

# Оптимізація комплексного лікування сальпінгофоритів на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у дівчат-підлітків

О.І. Боднарюк, О.А. Андрієць, К.Ю. Гуменна

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У статті проаналізовано результати обстеження та лікування 47 дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура. Використання пробіотика з уроантисептичним ефектом – Лекран™ в комплексному лікуванні сальпінгофоритів у дівчат на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура є патогенетично обґрунтованим, що підтверджено лабораторними дослідженнями та клінічною картиною.

**Ключові слова:** дівчата-підлітки, сальпінгофорити, Лекран™.

Проблема запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) протягом останніх років не втрачає своєї актуальності. Незважаючи на істотні досягнення у вивченні етіології, патогенезу й терапії ЗЗОМТ, хронічні захворювання жіночої статеві сфери, особливо серед дівчат-підлітків, продовжують посідати провідне місце в структурі гінекологічних захворювань і складають 60–65% від усіх гінекологічних хворих [1–3]. ЗЗОМТ характеризуються полімікробною етіологією внаслідок розвитку інфекційного процесу, початковою локалізацією якого є піхва. Практично всі мікроорганізми, що персистерують у піхві (за винятком лакто- і біфідобактерій), можуть брати участь в інфекційному процесі [1, 3, 4]. Під дією ендогенних і екзогенних факторів порушуються захисні механізми, що призводить до розвитку неспецифічних патологічних процесів у піхві. Їхнє неефективне лікування або несвоєчасна діагностика також є причиною ЗЗОМТ [2, 4].

За даними Кокранівської бібліотеки, майже у 75% хворих процес локалізується у придатках матки, з них у 80–82% відзначається хронічний рецидивний сальпінгофорит, що має затяжний перебіг із частими загостреннями та ускладненнями, які призводять до стійкого порушення репродуктивної функції [5].

Нерідко хронічний сальпінгофорит поєднується із запальними захворюваннями нирок та сечового міхура. Одним із важливих аспектів проблеми є ймовірність інфікування сечовивідних шляхів гематогенним або висхідним шляхом [2, 4, 6]. Здебільшого лікування ЗЗОМТ у дівчат як загальне, так і місцеве, спрямоване на лікування саме статевих шляхів, без урахування супутнього уретриту, циститу, піелонефриту або наявності їх в анамнезі, тому лікування не завжди є адекватним [1, 2, 4, 6].

**Мета дослідження:** оцінити клінічну ефективність пробіотика з уроантисептичною дією Лекран™ при комплексному лікуванні сальпінгофоритів на тлі урологічної патології у дівчат-підлітків.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-лабораторне обстеження 47 дівчат пубертатного віку із запальними захворюваннями

внутрішніх статевих органів різного ступеня вираженості на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура. У всіх хворих (за згодою батьків) було проведено спеціальне гінекологічне обстеження, УЗД внутрішніх статевих органів, бактеріологічне, бактеріоскопічне, ІФЛ або ПЛР-дослідження вмісту піхви та сечі. Усі пацієнтки були оглянуті педіатром, нефрологом або урологом.

Ураховуючи скарги пацієнтів, наявність в анамнезі захворювань сечовидільної системи та викладене вище, ми вирішили до комплексної терапії включити пробіотик з уроантисептичною дією – Лекран™, до складу, якого входять пробіотичні бактерії (*Bifobacterium bifidum*, *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus thermophilus*), екстракт журавлини і вітамін С. Лекран™ є джерелом пробіотичних бактерій, біологічно активних речовин рослинного походження та вітаміну С. Рекомендований з метою профілактики дисбактеріозу внаслідок антибіотикотерапії в гінекології; у комплексній терапії інфекцій уrogenітального тракту, які супроводжуються дисбактеріозом.

Ягоди журавлини виявляють протизапальну, антибактеріальну дію. Вони посилюють дію антибіотиків та інших ліків, які застосовують при гінекологічних запальних захворюваннях, а також змінюють реакцію сечі на кисле середовище, що забезпечує додатковий уроантисептичний ефект.

Вітамін С бере участь у регулюванні окиснювально-відновних процесів, вуглеводного обміну, регенерації тканин; підвищує стійкість організму до інфекцій, знижує судинну проникність.

