

УДК 618.11-002-085+618.12-002-085+618.17-008.8-085

© Колектив авторів, 2011.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ САЛЬПІНГООФОРИТОМ ТА ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

А. Я. Сенчук, І. О. Доскоч, І. І. Чермак, І. М. Маркуш, Д. П. Разумейко

*Кафедра акушерства та гінекології (зав. кафедри – проф. А. Я. Сенчук),
Київський медичний університет УАНМ, м. Київ.*

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SALPINGO-OOPHORITIS AND MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

A. Ya. Senchuk, I. O. Doskoch, I. I. Chermak, I. M. Markush, D. P. Razumeyko

SUMMARY

To investigate the effectiveness of Distreptase and Dismenorm in complex treatment of salpingo-oophoritis clinically accompanied by menstrual cycle disorders (algodysmenorrhea – in 78,0%, metrorrhagia – in 56,0%, hyperpolymenorrhea – in 42,0% of patients) 150 patients have been examined and treated. According to the results of evaluation of functional diagnostics tests (basal temperature) it has been revealed that in most patients with salpingo-oophoritis one phase menstrual cycle has been observed.

Distant results of treatment (6-9 month since the onset of therapy) according to our criteria (dynamics of pain syndrome relevant to visual-analog scale (VAS), results of general and gynecological examination, hemogramme data, bacterioscopy of cervical and vaginal smears, ultrasound examination of pelvic organs, normalization of menstrual function, complications, duration of therapy course, side-effects) show the effectiveness of treatment in the main group patients is 96,0%. Effectiveness of conventional therapy in comparative group patients is 78,0%.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С САЛЬПИНГООФОРИТОМ И НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А. Я. Сенчук, І. О. Доскоч, І. І. Чермак, І. М. Маркуш, Д. П. Разумейко

РЕЗЮМЕ

С целью изучения эффективности применения препаратов Дистрептаза и Дисменорм в комплексном лечении сальпингоофоритов, которые клинически сопровождалась нарушениями менструального цикла (альгодисменорея – у 78,0%, метроррагия – у 56,0%, гиперполименорея – у 42,0% пациенток) обследовано и пролечено 150 пациенток. По результатам оценки тестов функциональной диагностики (базальная температура) обнаружено, что у большинства (86,0%) больных с сальпингоофоритом наблюдается однофазный менструальный цикл.

Отдаленные результаты лечения (6-9 месяцев от начала терапии) по нашим критериям (динамика болевого синдрома по шкале ВАШ, результаты общего и гинекологического обследования, данные гемограммы, бактериоскопии мазков из цервикального канала и влагалища, УЗИ органов малого таза, нормализация менструальной функции, осложнения, длительность курсовой терапии, косвенно эффекты терапии) – эффективность лечения пациенток основной группы составила 96,0%. Эффективность использования общепринятой терапии у больных группы сравнения составила 78,0%.

Ключові слова: сальпінгоофорити, порушення менструального циклу, лікування.

Серед захворювань жіночої статеві системи одне з перших місць (60,0-80,0%) відводиться запальним захворюванням органів малого тазу (ЗЗОМТ), які характеризуються рецидивним перебігом [2, 4, 6].

Провідними клінічними проявами запальних захворювань органів малого тазу є порушення менструальної функції у вигляді нерегулярних кров'яних виділень з піхви – дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК). ДМК під час запальних процесів органів малого тазу у жінок є первинними, оскільки вони не пов'язані з органічною патологією статевих органів (зокрема яєчників), носінням внутрішньоматкових контрацептивів і з прийманням гормонів з метою

контрацепції або з іншою метою. Етіопатогенез розладів менструальної функції під час запальних захворювань органів малого тазу на сьогодні є нез'ясований остаточно, і провідне місце в ньому відведене первинному ураженню рецепторного апарату органів-мішеней (шийка і тіло матки), а також фолікулярного апарату яєчників [7-9, 11].

Запальна реакція є стресовим фактором, тому, за законами зворотної аферентації функціонування репродуктивної системи, виникає «збудження» гіпоталамуса і підвищується його здатність до продукції гонадотропіну, АКТГ, рилізінг-гормонів та інших тропних гормонів. Наслідками такої реакції гіпотала-

муса є активация синтеза кортизола, естрогенів та інших стероїдних гормонів. Одночасно зростає секреція ендорфінів і катехоламінів [3, 13, 14].

