

Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии

Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

В статье приведены результаты исследования, посвященного терапии пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза в амбулаторных условиях. Используемые препараты продемонстрировали высокую эффективность и переносимость предложенной нами терапии, а модифицированная схема показала себя качественно эффективнее при отсроченном наблюдении.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, Хемомицин, азитромицин, хлоргексидин, Гексикон, Лавомакс, лечение.

Воспалительные заболевания все так же лидируют по количеству обращений за помощью, привлекая внимание специалистов всех медицинских профилей. Это касается и воспалительных заболеваний органов малого таза, широкое распространение которых в мире возвело их в ранг актуальных проблем акушерства и гинекологии, занимающих первое место (55–70%) в структуре заболеваемости, приводящей к нарушению функций многих органов и систем женского организма. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – термин, объединяющий целый спектр воспалительных заболеваний верхнего отдела женского репродуктивного тракта [1–3, 10]. В США ВЗОМТ ежегодно являются причиной 2,5 млн визитов к врачу, 200 тыс. госпитализаций и 100 тыс. хирургических вмешательств [2, 4, 13]. Острый эпизод ВЗОМТ ежегодно регистрируется более чем у 1 млн американских женщин. У подростков новые случаи ВЗОМТ встречаются с частотой 2,5% в год [9]. В России женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% амбулаторных гинекологических больных и до 30% – госпитализированных [3]. В последние годы в Украине, по данным Министерства здравоохранения, было зарегистрировано около 400 тыс. новых случаев инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Учитывая то, что официальная статистика отражает от 10 до 40% реального количества случаев ИППП, можно говорить о 2 млн новых случаев инфицирования в Украине ежегодно [5, 6, 9]. Обычно ВЗОМТ развиваются как восходящая инфекция, распространяющаяся из половых путей.

ВЗОМТ негативно влияют на репродуктивную функцию женщины и часто являются причиной инфицирования плода и новорожденного.

Установить точную частоту и распространенность, а также диагностировать ВЗОМТ трудно в связи с частым отсутствием симптомов и разнообразием клинической картины.

С развитием ВЗОМТ ассоциируется целый ряд факторов [11]:

- молодой возраст;
- наличие нескольких половых партнеров, их частая смена;
- ЗППП в анамнезе (у пациентки или ее полового партнера);
- прерывание беременности;
- введение внутриматочного средства в течение предшествующих 6 нед;

- гистеросальпингография;
- процедура оплодотворения in vitro;
- эндометрит;
- бактериальный вагиноз;

Особая роль среди этиологических факторов ВЗОМТ, особенно у подростков и женщин молодого возраста, отводится ИППП (*Cl. Trachomatis*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma Urealyticum*, *Tr. Vaginalis*).

При восходящей хламидийной инфекции поражаются слизистая оболочка матки, труб; яичники, связочный аппарат матки, брюшина, печень. Самое частое проявление этой инфекции – хламидийный сальпингит. Его особенностью является длительное, подострое, стертое течение без склонности к «утяжелению» с отсутствием выраженного спаечного процесса в области органов малого таза. Наиболее опасным осложнением хламидийного сальпингита является бесплодие [4, 12].

Человек является естественным хозяином, по крайней мере, 11 видов микоплазм, из них три вида (*Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) способны вызывать воспалительные заболевания урогенитального тракта. Большинство микоплазм являются условно-патогенными микроорганизмами. Отличительными признаками микоплазм и уреаплазм являются отсутствие клеточной стенки и способность паразитировать на мембране клетки-хозяина. Урогенитальный микоплазмоз довольно широко распространен в человеческой популяции. Носительство *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* среди населения варьирует от 10 до 50% [13, 14]. Чаще всех микоплазмы обнаруживаются у лиц с повышенной половой активностью, что свидетельствует об основном пути передачи. Для развития инфекционного процесса важное значение имеет не столько сам факт наличия или отсутствия микоплазм, сколько широта и массивность их диссеминации. Немаловажную роль в развитии инфекции играет и вирулентность конкретного штамма. Среди здоровых лиц широко распространенным является бессимптомное носительство микоплазм. Во многих случаях они вызывают латентную инфекцию, которая под влиянием различных стрессовых факторов может перейти в хроническую рецидивирующую или острую форму. Существенно, что микоплазмоз в виде моноинфекции, встречается лишь в 12–18% случаев, а в ассоциации с другими патогенными микробами – в 82–88%, в том числе с хламидиями – в 18–20% случаев. Окончательно доказана роль микоплазм в развитии уретрита, пиелонефрита и мочекаменной болезни (*Ureaplasma urealyticum*), а также послеродового эндометрита (*Mycoplasma hominis*) [3, 15, 16].