Пробіотичні бактерії: у разі вживання усередину живі мікроорганізми колонізують слизову оболонку відповідних відділів кишечника, метаболіти яких змінюють рН середовища, а антибіотикоподібні речовини (бактеріоцини) пригнічують ріст і розвиток патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Першу (I) групу склали 26 дівчат, яким до комплексної терапії було включено пробіотик з уроантисептичною дією Лекран™; у II групу ввійшли 21 дівчина, яким було запропоновано загальноприйнятий комплекс протизапальної терапії без застосування Лекран™. До початку лікування ми оцінювали загальний стан та клінічні симптоми у дівчат обох груп. Згідно з отриманими нами даними встановлено, що загальна слабкість спостерігалася у 84,6% та 80,9% пацієнток відповідно в I та II групах, гострий біль в нижніх відділах живота у 57,7% дівчат I групи та у 52,4% в II групі; тупий, ниючий біль – відповідно у 46,1% та 42,8% у кожній групі; підвищення температури тіла вище 37,6 °C спостерігалось відповідно у 84,6% та 80,9%; дизуричні явища турбували 80,7% пацієнток I гру-

пи та 76,1% хворих II групи; тубооваріальні утворення діагностовано у 38,4% пацієнток I групи та 28,5% дівчат II групи; гнійні виділення з піхви та свербіж зовнішніх статевих органів були характерними ознаками для 88,4% пацієнток I групи та 76,1% – II групи.

За даними УЗД збільшені розміри яєчників спостерігалися у 57,6% та 52,3% хворих відповідно в I та II групах. Пухлиноподібні утворення яєчників були діагностовані у 38,4% та 28,5% спостережень, а вільна рідина в навколomатковому просторі у 19,2% та 14,2% пацієнток. За результатами лабораторних досліджень (загального аналізу крові, коагулограми) ступінь загострення запального процесу не відрізнявся між пацієнтками обох груп. При мікроскопічному дослідженні вмісту піхви кількість лейкоцитів була вищою за норму у 96,1% та 95,2% пацієнток відповідно в кожній групі. У 88,4% та 85,7% випадках відповідно в обох групах за результатами бактеріологічного дослідження вмісту піхви методами ІФЛ та ПРЛ виявлено патогенні мікроорганізми – збудники запального процесу. З них в I групі – у 46,1%, а в II групі – у 30,8% були ідентифіковані збудники інфекцій, що передаються статевим шляхом (ППШ) (уреаплазма, мікоплазма, гарднерела, хламідія). Під час обстеження у 61,5% пацієнток першої групи та 57,1% хворих II групи було діагностовано пієлонефрит із різним ступенем вираженості; цистит було діагностовано у 19,2% та 19,0% хворих відповідно в I та II групах. У 19,3% пацієнток I групи та 23,9% хворих II групи запальні захворювання нирок та сечового міхура були в анамнезі з непоодинокими рецидивами.

У загальному аналізі сечі у 81,7% пацієнток I групи та 76,1% хворих II групи відзначалося підвищення кількості лейкоцитів; у 19,3% та 23,9% пацієнток I та II груп відповідно кількість лейкоцитів у сечі не перевищувала норму. У результаті проведених бактеріологічних досліджень сечі встановлено, що в 61,5% пацієнток I групи та у 57,1% в II групі були ідентифіковані *E.coli* 10<sup>5</sup> та *Proteus vulgaris* 10<sup>5</sup>, окрім того, у 38,5% дівчат I групи та 42,9% хворих II групи мікробне число в сечі дорівнювало нулю. Слід зауважити, що серед 16 пацієнток I групи, в яких були виділені патогенні збудники в сечі, в 56,3% вони були представлені монокультурою *E.coli* та у 25,0% – *Proteus vulgaris*, а у 18,8% пацієнток ці мікроорганізми виділялися в асоціаціях. Серед 12 пацієнток II групи монокультури *E.coli* та *Proteus vulgaris* були виділені відповідно в 58,3% та 25,0%, а у 16,7% вони також були в асоціаціях.

Під час лікування дівчата I групи отримували антибактеріальний препарат при ідентифікованій неспецифічній мікрофлорі, при виявленні збудників ППШ та їхньої чутливості до антибіотиків з додаванням до комплексної терапії ферментного препарату місцевої дії. Пробиотик з уроантисептичною дією Лекран<sup>TM</sup> призначали по 2 капсули тричі на добу протягом місяця.

Після закінчення лікування за результатами клінічного обстеження, лабораторних показників, даних УЗД нами було встановлено, що пацієнток I групи в 7,1 разу рідше, ніж хворих II групи, турбував тупий, ниючий біль в нижніх відділах живота. У жодному випадку не спостерігалося загальної слабкості, підвищення температури тіла, патологічних явищ на відміну від хворих II групи, у яких зберігалися зазначені симптоми у 19,0%. За даними УЗД у пацієнток I групи розміри матки та яєчників були в межах вікової норми, а у 19,0% пацієнток II групи зберігалися збільшені розміри яєчників, пухлиноподібні утворення яєчників та в 14,2% – вільна рідина в навколomатковому просторі. У всіх пацієнток I групи через 2 тиж після закінчення лікування кількість лейкоцитів у загальному аналізі сечі була в межах норми на відміну від хво-

рих II групи, у яких кількість лейкоцитів залишалася вище за норму у 23,8% пацієнток, що потребувало продовження діагностичного дообстеження та лікування після повторного огляду нефрологом або урологом.