Своєчасне ефективне протизапальне лікування і корекція гормональних розладів сприяють поновленню нормальних циклічних процесів менструальної функції [1, 9]. У випадку неадекватної терапії порушення менструальної функції можуть призвести до патоморфологічних перебудов (подовжена ановуляція і полікістозні яєчники, гіперплазія ендометрію, лейоміома матки та ін.).

На превеликий жаль, дотепер не знайшло поширення призначення у комплексі протизапальної терапії засобів, які ефективно і безпечно впливають на механізми регуляції менструальної функції [5, 6]. Спроби деяких авторів корегувати менструальний цикл гормональними препаратами не завжди ефективні і, крім цього, існує певна категорія жінок, яким протипоказане вживання цих медикаментів. До них необхідно зарахувати передусім жінок з екстрагенітальною патологією (серцево-судинна патологія, ожиріння, хвороби печінки). До того ж, більшість жінок взагалі негативно ставляться до призначення гормональних препаратів, які мають абсолютні і відносні протипоказання до вживання (близько 50 позицій) і негативно впливають на індекс маси тіла.

Виходом з даної ситуації є пошук препаратів негормональної природи, які ефективно і нешкідливо регулюють порушення менструального циклу. Це сприятиме підвищенню ефективності лікування запальних процесів внутрішніх статевих органів, поновленню нормального менструального циклу і профілактиці віддалених ускладнень, пов'язаних із патоморфологічною перебудовою рецепторів ендометрію й яєчників.

Саме тому вважаємо актуальним пошук оптимальних підходів до терапії ЗЗОМТ і профілактики негативних наслідків запалення. Можливими шляхами розв'язання проблеми може бути використання засобів, що забезпечують лікувальні ефекти безпосередньо у вогнищі запалення [11]. У зв'язку з цим особливий інтерес викликає вагінальний або ректальний шлях введення препаратів, що дасть змогу зменшити дози медикаментозних засобів, знизити частоту розвитку системних побічних реакцій і алергізації організму [].

Вище означеним вимогам відповідає препарат Дистрептаза до складу якої входять два компоненти: стрептокіназа (15000 МЕ) та стрептодорназа (1250 МЕ) в оптимальних дозах для максимального протеолітичного та фібринолітичного ефекту.

Лікувальні та профілактичні ефекти Дистрептази пояснюються фармакодинамікою компонентів, що входять до її складу. Докладно фармакологічні і фармакодинамічні властивості компонентів препарату Дистрептаза описані в Методичних рекомендаціях МОЗ України «Сучасна тактика комплексного ліку-

вання хронічних запальних захворювань органів малого тазу в стадії загострення» (2009). Висока клінічна ефективність та нешкідливість Дистрептази доведена великою кількістю клінічних та наукових досліджень в Україні [3, 10, 12].

Завдання своєчасного усунення розладів менструального циклу під час гострого і підгострого сальпінгофориту ми намагалися розв'язати за рахунок застосування у протизапальній терапії комплексного препарату Дисменорм. На позитивний ефект ми сподівалися, враховуючі фамакодинамічні властивості як комплексу, так і окремої дії засобів, які входять до складу препарату.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування препаратів Дистрептаза і Дисменорм у комплексному лікуванні сальпінгофоритів, які клінічно супроводжувались порушеннями менструального циклу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено на базі Київського центру репродуктивного здоров'я. Під нашим спостереженням перебували 150 пацієток у віці від 18 до 35 років (середній вік становив $28,6 \pm 9,5$ років), які страждали гострою та підгострою формою сальпінгофориту протягом останніх 2-6-ти місяців, одним з клінічних проявів якого було порушення менструального циклу. Залежно від запропонованої терапії всі пацієтки були розподілені на репрезентативні (за віком, акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом) групи. До основної групи зараховано 100 хворих із сальпінгофоритом, які отримували комплексну протизапальну терапію з Дистрептазою та Дисменормом. До групи порівняння зараховано 50 хворих із сальпінгофоритом, які отримували комплексну протизапальну терапію й інші фіто- і ензимні препарати.