Микст-инфекции – результат микробного взаимодействия с возможным вовлечением в процесс сапрофитной аутофлоры. Микробные ассоциации более вирулентны, обладают активными патогенными свойствами, по сравнению с монокультурами. При неблагоприятных ситуациях (снижение иммунитета, гормональные нарушения, стресс, экстрагенитальные и генитальные заболевания) в половом тракте происходят качественные и количественные измене-

ния микрофлоры, способствующие присоединению других возбудителей. Нормальная микрофлора влагалища достаточно часто становится «соучастником» микст-инфицирования, а иногда – и основной причиной воспаления [10].

Кроме того, важную роль в развитии микст-инфекций играют сексуально-трансмиссивные возбудители, особенно в случаях наличия у женщины более одного полового партнера, способные поражать неповрежденный эпителий цервикального канала, эндометрия, маточных труб, создавая условия для инвазии менее вирулентных условно-патогенных микроорганизмов.

Клиническая симптоматика ВЗОМТ не специфична. Предварительно установленный диагноз на основании клинических проявлений достоверен в 65–90% случаев по сравнению с лапароскопической диагностикой (однако лапароскопия также может иметь недостаточную чувствительность). Повышенный уровень лейкоцитов при микроскопии вагинального мазка ассоциируется с ВЗОМТ, но также может наблюдаться и у женщины с изолированной инфекцией нижних половых путей [4, 7].

Восстановление тканей в очаге воспаления и завершенность воспалительного процесса могут быть полными и неполными. В последнем случае в сформированной рубцовой ткани могут оставаться осумкованные или депонированные жизнеспособные микроорганизмы. При благоприятных условиях возникает рецидив, обострение воспалительного процесса. Кроме того, при наличии неполноценной регенерации слизистых оболочек (эрозии, псевдоэрозии, эктропионы и т.п.) отсутствует целостный физиологический барьер, в результате чего в верхние отделы половых органов поступает флора влагалища, а при неблагоприятных ситуациях (переохлаждение, хирургические вмешательства и т.п.) нарушается целостность иммунных барьеров, что приводит к обострению заболевания [4].

Большинство больных с ВЗОМТ при своевременном обращении могут лечиться в амбулаторных условиях, поскольку примерно в 60% случаев наблюдается субклиническое течение заболевания, в 36% – легкое или среднетяжелое и лишь в 4% – тяжелое [11].

Основаниями для госпитализации женщин с ВЗОМТ являются [12]:

- невозможность исключить патологию, требующую неотложного хирургического вмешательства, как, например, острый аппендицит;
- беременность;
- отсутствие ответа на пероральную антимикробную терапию или неспособность больной выполнять или переносить амбулаторный пероральный режим лечения;
- тяжесть состояния, тошнота, рвота, высокая температура тела;
- тубо-овариальный абсцесс или подозрение на него;
- иммунодефицит.

При ВЗОМТ мы часто сталкиваемся с явлениями персистенции инфекции. Это может быть вызвано, с одной стороны, внутриклеточной локализацией возбудителя и связанными с этим иммунопатологическими нарушениями, а с другой – протеканием заболевания на фоне сниженной иммунологической реактивности. В связи с этим в комплексе терапии очевидна необходимость использования иммунотропных средств.

