

# Хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов (оптимизация лечения)

В.А. Заболотнов<sup>1</sup>, А.Н. Рыбалка<sup>2</sup>, В.Й. Шатила<sup>1</sup>, С.С. Аникин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Житомирский институт медсестринства

<sup>2</sup>Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

В статье приведены данные об эффективности применения новой врачебной формы тиотриазолина – ректальных суппозиторийев Далмаксин в комплексе лечения пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.

**Ключевые слова:** хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, лечение, тиотриазолин, Далмаксин.

Достоверно определено, что несмотря на широкое применение антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов, физиотерапевтических методов терапии, у каждой пятой пациентки острый воспалительный процесс органов малого таза переходит в хронический. Сальпингофориты в современных условиях нередко приобретают затяжное течение, переходят в хронические формы и чаще других гинекологических заболеваний вызывают временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности [1, 10]. Поэтому хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов (ХВЗВПО) занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости, а их частота не имеет тенденции к снижению [6, 11].

Для ХВЗВПО характерно снижение клеточного и гуморального иммунитета, показателей неспецифической резистентности, сенсибилизация организма и развитие аутоиммунного процесса, нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции (повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности с развитием хронической формы ДВС-синдрома). Это приводит к гипоксии тканей, замедлению процессов регенерации и хронизации процесса [4, 10].

Широкий спектр клинических проявлений ХВЗВПО делают эту проблему актуальной с медицинской точки зрения и определяют социально-экономическую значимость [8, 12].

Хронизация воспалительного процесса характеризуется болевым синдромом (боль носит периодический характер, сохраняется после исчезновения признаков воспалительной реакции, может усиливаться при охлаждении, физических и эмоциональных перегрузках), наличием инфильтратов, изменением нервно-психического состояния (плохой сон, раздражительность, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость), нарушением сексуальной функции (50–70%) (аноргазмия, вагинизм, диспареуния), нарушением менструальной функции (45–55%), утратой физиологических функций слизистой и мышечной оболочек маточной трубы – нарушением репродуктивной функции (30,0%) [4].

Единственным критерием выздоровления для пациенток с тазовой болью является прекращение болевых ощущений и восстановление репродуктивной функции. Эффективность лечения гинекологических заболеваний с позиций ликвидации клинической симптоматики освещена в

небольшом количестве работ и нуждается в дальнейшем изучении [9, 13].

Для получения хорошего терапевтического эффекта при лечении ХВЗВПО обычно длительно применяют комбинации препаратов, которые порой насчитывают более 10 наименований. Это существенно удорожает стоимость лечения, снижает его эффективность, увеличивает частоту аллергических реакций и осложнений, снижает комплаентность терапии [3].

Перспективным представляется применение лекарственных средств обладающих широким спектром терапевтических эффектов, – восстановлением микроциркуляции, противовоспалительным, иммуномодулирующим, мембрано-стабилизирующим, противоишемическим, антиоксидантным, регенеративным. Такими эффектами обладает препарат Далмаксин (действующее вещество тиотриазолин) [2, 5]. Далмаксин оказывает:

- **противовоспалительное и иммуномодулирующее действие** – стабилизируя мембраны базофильных гранулоцитов, тучных клеток и эозинофильных гранулоцитов ограничивает выброс медиаторов воспаления, снижает содержание циркулирующих иммунных комплексов, увеличивает фагоцитарную активность макрофагов;
- **мембраностабилизирующее** – сохраняет целостность мембран клеток, защищает фосфолипиды мембран от окисления, нормализует ионный транспорт в клетку, сохраняет пороговую чувствительность мембранных рецепторов;
- **противоишемическое** – усиливает синтез АТФ, нормализует дыхательную цепь митохондрий, повышает утилизацию глюкозы и гликогена в клетках, предотвращает развитие лактоацидоза в клетках, нормализует работу ферментов цикла Кребса;
- **антиоксидантное** – переводит свободные радикалы кислорода в неактивное состояние, способствует восстановлению антиоксидантных ферментов;
- **регенеративное** – стимулирует регенерацию эпителия, восстанавливает микроциркуляторное русло, активизирует белоксинтетические процессы.