У всіх пацієток ми вивчили соціально-економічний статус, акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнези, характер менструальної функції.

Дослідження передбачало вивчення суб'єктивних даних: збір скарг, вивчення анамнезу захворювання, гінекологічний статус, оцінки ефективності і безпечності (лікар/пацієнт), проведення суб'єктивної оцінки больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) до та після курсу терапії.

Соматичне і гінекологічне обстеження здійснювали за загальноприйнятими методиками і схемами. Під час бімануального гінекологічного обстеження визначали розміри матки, стан суміжних органів.

Пацієтки обох груп до та після лікування були обстежені і обсязі: вивчення стану екосистеми піхви, показників ланок гемостазу, гормональний профіль, УЗД і доплерометрія органів малого тазу,

Усі наші пацієтки отримували загальноприйнятту протизапальну терапію (протокол наказу №582, МОЗ України), додатково до якої пацієтки основної

групи використовували препарат Дистрептаза у формі ректальних супозиторіїв за схемою – 3 дні 3 рази на добу і 6 днів 2 рази на добу і комплексний препарат Дисменорм – по 2 таблетці 2 рази на день під язик, протягом 3-х місяців.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Особливостями гінекологічного анамнезу у хворих із хронічними сальпінгофоритами є ЗЗОМТ (100,0%), ектопії і ендодерміти на шийці матки (70,0%), ендометрити (у кожній четвертій), позаматкова вагітність (8,0%), апоплексія яєчника (5,0%). Серед екстрагенітальних захворювань у пацієнток даної категорії переважає патологія, яка має запальний генез (гострі респіраторні захворювання, хронічні бронхіти, тонзиліти, холециститу).

Аналіз результатів об'єктивного обстеження свідчив про те, що в стані середньої тяжкості до лікування перебувало 40 (40,0%) хворих. Основною скаргою з моменту загострення запального процесу пацієнток був біль, він відзначався в усіх обстежених пацієнток (100,0%). В усіх пацієнток біль локалізувався первинно внизу живота; з них 68 (68,0%) хворих вказували на наявність іррадіації болю в нижні кінцівки і пах, рідше в поперек і пряму кишку. Біль у пацієнток обох груп був як постійним протягом доби (17,0%), так і періодичним (з періодами посилення болю ввечері, під час руху, за певного положення тіла). За характером домінував гострий біль (76,0%), який пацієнтки характеризували як виражений (54,0%) і помірний (46,0%), за інтенсивністю 16,0% пацієнток охарактеризували біль як постійно ниючий.

Гострий і підгострий сальпінгофорит супроводжувався достатньо вираженим болем, а саме від 6 до 9 балів ($7,1 \pm 0,2$ бали) біль визначили 91,0% пацієнток.

Під час вагінального дослідження в усіх пацієнток були збільшені яєчники, болючі під час пальпації, тяжистість у ділянці маткових труб виявлена у 50,0%, напруження склепін півхи було відсутнє. Найчастіше запальний процес локалізувався у ділянці обох придатків, а саме: двобічний аднексит був у 65,0% пацієнток.

Результати вивчення лейкоцитарної формули у хворих із гострим сальпінгофоритом показали, що значущими ($p < 0,05$) порівняно із здоровими жінками в гемограмі були зміни, характерні для запального процесу придатків матки: лейкоцитоз, зрушення лейкоцитарної формули вліво, лімфо- і моноцитопенія, збільшення ШОЕ.

За нашими даними, провідна роль в етіології сальпінгіту належить аеробним (*Staphylococcus aureus*, *Corinebacterium species*, *Echerichia coli*, *Candida albicans*) і анаеробним (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides species*, *Corinebacterium species*, *Bacteroides Melaninosenicus*, *Peptococcus species*) збудникам. За частотою виявлення переважають анаеробні збудники (до 46,0% випадків) над аеробними (до 30,0% хворих). У більшості випадків (до 56,0%)

запальний процес зумовлений факультативними аеробними і більшою мірою анаеробними мікроорганізмами. Висока частота виявлення мікробних асоціацій вказує на поліетіологічність сальпінгофориту і пояснює втрату нозологічної специфічності клініки. Значна роль в етіології сальпінгітів належить найпростішим (*Chlamidia tr.*, *Ureaplasma ur.*, *Trichomonas vag.*), оскільки частота їхнього виявлення варіює від 16,0% до 24,0%. Загостренню хронічного сальпінгофориту сприяє різке зниження представників нормальної мікрофлори піхви (*Lactobacillus species*, *Bifidobacterium species*), які виявляються менш ніж у третини хворих.