В большинстве случаев антибиотики и противовирусные средства угнетают размножение возбудителей, однако конечная элиминация их из организма является результатом деятельности факторов иммунитета. Следовательно, на фоне сниженной иммунореактивности действие этиотропных средств может быть недостаточно эффективным. При массивном заражении, пониженной иммунобиологической ре-

зистентности (ИФН-дефиците и др.), действии неблагоприятных факторов (экология, стрессы, хронические заболевания и др.) развивается острая или хроническая инфекция, что сопровождается продукцией каскада ранних цитокинов, активацией CD4⁺ и CD8⁺ Т-лимфоцитов с последующим развитием Т- и В-опосредованного иммунного ответа. Помимо α/β-ИФН синтезируются и другие ранние цитокины – ФНО и γ-ИФН (ИФН II типа), образуются ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-15, ИЛ-18, а также трансформирующий фактор роста-β (ТФР). При возможной вариативности с учетом вида вирусов неизменно синтезируются α/β-ИФН, что рассматривается как характерный признак вирусного инфицирования [13, 14].

Очевидно, что оптимальный клинический эффект достигается только при наличии синергизма в действии защитных сил организма вместе с антимикробными и противовирусными препаратами и комплексным подходом к терапии.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности комплексной терапии острых и обостренных хронических ВЗОМТ с использованием азитромицина (Хемомицин, 0,5 г) с индуктором эндогенного интерферона (Лавомакс) и местных антисептических этиопатогенетических средств (Гексикон, Ливарол).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 18 до 40 лет с острым ВЗОМТ или обострением хронического ВЗОМТ с различной локализацией воспалительного процесса. Мы использовали общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Заключительный диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинических данных и результатов комплексного лабораторного обследования с применением общепринятых методов диагностики, в том числе световой микроскопии, иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

К критериям исключения были отнесены наличие у пациенток воспалительных заболеваний, требующих госпитализации, – тубо-овариальных образований; состояний, развившихся на фоне ношения ВМК, после родов, аборт, а также после любых внутриматочных вмешательств; послеоперационных инфекционных осложнений, а также патологии, нуждающейся в проведении дифференциального диагноза с острыми хирургическими заболеваниями. Также были исключены пациентки с тяжелой экстрагенитальной патологией и больные, имеющие повышенную чувствительность к назначаемым препаратам или их компонентам.

Всем женщинам была проведена комплексная противовоспалительная терапия в амбулаторных условиях.

Учитывая амбулаторный режим, мы руководствовались следующими принципами выбора антибактериального препарата:

- воздействие на основные патогены – широкий спектр антибактериальной активности (применение антибиотиков узкого спектра действия целесообразно в редких случаях, подтвержденных адекватным микробиологическим исследованием);
- применение пероральной формы препаратов и монотерапия в целях лучшего compliance;
- комплексность терапии – возможность сочетать мероприятия, направленные на все звенья патологического процесса.

Пациентки были разделены на 2 эпидемиологически равнозначные группы методом случайной выборки.

Группа I – 20 женщин, получавших традиционную антибактериальную и противовоспалительную терапию без

комбинативного применения этиопатогенетических средств.

Группа II – 20 женщин, которые получали терапию Хемомицином по 500 мг в сутки в течение 3 дней (курсовая доза – 1,5 г) за 1 ч до еды или через 2 ч после; Лавомакс назначали по 0,125 г в первые двое суток, затем через 48 ч по 0,125 г, курсовая доза – 1,25 г. В данной группе больных использовалась модифицированная методика лечения в зависимости от длительности заболевания – женщинам с диагностированным в анамнезе эпизодом ВЗОМТ была рекомендована пролонгация терапии – Хемомицином 500 мг на 2-й день менструации в последующие после лечения 2 цикла; Лавомакс – 0,125 г 1 раз в неделю, 6 нед.

Местно, в зависимости от характера выделений, мы рекомендовали пациенткам вагинальные свечи Гексикон либо Ливарол, 1 раз в день 10-дневным курсом.

