канала и диаг-

Таблица 2. **Возбудители ВЗОМТ, выделенные из цервикального канала больных с обострением хронического сальпингоофорита (n / %)**

Возбудитель	Основная группа n=400	Группа сравнения n=400
St. aureus	70/17,5	60/15,0
St. epidermidis	3/7,5	20/5,0
Str.β-haemolyticus	20/5,0	10/1,5
E.coli	80/20,0	110/27,5
Candida albicans	40/10,0	60/15,0
Chlamidia tr.	100/25,0	120/30,0
Ureaplasma ur.	40/10,0	20/5,0
Mycoplasma vag.	30/7,5	30/7,5
Trichomonas vag.	80/20,0	70/17,5
N.gonorrhoeae	60/15,0	50/12,5
Микробные ассоциации	160/40,0	140/35,0

ности основных урогенитальных инфекций методом ПЦР больных с ВЗОМТ представлены в таблице 2.

Анализ представленных в таблице результатов исследования указывает на полиэтиологичность сальпингоофорита и объясняет утрату нозологической специфичности клиники. Как видно из данных таблицы, довольно большой процент воспалительных заболеваний связан со St. aureus, E.coli, Chlamidia tr., Trichomonas vag. У 160 (40,0 %) больных Основной группы и у 140 (35,0 %) пациенток группы сравнения воспалительный процесс был вызван микробными ассоциациями.

УЗИ органов малого таза подтвердило данные бимануального исследования и позволило обнаружить изменения анатомии маточных труб (просвет трубы расширен, заполнен жидкостью) и наличие скудного количества жидкости в позадиматочном пространстве (воспалительный экссудат). В частности, изменения правой маточной трубы выявлены у 37,5 % пациенток Основной группы и у 32,5 % пациенток Группы сравнения; изменения левой маточной трубы – у 30,0 % пациенток Основной группы и у 27,5 % пациенток Группы сравнения. У большинства пациенток с обострением хронического сальпингоофорита в позадиматочном пространстве присутствовало скудное (до 15-20 мл) количество воспалительного экссудата: у 86,0 % пациенток Основной группы и у 82,5 % пациенток Группы сравнения.

Результаты УЗИ на фоне проведенного лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3. **Динамика данных УЗИ у пациенток с ВЗОМТ (n/ %)**

Ультразвуковые признаки	До лечения, n=500	После лечения	
		Основная группа, n=250	Группа сравнения, N=250
Увеличение придатков	440/88,0	10/4,0	60/24,0
Кистозные образования	95/19,0	5/2,0	30/12,0
Спаечный процесс ОМТ	260/52,0	32/12,8	120/48,0
Признаки гидросальпинкса	200/40,0	8/3,2	55/22,0
Наличие выпота	420/84,0	0	0
Опухолевидные образования матки	60/12,0	30/12,0	30/12,0

Анализ динамики данных УЗИ у пациенток с ВЗОМТ после проведенного противовоспалительного лечения указывает на наличие более выраженных положительных изменений ультразвуковой картины у пациенток на фоне терапии, включающей Дистрептазу. Это подтверждается цифрами, приведенными в таблице 4. На 14 сутки у больных Группы сравнения достоверно чаще сохранялись ультразвуковые признаки воспаления в маточных трубах (22,0 %), спаечный процесс (48,0 %), в отличие от Основной группы.

О повышении доступности антибактериальных препаратов в очаг воспаления свидетельствовала полная элиминация возбудителей ИППП через 14 дней после завершения лечения в Основной группе в отличие от Группы сравнения, где в 9,1 % были повторно выявлены специфические возбудители заболевания.

Длительность стационарного лечения в Основной группе составила  $9,45 \pm 2,1$  суток, в то же время в Группе сравнения  $14,2 \pm 2,1$ , что в среднем, на 5 суток меньше. Наиболее частой причиной длительного нахождения в стационаре больных контрольной группы было наличие стойкого болевого синдрома.