У патогенезі запалення придатків матки провідне місце належить реакціям порушень показників системи гемостазу в запальному вогнищі [11]. Наявність в організмі хворих загальних симптомів запалення, а саме – болю, симптомів інтоксикації, запальних змін у гемограмі – дало нам змогу припустити, що місцеві порушення у системі гемостазу (у запальному вогнищі) обов'язково мають свої прояви у показниках системи гемостазу цілісного організму.

Результати дослідження показників судинно-тромбоцитарного гемостазу в хворих жінок вказують на достовірне ($p < 0,05$) зниження кількості тромбоцитів ($198,6 \pm 12,3 \times 10^3$ – у контрольній і $143,4 \pm 10,9 \times 10^3$ – в основній групі) і значне ($p < 0,05$) підвищення агрегаційної спроможності тромбоцитів (відповідно $29,3 \pm 3,7 \times 10^3$ і $40,7 \pm 4,5 \times 10^3$ в контрольній і основній групах). Аналіз отриманих показників судинно-тромбоцитарного гемостазу вказує на значну напругу тромбоцитарної ланки системи гемостазу у хворих із гострим сальпінгофоритом.

Згортальна система у хворих із гострим сальпінгофоритом перебуває у досить компенсованому стані, але достовірне збільшення концентрації фібриногену у хворих на хронічний сальпінгофорит у стадії загострення вказує на підвищення тромбогенного потенціалу системи гемостазу у цих пацієнток.

У хворих на гострий сальпінгофорит різко пригнічується фібринолітична ланка гемостазу. Про це свідчить достовірне ($p < 0,05$) збільшення показників плазмового лізісу (відповідно $160,5 \pm 8,9$ і $215,0 \pm 12,3$) і тенденція до збільшення концентрацій вільного гепарину, зменшення АТ-III ($63,5 \pm 1,2\%$ і $57,3 \pm 3,1$) та, порівняно з показниками у здорових жінок, підвищення у 3 рази розчинного фібрину з $0,8 \pm 0,4$ до $2,9 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Крім цього, позитивну реакцію в етаноловому тесті ми спостерігали у 100,0% хворих на хронічний сальпінгофорит у стадії загострення.

Аналіз показників кровотоку в яєчникових артеріях у жінок із гострим і підгострим сальпінгофоритом на 2-4-ту добу від початку захворювання виявив достовірні ($p < 0,05$) зміни ІР, ПІ та СДВ. При цьому зміни СДВ були більш показові ($p < 0,05$), ніж інші параметри (ПІ і ІР). Зафіксовано підвищення компонен-

та діастолі на доплерограмі й зниження індексу СДВ в середньому до $2,5 \pm 0,2$.

Швидкісні показники кровообігу – МСШК, СШК – були достовірно ($p < 0,05$) знижені на боці запального процесу порівняно з контрольною групою.

Результати УЗД у обстежених нами жінок кардинально не відрізнялись від описаних у літературі. За нашими даними, збільшення уражених запаленням додатків відбувається у 100,0% випадків. Кістозні утворення в яєчниках ми спостерігали в 25,0%, а ознаки злукового процесу у зоні додатків матки виявлено у 56,0% хворих.

Ультразвукові ознаки гідросальпінксу (розширений просвіт труби, заповнений рідиною) приблизно однаково виявляли праворуч і ліворуч. Зокрема, зміни правої маткової труби виявлені у 38,0%, зміни лівої маткової труби – у 30,0% хворих. У більшості пацієнок (94,0%) із загостренням хронічного сальпінгоофориту в позаматковому просторі було виявлено невелику кількість (до 15-20 мл) запального ексудату.