Хемомицин (азитромицин 500 мг) – антибиотик широкого спектра действия, представитель подгруппы макролидных антибиотиков – азалидов. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие в отношении ряда патогенов – грамположительных кокков: *Streptococcus pneumoniae*, *St. pyogenes*, *St. agalactiae*, стрептококков групп CF и G, *Staphylococcus aureus*, *St. viridans*; грамотрицательных бактерий: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis*, *B. parapertussis*, *Legionella pneumophila*, *H. ducrei*, *Campylobacter jejuni*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Gardnerella vaginalis*; некоторых анаэробных микроорганизмов: *Bacteroides bivius*, *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus spp.*; а также *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdorferi*. Быстрое проникновение азитромицина в клетки и накопление в фагоцитах, с которыми он транспортируется в очаги воспаления, способствует антимикробной активности препарата и выраженному немедленному клиническому эффекту. Несмотря на высокую концентрацию в фагоцитах, азитромицин существенно не влияет на их функцию. В бактерицидных концентрациях в очагах воспаления препарат сохраняется в течение 5–7 дней после приема последней дозы, что дало возможность разработать непродолжительные (3- и 5-дневные) курсы лечения. Простой и легко выполнимый режим дозирования препарата Хемомицин обеспечивает улучшение клинических результатов лечения, снижение вероятности выработки устойчивых штаммов, снижение потребности в повторном курсе антибиотикотерапии. Противовоспалительная и иммуномодулирующая активность азитромицина, связанная с повышением функциональной активности фагоцитов и альвеолярных макрофагов, обеспечивает быструю антимикробную защиту организма от типичных и атипичных бактериальных патогенов.

Лавомакс обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом, стимулирует образование в организме α -, β - и γ -интерферонов клетками эпителия кишечника, гепатоцитами, Т-лимфоцитами и нейтрофилами. После приема внутрь максимум продукции интерферона определяется в последовательности кишечник–печень–кровь через 4–24 ч. Лавомакс обеспечивает длительную циркуляцию интерферонов в терапевтической концентрации (до 8 нед после окончания лечебного курса). Индукция синтеза α - и β -интерферонов обеспечивает защиту здоровых эпителиоцитов от инфицирования и угнетает размножение возбудителя внутри уже инфицированных клеток. Индуцируя синтез γ -интерферонов, Лавомакс усиливает антителообразование и активизирует фагоцитарную способность макрофагов.

При преобладании смешанной бактериальной микрофлоры, обильных слизистых, пенистых выделений местная терапия проводилась препаратом Гексикон (1 свеча содер-

жит хлоргексидина биглюконат 16 мг и активную полиэтиленоксидную основу – ПЭО). Препарат активно адсорбирует воспалительный экссудат, способствует подавлению роста микробов в очаге воспаления и обеспечивает более быстрое проникновение лекарственных веществ в ткани. Гексикон является антисептическим препаратом в виде свечей для интравагинального введения и по сравнению с другими местными антисептиками, которые содержат биглюкониды, Гексикон является единственным фармацевтическим средством в форме свечей. Хлоргексидин проявляет свое действие уже в незначительных концентрациях и обладает широким спектром антимикробного действия. Благодаря остаточной активности, он обеспечивает длительность бактерицидного эффекта. В расплавленном виде Гексикон является 0,5% раствором хлоргексидина в полиэтиленоксиде. В данной концентрации препарат воздействует на *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Chlamidia spp.*, *Ureaplasma spp.*, *Herpes virus*; широкий спектр грамположительных и грамотрицательных микробов: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Bacillus spp.*, *Aerobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Shigella spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Diphtheroides spp.*, *Micrococcus flavus*; в частности эффективный относительно анаэробов – возбудителей бактериального вагиноза (*Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella Bacteroides*, *Fusobacterium*, дрожжевых грибов *Candida albicans*).

Свечи Ливарол – местный антимикотик широкого спектра действия (включая все виды *Candida nonalbicans*), содержащий кетоконазол 400 мг и ПЭО; их использовали при грибково-бактериальных ассоциациях, слизисто-гнойных выделениях. Выбранные препараты для местного применения характеризуются отсутствием негативного влияния на нормальную вагинальную микрофлору, что качественно важно при применении в комплексе терапии с системным антибактериальным препаратом.