У жодному випадку у дівчат-підлітків із запальними процесами статевих органів, яким було призначено запропоноване лікування, не було зафіксовано алергійних реакцій, побічних ефектів та непереносимості лікарських засобів. Жодна з 26 пацієнток не перервала використання запропонованих препаратів протягом курсу лікування. У пацієнток, які отримували Лекран<sup>TM</sup>, позитивна клінічна динаміка проявлялася швидшим видужуванням, зникненням запальних проявів у сечостатевих органах, а також дизуричних розладів, ніж у пацієнток групи порівняння.

У цілому позитивні результати комплексного лікування з використанням Лекран<sup>TM</sup> були відзначені пацієнтками у 96,1% випадків, про що й свідчило повне клінічне одужання після закінчення курсу лікування та після трьох наступних менструацій.

## ВИСНОВКИ

1. Дівчата, хворі на сальпінгофорити на тлі деякої урологічної патології, обов'язково перед початком проти-запальної терапії гінекологічних захворювань повинні бути проконсультовані нефрологом або урологом з метою встановлення стадійності урологічних захворювань.

2. Антибактеріальну терапію сальпінгофоритів у дівчат із діагностованими урологічними захворюваннями запального характеру необхідно проводити з урахуванням ідентифікації патогенної мікрофлори, її чутливості до антибіотиків та в поєднанні з пробіотиками та фітоуроантисептиками.

3. Поєднане використання у комплексному лікуванні сальпінгофоритів на тлі урологічної патології запального генезу пробіотика з уроантисептичною дією Лекрану<sup>TM</sup> є патогенетично обґрунтованим.

## Оптимизация комплексного лечения сальпингофоритов на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря у девочек-подростков О.И. Боднарчук, О.А. Андриец, К.Ю. Гуменна

В статье проанализированы результаты обследования и лечение 47 девушек пубертатного возраста, больных сальпингофоритом на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря. Использование пробиотика с уроантисептическим эффектом – Лекрана<sup>TM</sup> в комплексном лечении сальпингофоритов у девушек на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря является патогенетически обоснованным, что подтверждено лабораторными исследованиями и клинической картиной.

**Ключевые слова:** девушки-подростки, сальпингофорит, Лекран.

## Optimization of complex treatment salpingoophoritis on the background inflammatory diseases of kidneys and bladder in adolescent girls O.I. Bodnarjuk, O.A. Andriets', K.Y. Humenna

The paper presents and analyzes the results of an examination and treatment of 47 girls of pubertal age, suffering from salpingoophoritis with underlying inflammatory diseases of the kidneys and urinary bladder. The use of a combined phytopreparation – LeCran<sup>TM</sup> in a multimodality treatment of salpingoophoritis in girls with underlying inflammatory diseases of the kidneys and urinary bladder is pathogenetically substantiated that is confirmed by laboratory studies and the clinical picture.

**Key words:** teenage girls, salpingoophorites, LeCran<sup>TM</sup>.

Сведения об авторах

**Боднарюк Оксана Ивановна** – Буковинский государственный медицинский университет, 58002, г. Черновцы, пл. Театральная, 2; тел.: (050) 678-57-08. E-mail: oksana-bodnarjuk@rambler.ru

**Андрієц Оксана Анатольевна** – Буковинский государственный медицинский университет, 58002, г. Черновцы, пл. Театральная, 2; тел.: (050) 511-63-33

**Гуменна Екатерина Юрьевна** – Буковинский государственный медицинский университет, 58002, г. Черновцы, пл. Театральная, 2; тел.: (050) 510-72-25

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрієць О.А. Запальні захворювання внутрішніх статевих органів на тлі урологічної патології в дівчат / О.А. Андрієць, О.І. Боднарюк, А.П. Ясинська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2009. – № 1. – С. 122–124.
2. Андрієць О.А. Значення мікст-інфекцій в етіології вульвовагінітів у дівчаток нейтрального віку / О.А. Андрієць, К.Ю. Данькова, О.І. Боднарюк [та ін.] : матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених [«Новітні підходи до лікування в сучасній медицині»], (Ужгород, 17–19 квітня 2007 р.). – Ужгород, 2007. – С. 139.
3. Андрієць О.А. Клінічні аспекти виникнення та розвитку сальпінгоофоритів на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у дівчат-підлітків / О.А. Андрієць, О.І. Боднарюк // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2010. – № 2. – С. 34–37.
4. Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Recomm Rep 2010; 59 (RR-12): 1–110.
5. Кузнецова И.В. Сочетанная инфекция мочевыводящей и половой систем у девочек / И.В. Кузнецова, Е.В. Гусева // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 32–36.
6. Росс Д. Воспалительные заболевания органов малого таза / Д. Росс // Здоровье женщины. – 2007. – № 3 (31). – С. 101–102.

Статья поступила в редакцию 13.02.2013