Оценивая ближайшие и отдаленные результаты (через 14 дней и через 6-9 месяцев после начала терапии) лечения, следует указать на более высокую эффективность предложенного нами комплекса противовоспалительной терапии, включающего Дистрептазу. Так, с учетом использованных нами критериев эффективности (динамика болевого синдрома по ВАШ, данные общего и гинекологического осмотра, данные гемограммы, бактериоскопии мазков из цервикального канала и влагалища, УЗИ органов малого таза, осложнения, длительность курсового лечения,

побочные эффекты терапии) эффективность лечения пациенток Основной группы составила 95,4 %. Эффективность использования общепринятой терапии в Группе сравнения составила 90,0 %.

**Выводы.** Применение Дистрептазы (ректальные свечи) в комплексном лечении ВЗОМТ значительно повышает клиническую и лабораторную эффективность терапии хронического сальпингоофорита в стадии обострения. Сокращение сроков лечения, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения благоприятно сказывается на качестве жизни пациенток.

Удобная форма (ректальная свеча), отсутствие побочных эффектов и отличная переносимость препарата, локальный эффект на органы малого таза, отсутствие воздействия на весь организм, изучен-

ность механизма действия каждого компонента и препарата в целом, длительный опыт применения Дистрептазы при различной патологии, доступная курсовая стоимость делает ее препаратом выбора для тромболитической терапии хронического сальпингоофорита в стадии обострения.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.** Изучение причин и патогенетических механизмов ВЗОМТ, сможет значительно помочь в ликвидации воспалительных заболеваний органов малого таза, а также возможность распространения инфекций на другие органы.

Поиск новых подходов и профилактических концепций в лечении воспалительных заболеваний считается актуальным и сегодня, что позволит снизить частоту осложнений и развития аллергических реакций.

#### Литература

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в гинекологии / Под ред. В.А. Бенюка. – К.: Издат. Дом «Здоровье Украины». – 2007. – 512 с.
2. Гойда Н.Г., Мойсеенко Р.В., Жилка Н.Я. та співавт. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. – К.: Вид-во Раєвського. – 2004. – 128 с.
3. Жилка Н.Я., Іркіна Т.К., Степаненко В.С. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). – Київ: Міністерство охорони здоров'я України, Національна Академія наук: Інститут економіки, 2001. – 68с.
4. Краснопольский В.И. Реабилитация больных с гнойными воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (диагностика и коррекция аутоиммунных нарушений) // Рос. вест, акушера-гинеколога. – 2005. – № 2. – С. 77-82
5. Опыт применения Дистрептазы в гинекологии (Сателлитный симпозиум компании Alpen Pharma GmbH) // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 4(7). – С. 1-2.
6. Пирогова В.І. Коли теорія підтверджується практикою // Аптека галицька. – 2008. – № 3. – С. 13-15.
7. Подольський В.В. Ефективність застосування препарату Дістрептаза в акушерсько-гінекологічній практиці // Здоровье женщины. – 2007. – № 2 (30). – С. 201-204.
8. Радзинский В.Е., Духин А.О., Костин И.Н. Реп-

родуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 4. – С. 51-54.

9. Рос Д. Воспалительные заболевания органов малого таза // Здоровье женщины. – 2007. – № 3 (31). – С. 101-102.

10. Серов В.Н., Хонина А.Н., Дробинская Н.А. и соавт. Клинико-иммунологические особенности системной воспалительной реакции у больных с акушерской и хирургической патологией // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 2. – С. 36-42.

11. Eckert, L.O. The antimicrobial treatment of subacute endometritis: a proof of concept study / L.O. Eckert, S.S. Thwin, S.L. Hillier et al // Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2004. – Vol. 190. – P. 305-313.

12. Hellebrekers B.W, Trimbo-Kemper T.C. Trimbo J.B, Emeis J.J., Kooistra T., Use of fibrinolytic agents in the prevention of postoperative adhesion formation // Fertil Steril. – 2000. – 74. – P. 203-212.

13. Jozwik M. Expert's report regarding clinical documentation of preparation Distreptase (intyrectal suppositories) Department of Gynecology of Medical Academy in Bialystok.

14. Pietrzycki B., Jozwik M., Okungbowa O. Assessment of therapeutic efficacy of preparation Distreptase in chronic pelvic pain in women // Ginekologia Praktyczna. – 2004. – V.10. – P. 17-22.