Терапия носила комплексный характер с использованием препаратов метаболического характера, кишечных и вагинальных пробиотиков, протеолитических ферментов, физиотерапевтических и симптоматических средств в обеих клинических группах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных с ВЗОМТ составил 24,5±1,8 года. Основными жалобами при обращении являлись боль внизу живота, изменение общего состояния (слабость, недомогание, дисурические расстройства), наличие патологических выделений из половых путей, диспареуния. Все женщины были сексуально активными, наличие нескольких половых партнеров отмечали 26 (65%). Заболевания, передающиеся половым путем, в анамнезе встречались у 31 (77,5%) пациентки. ВЗОМТ в анамнезе имелись у 26 (65%) женщин, хирургическое вмешательство в анамнезе имели 12 (30%) пациенток. У большинства больных с ВЗОМТ была субфебрильная температура тела (среднее значение температуры тела до начала терапии составило 37,3±0,5°С).

Большое количество половых партнеров и незащищенные половые контакты явились одной из основных предпосылок развития воспалительных заболеваний органов малого таза.

Основным клиническим симптомом у подавляющего большинства пациенток был болевой. Боль локализовалась преимущественно в нижней части живота у 36 (90%) пациенток.

При осмотре в зеркалах у 57,5% женщин обнаружены гиперемия, отек слизистой оболочки влагалища и наличие на его стенках патологических выделений; у 42,5% – гиперемия,

Таблица 1
Результаты микробиологических исследований у пациенток

Возбудитель	Бактериологическое исследование	
	I группа, n=20	II группа, n=20
Staph. aureus	6	6
Staph. saprophyticus	7	5
St.pyogenes	5	4
St.viridans	3	6
E.coli	5	7
G.vaginalis	7	6
Candida albicans	8	7
Bacteroides fragilis	3	3
ПЦР		
Chl.trachomatis	12	13
M.hominis	7	8
U.urealiticum	9	10
T.vaginalis	6	6

Таблица 2
Оценка результатов микробиологического исследования до и после терапии

Характеристика/ сочетание микроорганизмов	До лечения		После лечения	
	I группа	II группа	I группа	II группа
Сапрофиты	4	4	1	-
Хламидии Бактерии Кандида	9	8	3	-
Микоплазма Бактерии	3	3	2	1
Уреоплазма Бактерии	6	6	-	-
Хламидии/мико- /уреоплазма/ бактерии	7	5	1	1
Бактерии Трихомонады	7	6	-	-
Бактерии Грибы	4	4	-	-

отечность и напряжение слизистой оболочки шейки матки, наличие гнойных выделений из цервикального канала, признаки эндоцервицита. При бимануальном исследовании у 35% пациенток отмечены болезненность в области придатков матки. Характер выделений из половых путей: кровянистые – у 16,6%, серозные – у 33,3%, слизисто-гнойные – у 77,7%, творожистого характера – у 33,3%, выделе-

ния с запахом – у 33,3%. Кольпоскопическая картина характеризовалась наличием признаков цервицита, в некоторых случаях – образованием «полей» (рис. 1).

Результаты клинического анализа крови у больных с ВЗОМТ показали, что среднее содержание лейкоцитов в периферической крови до начала терапии составило $(9,1 \pm 1,5) \times 10^9$ /л. Среднее содержание палочкоядерных форм до начала терапии составило $4,5 \pm 1,3\%$. Показателем, сохранившим свою информативность, явилась скорость оседания эритроцитов, среднее ее значение до начала терапии составляло $13,7 \pm 5,1$ мм/ч.

Наличие микст-инфекции подтверждалось бактериоскопическим и бактериологическим исследованиями отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры. Кроме того, пациенткам до и после лечения проведено специальное диагностическое обследование, которое включало ПЦР к основным возбудителям ИППП, выявление специфических антител в крови классов IgM и IgG методом ИФА, исследование ИФН статуса.

При бактериоскопии мазков выделений из влагалища и цервикального канала отмечено преобладание ассоциаций возбудителей (табл. 1). Было отмечено преобладание *Staph. Saprophyticus*, *G.vaginalis*, *Candida albicans*, *Chl.trachomatis* в обеих группах. Наиболее часто наблюдалось сочетание хламидийной, бактериальной и грибковой инфекции.