В связи с наличием у Далмаксина перечисленных выше свойств, мы решили оценить его эффективность у женщин с ХВЗВПО.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 80 пациенток в возрасте от 22 до 39 лет (средний возраст – 27,4±1,1) с ХВЗВПО и длительностью заболевания от 2 до 5 лет. В зависимости от метода лечения пациентки были подразделены

ны на две группы. Основную группу составили 40 пациенток, которым назначали ректально свечи с Далмаксином 0,2 г ежедневно по 1 свече на ночь в течение 14 дней, затем через день № 10; проводили магнитотерапию № 15 и ультразвук № 15; циклическую витаминотерапию (в I фазу – фолиевая кислота, во II фазу – витамин Е). В группу сравнения вошли 40 пациенток, которым назначали: иммуномодуляторы – цепэгинтерферон альфа-2b по 0,4–0,6 мл (в зависимости от массы тела) один раз в неделю №4; ректально свечи с индометацином по 50 мг два раза в сутки ежедневно в течение 10 дней, затем ежедневно по 50 мг на ночь № 20; тампоны с мазью Вишневского ежедневно в течение 10 дней, затем через день №10; магнитотерапию № 15 и ультразвук № 15, циклическую витаминотерапию (в I фазу – фолиевая кислота, во II фазу – витамин Е). Длительность терапии в среднем составляла 2 мес. Оценку результатов лечения проводили по окончании терапии и через 3 мес.

В исследование не вошли пациентки с соматическими заболеваниями, которые были возможной причиной хронической тазовой боли (после консультирования терапевта, невропатолога, уролога, хирурга). В исследовании не включены женщины с наличием опухолей придатков.

Обследование больных включало специально разработанную анкету [7], в которой в компактной форме отражены как качественные, так и количественные характеристики боли. Особое внимание уделяли локализации и субъективным характеристикам боли, длительности, периодичности, связи с менструациями (дисменорея) или с половым контактом (диспареуния). Интенсивность этих симптомов оценивали в баллах (от 0 до 3), суммарная оценка представляла собой болевой индекс. Степень воздействия боли на основные параметры качества жизни: физическую активность, эмоциональный статус, сон, трудоспособность, сексуальное, семейное и социальное функционирование, также оценивалась больными в баллах от 0 до 3. Анкеты заполняли по окончании терапии и через 3 мес после лечения, критерием эффективности которого было снижение болевого индекса и балльной оценки качества жизни не менее чем в 2 раза.

Иммунологические лабораторные исследования проводили методом проточной цитометрии (проточный цитофлуориметр FACSCalibur, Becton Dickinson, USA) с ис-

пользованием моноклональных антител (MaT), в программе CellQuest определяли процентное содержание иммунологических показателей.

Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета программ Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США). Критический уровень достоверности принимали при  $p < 0,05$ , рассчитанный при использовании критерия Манна–Уитни.

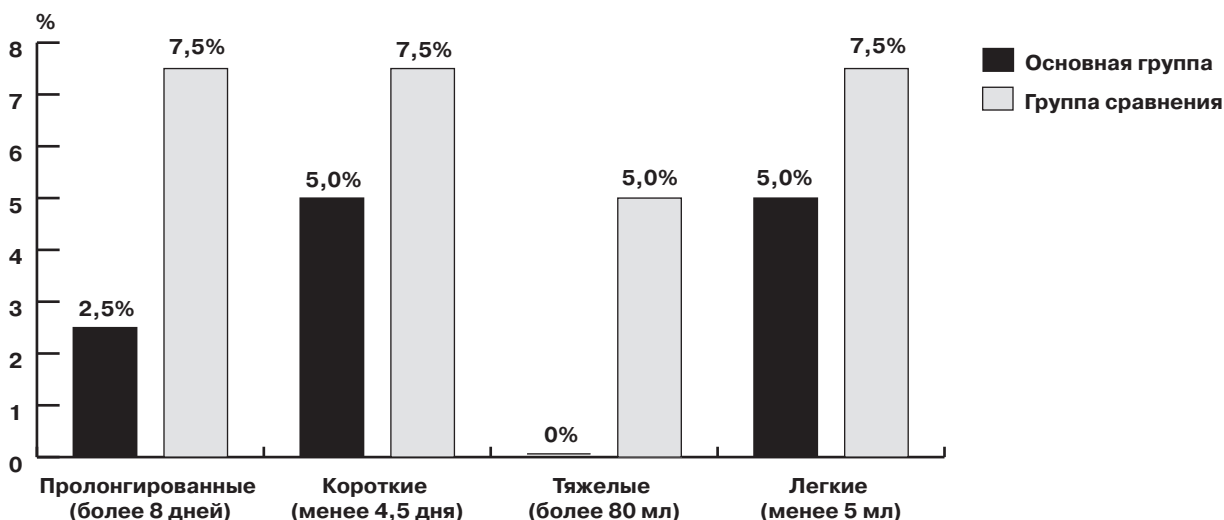
## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованные женщины связывали обострение ХВЗВПО с переохлаждением в 22,5% случаев, стрессом – в 20,0%, перенесенной экстрагенитальной бактериальной или вирусной инфекцией – в 15,0%, сменой полового партнера – в 5,0%, затруднялись определить причину обострения – 37,5%.