Аналіз менструальної функції хворих із сальпінгоофоритом у гострій і підгострій стадіях виявив в них високу частоту порушень менструального циклу (100,0%). Слід відзначити, що порушення у жінок виникли вперше, і їх появу жінки пов'язували з основним захворюванням, тобто із гострим сальпінгоофоритом. Це було для нас підставою вважати, що причиною порушення регуляторних зв'язків на гіпоталамо-гіпофізарному рівні є запальне ушкодження яєчників. Клінічними проявами порушень менструального циклу були: альгодисменорея – у 78,0%, метрорагія – у 56,0%, гіперполіменорея – у 42,0% пацієнок. За результатами оцінки тестів функціональної діагностики (базальна температура) виявлено, що у більшості (86,0%) хворих із сальпінгоофоритами спостерігається однофазний менструальний цикл.

Аналіз результатів вивчення функції гіпофіза і яєчників показав наявність у хворих із сальпінгоофоритами високих концентрацій ФСГ на 14-й і 21-й дні менструального циклу (відповідно $14,3 \pm 3,6$ мМО/мл і $12,8 \pm 1,7$ мМО/мл), низькі рівні ЛГ (відповідно $7,1 \pm 2,9$ мМО/мл і $8,5 \pm 2,8$ мМО/мл). Співвідношення ЛГ/ФСГ на 14-й день циклу у 7,5 разів, а на 21-й день у 4 рази менше, ніж у здорових жінок, що вказує на порушення процесів фолікулогенезу і відсутність овуляції. Концентрації ПРЛ на 14-й і 21-й дні менструального циклу були у 1,5 рази вище за відповідні показники у здорових жінок.

Рівні E_2 у хворих із сальпінгоофоритами на 14-й день циклу були у 2 рази вищими ($p < 0,05$), ніж у здорових жінок (відповідно $19,3 \pm 3,8$ пг/мл і $9,4 \pm 1,3$ пг/мл). На 21-шу добу рівні E_2 у хворих були майже у 6 разів вищими за норму (відповідно $18,1 \pm 4,7$ пг/мл і $3,1 \pm 1,1$ пг/мл). При цьому рівень ПГ на 21-й день циклу був уже достовірно нижчим ($p < 0,05$) за цей показник у здорових жінок (відповідно $0,27 \pm 0,07$ пг/мл і $0,49 \pm 0,01$ пг/мл), а співвідношення ПГ/ E_2 було у 10 разів мен-

шим, ніж у здорових жінок. Усе це вказує на наявність абсолютного і відносного дефіциту прогестерону в хворих із сальпінгоофоритами і порушеннями менструальної функції.

За 2 тижні після закінчення протизапальної терапії хворих на хронічний сальпінгоофорит у стадії загострення ми спостерігали нормалізацію показників системи гемостазу, яка була більше виражена у пацієнок основної групи. На це вказують показники судинно-тромбоцитарного гемостазу. Порівняно з хворими на хронічний сальпінгоофорит у стадії загострення, у пацієнок, які отримували Дистрептазу (відповідно $143,4 \pm 10,9 \times 10^3$ і $196,5 \pm 10,4 \times 10^3$), нормалізувалась кількість тромбоцитів, і вона не відрізнялась ($p < 0,05$) від кількості тромбоцитів у здорових жінок ($198,6 \pm 12,3 \times 10^3$). Про нормалізацію агрегаційної спроможності тромбоцитів свідчить показник їхньої агрегації ($29,9 \pm 5,1\%$), що не відрізняється від показника в контрольній групі ($29,3 \pm 3,7\%$).