Комбинации выявленных возбудителей и результаты лечения при оценке данных микробиологических исследований представлены в табл. 2.

Лечение пациентки переносили удовлетворительно, побочных эффектов, требующих прекращения терапии тем или иным препаратом, отмечено не было.

Показатель элиминации выявленных возбудителей после проведенного лечения в I группе составил 63%, во II – 95%.

У 2 больных из II группы с высокой степенью инфицирования не удалось достигнуть полной элиминации возбудителей при первом курсе, однако после пролонгирования лечения ситуация нормализовалась через 2 менструальных цикла.

Исследование иммунологических показателей продемонстрировало увеличение сыровоточного ИФН у пациенток как I, так и II группы до начала лечения, а так же резкое снижение титров α -ИФН. Также до лечения были повышены титры сыровоточного ИФН у 16 (80%) женщин группы, получавшей монотерапию, и у 18 (90%) – из группы, получавшей комбинированную терапию. Спонтанно продуцируемый ИФН был выявлен у 11 (55%) и 9 (45%) больных соответственно. Проведенное исследование ИФН-статуса выявило тенденцию к нормализации функционального состояния системы ИФН у всех пациенток II группы: повышение способности клеток крови к синтезу α - и γ -ИФН, нормализацию титров сыровоточного ИФН. При проведении исследования ИФН-статуса после клинического выздоровления наблюдалась его полная нормализация у 19 (95%) пациенток II группы.

В I группе полная нормализация иммунного статуса наблюдалась всего у 5 (25%) пациенток, а у 8 (40%) – отсутствовала тенденция к улучшению иммунного статуса. Таким образом, в группе пациенток, где проводилось лечение

Таблица 3

Иммунологические показатели в исследуемых группах

Показатель	I группа		II группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИФН общий	$5,2 \pm 0,11$	$3,1 \pm 0,19$	$5,1 \pm 0,16$	$2,6 \pm$
α -ИФН	$10 \times 2,7 \pm 0,11$	$10 \times 2,9 \pm 1,21$	$10 \times 2,1 \pm 0,1$	$10 \times 4,0 \pm 0,12$
γ -ИФН	$5,1 \pm 0,15$	$5,9 \pm 0,23$	$4,3 \pm 0,21$	$5,9 \pm 0,11$



Рис. 1. Кольпоскопическая картина у пациентки I группы до лечения

с использованием комбинации Лавомакс + Хемомицин, наблюдалась выраженная нормализация ИФН-статуса в сравнении с I группой (табл. 3).

Частота клинического выздоровления во II группе составила 100%. У всех больных исчезли или значительно уменьшились клинические симптомы заболевания: улучшилось общее состояние, исчезли патологические выделения из половых путей, нормализовалась температура тела, исчез или уменьшился болевой синдром; при бимануальном исследовании отмечалось уменьшение придатков матки.

Восстановление нормального вагинального биотопа было зарегистрировано в 95,6% наблюдений во II группе. В I группе у 13,4% пациенток сохранялась смешанная флора. Появление лактобациллярного пейзажа влагалища сопровождалось формированием условий для нормальной регенерации эпителия шейки матки (рис. 2).

Клинические анализы крови и мочи были в пределах нормы. У 4 (20%) женщин I группы не удалось достичь существенного улучшения клинической картины: продолжала беспокоить боль, наблюдались патологические выделения из половых путей, зуд в области влагалища и наружных половых органов. Отсутствие элиминации возбудителей подтверждалось лабораторными исследованиями.

Отсроченное наблюдение продемонстрировало, что через 6 мес после окончания терапии обострение воспалительных заболеваний женских половых органов наблюдалось у 6 (29%) пациенток I группы и всего у 2 (10%) – II, причем у женщин, получавших пролонгированную терапию по предложенной нами схеме, обострений не наблюдалось.

Восстановление показателей репродуктивного здоровья отображено на рис. 3.