У хворих, які отримували загальноприйнятую протизапальну терапію, кількість тромбоцитів збільшилась зі $143,4 \pm 10,9 \times 10^3$ до $161,6 \pm 8,2 \times 10^3$, але була достовірно меншою ($p < 0,05$), ніж у здорових жінок $198,6 \pm 12,3 \times 10^3$ (контрольна група). Не прийшла до нормальних показників агрегаційна спроможність тромбоцитів, і різниця між показниками у групах (відповідно $29,9 \pm 5,1\%$ і $38,7 \pm 3,8\%$) була достовірно ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз показників згортальної системи через 2 тижні після закінчення лікування вказує на відсутність достовірної різниці між показниками у контрольній та основній групі пацієнок. Разом із цим, аналіз показників виявив вираженішу тенденцію до покращення показників аутокоагуляційного теста, тромбінового часу і протромбінового індексу у групі пацієнок, де ми призначали Дистрептазу. Концентрації фібриногену у цих пацієнок зменшуються з $4,8 \pm 0,2$ г/л до $4,2 \pm 0,3$ г/л, що практично не відрізняється від показників у здорових жінок ($4,0 \pm 0,2$ г/л). У пацієнок після загальноприйнятої терапії концентрація фібриногену практично не зменшується ($4,7 \pm 0,1$ г/л) і залишається достовірно ($p < 0,05$) більшою, ніж у здорових жінок ($4,0 \pm 0,2$ г/л).

Різниця між показниками системи фібринолізу у хворих і пролікованих пацієнок (комплекс з Дистрептазою) набуває достовірних значень ($p < 0,05$) у показниках плазмового лізису (відповідно $215,0 \pm 12,3$ мг/хв-л і $168,6 \pm 9,9$ мг/хв-л) і концентраціях АТ-III ($57,3 \pm 3,1$ мг/хв-л і $63,8 \pm 0,7$ мг/хв-л). У жінок, які одужали після використання загальноприйнятої терапії, відповідні показники не наближались до показників у здорових жінок, і їхні абсолютні значення достовірно відрізнялися від здорових жінок.

Результати обговорення отриманих нами результатів стану системи гемостазу через 2 тижні після закінчення протизапальної терапії, на нашу думку, свідчать про високу ефективність запропонованої

терапії та необхідність уведення до комплексної терапії антитромботичного препарату Дистрептаза.

Порівняльний аналіз динаміки виявлення аеробних і анаеробних збудників через 2 тижні після закінчення загальноприйнятої і запропонованої терапії показав переваги лікування із залученням антитромботичних препаратів. Це проявляється зниженням (у 2,0-2,5 рази) частоти виявлення аеробних і анаеробних збудників інфекції і збільшенням (на 6,0-14,0%) частоти виявлення лакто- і біфідобактерій.

Ми також дійшли висновку про те, що протизапальна терапія із залученням Дистрептази є найбільш ефективною і дає змогу у 100,0% випадків елімінувати збудників ЗПСШ. У 6 пацієток групи порівняння після терапії ми виявили *Chlamidia tr.* (2 хворі) і *Ureaplasma ur.* (4 жінки).

Результати дослідження кровообігу в яєчникових артеріях показали, що на момент виписки зі стаціонару, коли ми закінчуємо протизапальну терапію, не відбувається повного і достовірного ($p > 0,05$) поновлення кровообігу в цих артеріях. Так, у I-ій групі пацієток (терапія з Дистрептазою) відновлення показників кровотоку, порівнянно із здоровими жінками, спостерігалось у 58,0% (29 пацієток) випадків, а в II-ій групі (загальноприйнята терапія) – тільки у 17 хворих (34,0%). У решти хворих I-ої та II-ої груп (відповідно у 42,0% і 66,0%) швидкість кровотоку в яєниковій артерії залишилася патологічною. Цей факт вказує на субклінічну пролонгацію запального процесу, що негативно впливає на перебіг реконвалесцентного періоду, менструальний цикл, потенційну здатність до зачаття і «оваріальний резерв».

Аналіз показників кровообігу в яєчникових артеріях показав, що значне покращення доплерометричних показників кровообігу через 1 місяць після виписки зі стаціонару відбувається тільки у пацієток, які у комплексі протизапальної терапії, а також амбулаторно протягом тижня отримували антитромботичний препарат Дистрептаза. Достовірні ($p < 0,05$) позитивні зміни стосувалися передусім СДВ (з $2,5 \pm 0,2$ – в основній групі до $3,6 \pm 0,4$ – у пацієток, які отримували Дистрептазу) і показників швидкості кровообігу: МСШК і СШК відповідно з $10,3 \pm 1,5$ і $6,6 \pm 1,2$ до $15,4 \pm 1,2$ і $11,8 \pm 1,2$ до і після використання запропонованої нами терапії.

У групі пацієток, які отримували загальноприйнятую терапію, показники кровообігу в яєчникових артеріях декілька покращувались, але не наближались до відповідних показників у контрольній групі жінок. Єдиним показником, який набував достовірних позитивних змін, є СШК (з $6,6 \pm 1,2$ у хворих до $8,9 \pm 1,2$ після загальноприйнятої терапії).

Вважаємо, що недостатня нормалізація кровообігу в додатках матки у пацієток, які отримували загальноприйнятую терапію, є морфологічним підґрунтям хронізації запального процесу з подаль-

шою його реалізацією в формуванні спайок, порушень менструального циклу, безпліддя та ін.

Через 3 місяці після проведеної терапії ми визначили динамічні зміни рівнів гіпофізарних і стероїдних гормонів у плазмі крові наших пацієток.

Порівняльний аналіз отриманих даних свідчить про значні переваги комплексної протизапальної терапії, до якої додатково залучені Дистрептаза і Дисменорм (основна група), перед загальноприйнятим підходом до терапії гострого сальпінгоофориту (група порівняння). Це можна стверджувати на підставі достовірного ($p < 0,05$) зниження продукції ФСГ через 3 місяці після лікування хворих основної групи з $14,3 \pm 3,6$ мМО/мл і $12,8 \pm 1,7$ мМО/мл до $4,0 \pm 1,8$ мМО/мл і $2,3 \pm 0,8$ мМО/мл (відповідно на 14-й і 21-й день).

У пацієток, які не отримували Дисменорм і Дистрептазу, повної нормалізації продукції ФСГ не відбувалося і їх рівні були вищими за відповідні показники в основній групі й у здорових жінок. Про переваги запропонованого лікування свідчить також динаміка концентрацій ПРЛ, які були через 3 місяці достовірно ($p < 0,05$) нижчими порівняно з показниками до лікування.

Результати вивчення динаміки рівнів стероїдних гормонів у хворих із гострим сальпінгоофоритом через 3 місяці після лікування вказують на позитивну динаміку стероїдних гормонів через 3 місяці після обох методів лікування сальпінгоофориту. Різниця є тільки в достовірності змін, які ми зареєстрували, оскільки після загальноприйнятої терапії (група порівняння) має місце тільки тенденція до зрушення результатів у позитивний бік. Достовірних значень ($p < 0,05$) позитивні зміни набувають тільки в групі жінок, де ми використали Дистрептазу і Дисменорм (основна група). Так, до важливих змін, які безпосередньо впливають на менструальний цикл, можна, у першу чергу, зарахувати зниження концентрації E_2 з $19,3 \pm 3,8$ нг/мл на 14 добу і $18,1 \pm 4,7$ нг/мл на 21-шу добу до лікування до $10,2 \pm 1,2$ нг/мл і $6,1 \pm 2,1$ нг/мл у ціж терміни через 3 місяці після лікування. Про відновлення повноцінної 2-ої фази у пацієток основної групи свідчить також нормальний рівень прогестерону на 14-й і 21-й день циклу.

Оцінка стану менструального циклу через 3 місяці після проведеної терапії показала різницю в усуненні порушень у жінок, які отримували протизапальну терапію з Дистрептазою і Дисменормом (основна група) і загальноприйнятую протизапальну терапію (група порівняння).

Аналіз наведених даних вказує на значні переваги комплексної протизапальної терапії, яка містить Дистрептазу і Дисменорм, над загальноприйнятою тактикою в лікуванні гострого і підгострого сальпінгіту. Одночасне, з протизапальною терапією, призначення вказаних вище препаратів дозволило ліквідувати функціональні порушення в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі більш ніж у 90,0% пацієн-

ток, у яких гострий і підгострий сальпінгофорит супроводжувався порушеннями менструального циклу. У разі використання загальноприйнятої терапії нормалізація менструального циклу відбулася тільки у 40,0% пролікованих хворих.