Предложенная нами терапия позволила добиться во II группе полной элиминации возбудителей ИППП, что было подтверждено при отсроченном исследовании через 6 мес после окончания лечения.

В ходе многих исследований показано [1, 6, 9], что этиология ВЗОМТ характеризуется смешанной флорой. Антибактериальная терапия является базовым лечебным мероприятием, направленным на купирование острых проявлений воспаления и подавление микробного возбудителя. Ее целесообразно начинать как можно раньше после манифестации заболевания.

Естественно, что выбор антибактериальных препаратов для лечения ВЗОМТ должен быть ориентирован на вероятных возбудителей инфекции, ее природу и тяжесть. Должен также учитываться характер резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Роль трансмиссивных инфекций в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза спорна и не до конца изучена. Микроорганизмы нередко выделяются в ассоциативной флоре вместе с другими патогенами, и объек-



Рис. 2. Кольпоскопическая картина у пациентки II группы после проведенного лечения

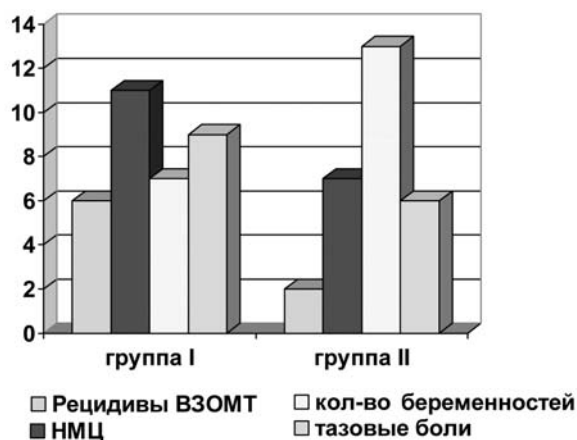


Рис. 3. Отсроченные результаты восстановления показателей репродуктивной системы

тивно судить об их истинной роли сложно. Мы считаем целесообразным проведение специфического лечения, направленного на подавление атипичных (внутриклеточных) возбудителей при их выявлении у пациенток с активным воспалительным процессом внутренних половых органов.

Полученные в нашем исследовании результаты еще раз подтверждают, что при адекватном широком спектре антибактериальной активности используемого препарата, комплексном подходе к лечению, использовании пролонгированной методики терапии в случае купирования обострений хронических ВЗОМТ и применения генерических препаратов с хорошей доказательной базой возможно эффективное амбулаторное лечение пациенток под строгим клиническим контролем.

Меньшая частота побочных эффектов азитромицина по сравнению с другими препаратами выбора для терапии ИППП, возможность применения его при беременности, удобство использования позволяют качественно применять препарат Хемомицин в группе женщин репродуктивного возраста с целью терапии ВЗОМТ.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование подтвердило эффективность применения выбранных нами препаратов в комплексе лечения острых/обострения хронических ВЗОМТ. Предложенная пролонгированная схема применения азитромицина и Лавомакса показала себя качественно эффективнее, чем стандартная, в отсроченном периоде. Применение азитромицина (Хемомицин) в предложенном комплек-

се лечения ВЗОМТ является не только клинически эффективным, но и экономически целесообразным (высококачественная европейская субстанция и производство в соответствии стандартами GMP при стоимости на 30% ниже оригинального азитромицина).

Предложенный нами подход у пациенток репродуктивного возраста позволил повысить эффективность лечения данной патологии. Комплекс адекватных терапевтических мероприятий для лечения острых форм или обострений хронических ВЗОМТ должен включать не только иммунокорректирующие средства и антибактериальные препараты, но также дополняться местными лечебными агентами с выраженными антисептическими свойствами и минимальным влиянием на естественную микрофлору слизистых оболочек.

Результаты проведенных исследований оценки эффективности применения Хемомицина и Лавомакса, Гексикона/Ливарола в комплексной терапии ВЗОМТ позволяют рекомендовать их для широкого применения в клинической практике.