Отримані результати дозволяють передбачити, що виражений позитивний ефект комплексної протизапальної терапії, яка включала Дистрептазу і Дисменорм, пов'язаний не тільки із тромболітичним і розмоктуючим впливом Дистрептази, але і з потенціюючим впливом *Apis mellifica*, яка входить до Дисменорма і діє протизапально.

Терміни стаціонарного лікування в основній групі склали $9,45 \pm 2,1$ діб, а в групі порівняння $14,2 \pm 2,1$, що на 5 діб менше. Найбільш частою причиною тривалого перебування хворих на ліжку було наявність стійкого больового синдрому.

ВИСНОВКИ

Віддалені результати лікування (6-9 місяців від початку терапії) за нашими критеріями (динаміка больового синдрому за шкалою ВАШ, результати загального і гінекологічного обстеження, дані гемограми, бактеріоскопії мазків із цервікального каналу і піхви, УЗД органів малого тазу, нормалізація менструальної функції, ускладнення, тривалість курсової терапії, побічні ефекти терапії) – ефективність лікування пацієнток основної групи склала 96,0%. Ефективність використання загальноприйнятої терапії у хворих із групи порівняння склала 78,0%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / [Н. Г. Гойда, Р. В. Мойсеєнко, Н. Я. Жилка та інш.]. – К.: Вид-во Раєвського. – 2004. – 128 с.
2. Жилка Н. Я. Стан репродуктивного здоров'я в Україні: (медико-демографічний огляд) / Жилка Н. Я., Іркіна Т. К., Степаненко В. С. – К.: МОЗ України, НАН, Інститут економіки, 2001. – 68с.
3. Клинико-иммунологические особенности системной воспалительной реакции у больных с акушерской и хирургической патологией / В. Н. Серов, А. Н. Хонина, Н. А. Дробинская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 2. – С. 36–42.
4. Краснопольский В. И. Реабилитация больных с гнойными воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (диагностика и коррекция аутоиммунных нарушений) / В. И. Краснопольский // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 2. – С. 77–82.

5. Подольський В. В. Ефективність застосування препарату Дистрептаза в акушерсько-гінекологічній практиці / В. В. Подольський // Здоров'я жінчини. – 2007. – № 2 (30). – С. 201–204.

6. Радзинский В. Е. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний / В. Е. Радзинский, А. О. Духин, И. Н. Костин // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 4. – С. 51–54.

7. Ропяк А. М. Комплексна терапія хронічних запальних захворювань придатків матки у стадії загострення / А. М. Ропяк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2 (72). – С. 80–83.

8. Рос Д. Воспалительные заболевания органов малого таза / Д. Рос // Здоров'я жінчини. – 2007. – № 3 (31). – С. 101–102.

9. Сенчук А. Я. Комплексная терапия предопухлевых заболеваний шейки матки у пациенток с хроническим сальпингофоритом / А. Я. Сенчук, А. М. Ропяк, Ю. Н. Шень // Здоров'я жінчини. – 2010. – № 4 (50). – С. 3–6.

10. Сенчук А. Я. Нові підходи до комплексної терапії сальпінгофоритів у стадії загострення / [А. Я. Сенчук, А. М. Ропяк, Д. П. Разумейко та ін.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Тр. КГМУ им. С. И. Георгиевского. – Симферополь, 2009. – Т. 145, – ч. III. – С. 217–219.

11. Сенчук А. Я. Стан системи гемостазу в хворих із хронічним сальпінгофоритом у стадії загострення до та після протизапальної терапії / А. Я. Сенчук, А. М. Ропяк, І. О. Доскоч [та ін.] // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2009. – № 1. – С. 76–78.

12. Сучасна тактика комплексного лікування хронічних запальних захворювань органів малого тазу в стадії загострення: метод. рекомендації для лікарів, інтернов і студентів медичинських ВУЗів / [Сенчук А. Я., Венцківська І. Б., Подольський В. В. та інш.]. – К.: МОЗ, 2009. – 20 с.

13. 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. Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 190. – P.305–313.

14. Use of fibrinolytic agents in the prevention of postoperative adhesion formation / В. W. Hellebrekers, T. C. Trimbo-Kemper, J. B. Trimbo [et al.] // Fertil Steril. – 2000. – 74. – P. 203–212.