**Запальні захворювання органів малого таза – комплексний підхід до ефективної терапії
Ю.П. Вдовиченко, Є.Н. Гопчук**

У статті приведені результати дослідження, присвяченого терапії пацієнток із запальними захворюваннями органів малого таза в амбулаторних умовах. Використовувані препарати продемонстрували високу ефективність і переносимість запропонованої нами терапії, а модифікована схема показала себе якісно ефективніше при відстроченому спостереженні.

Ключові слова: запальні захворювання органів малого таза, хемомицин, азитромицин, хлоргексидин, лавомакс, лікування.

**A complex approach in effective therapy of pelvic organs inflammatory diseases
Y.P. Vdovichenko, E.N. Gopchuk**

Results of the therapy of patients with the inflammatory diseases of organs of small pelvis in outpatient terms are presented in the article. Used preparations showed high efficiency and bearableness of the therapy offered by us, and the modified chart declared oneself quality more effective at the deferred supervision.

Key words: inflammatory diseases of organs of small pelvis, chemomycin, azytromycin, chlorhexidine, lavomaks, treatment

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н., Шукина Н.А. Антибактериальная терапия в гинекологии. // Фарматека. – 2002. – № 2 [65]. – С. 68–72.
2. Wolner-Hanssen P., Kiviat N.B., Holmes K.K. Atypical pelvic inflammatory disease: subacute, chronic, or subclinical upper genital tract infection in women. In: Holmes KK, March P-A, Sparking PF, eds. Sexually Transmitted Diseases. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2008. – P. 614–620.
3. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии // Практическое руководство по диагностике и антимикробной терапии. – М.: «Боргес», 2007. – 55 с.
4. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines // MMWR 2002;51(RR-6):48–52.
5. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. – М.: Медицина, 1996. – 240 с.
6. Buchan H., Vessey M., Goldacre M., Fairweather J. Morbidity following pelvic inflammatory disease // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2008. – Jun. – V. 100, N 6. – P. 558–562.
7. Velebil P., Wingo P.A., Xia Z. et al. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. // J. Obstet. Gynecol. – 2007. – V. 86, 5. – P. 764–769.
8. Westrom L., Eschenbach D. Pelvic inflammatory disease. In: Holms KK, Mardh P, Sparling PF et al, eds Sexually Transmitted Diseases, 3rd edn. Chap 58, pp 783–810. – New York, USA, McGraw Publishers, 1999.
9. Cromwell P.F., Risser W.L., Risser J.M. Prevalence and incidence of pelvic inflammatory disease in incarcerated adolescents // Sex Transm Dis. – 2006. – V. 29. – P. 391–396.
10. Гомберг М.А. Современное лечение неосложненной урогенитальной хламидийной инфекции // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2000. – № 2 (17).
11. Ершов Ф.И., Мезенцева М.В., Васильев А.Н. и др. Методические указания по определению индивидуальной чувствительности организма к интерферонам, другим цитокинам и индукторам интерферона // Вестник научного центра экспертизы и государственного контроля лекарственных средств. – 2002. – № 1 (9). – С. 22–26.
12. Андрашко Ю.В., Галагурич О.М., Пушкаренко С.В. Пульс-терапия – рациональный подход к лечению хронического урогенитального хламидиоза // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2007. – № 1. – С. 77–80.
13. Иванов Д.Д., Осипенко Е.Д., Иванова Т.П. Применение азитромицина в лечении урогенитальных инфекций // Укр. хіміотерапевт. журн. – 2001. – № 2. – С. 57–58.
14. Сидоренко С.В. Азитромицин и другие макролидные антибиотики // Клини. антибиотикотерапия. – 2002. – № 1 (15). – С. 11–14.
15. Чеботарев В.В., Левшин И.Б. Новые возможности лечения азитромицином осложненных форм урогенитального хламидиоза // Клини. фармакология и терапия. – 2008. – № 10 (2). – С. 23–25.
16. Thorpe E.M., Stamm W.E., Hook E.W. et al. Chlamydial cervicitis and urethritis: single dose treatment compared with doxycycline for seven days in community based practices // Genitourinary Medicine. – 2006. – Vol. 72. – P. 93–97.