Сразу после окончания терапии установлено, что в основной группе после комплексной терапии с Далмаксином отсутствовал болевой синдром у 60,0% пациенток (в группе сравнения – у 55,0% пациенток), болевой синдром характеризовался как незначительный у 32,5% (в группе сравнения – у 27,5%), как умеренный – у 7,5% (в группе сравнения – у 17,5%), как выраженный болевой синдром не был отмечен в обеих группах. В группе сравнения обращает на себя внимание более чем в два раза большая частота сохранения болевого синдрома умеренной степени выраженности по отношению к основной группе ( $p < 0,05$ ).

По окончании терапии при бактериоскопии бактериальный вагиноз выявлен у 2 пациенток в основной группе и у 3 в группе сравнения, кольпит соответственно у 2 и 3 пациенток.

Через 3 мес после окончания терапии в основной группе отсутствовал болевой синдром у 45,0% пациенток (в группе сравнения – у 27,5% пациенток), болевой синдром характеризовался как незначительный у 42,5% (в группе сравнения – у 47,5%), как умеренный – у 10,0% (в группе сравнения – у 22,5%), как выраженный – у 2,5% (в группе сравнения – у 2,5%). Положительным было отсутствие болевого синдрома в основной группе у каждой второй пациентки, тогда как возобновление болевого синдрома фактически отмечали три женщины из четырех в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). При этом в группе сравнения у каждой четвертой женщины болевой синдром характеризовался как умеренный или выраженный ( $p < 0,05$ ).



Нарушение нормальных параметров менструального цикла в изучаемых группах после проведенного лечения

Динамика показателей иммунологического статуса больных с ХВЗВПО после окончания терапии и через 3 мес

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
	После окончания терапии		Через 3 мес	
ЦИК, усл.ед.	122,9±4,2	149,8±5,7*	129,4±4,9	169,1±5,7*
T- Li, (CD 3), %	73,2±3,2	69,2±3,4	68,3±3,8	64,2±3,1
Tx, (CD 4), %	40,8±2,3	39,8±2,2	38,1±2,4	38,2±2,3
Ts, (CD 8), %	17,6±0,9	19,5±1,1	19,6±1,1	24,7±1,2*
T- акт. Li, (CD 25), %	34,2±1,9	32,9±1,8	31,8±1,7	24,5±1,9*

Примечание: \* – достоверность различий ( $p < 0,05$ ) по отношению к группе сравнения.

Диспареуния через 3 мес после окончания терапии была у 7,5% пациенток основной группы и у 12,5% пациенток группы сравнения.

Бактериальный вагиноз выявлен у 3 пациенток основной группы и у 3 пациенток группы сравнения, кольпит соответственно у 2 и 4 пациенток ( $p < 0,05$ ).

На фоне ХВЗВПО на протяжении 3 мес после окончания терапии выявлено нарушение нормальных параметров менструального цикла у 12,5% женщин в основной группе и более чем в два раза чаще (27,5%) в группе сравнения ( $p < 0,05$ ) (рисунок). Более редкая частота нарушений менструального цикла в основной группе свидетельствует об эффективности терапии Далмаксином, его системном противовоспалительном эффекте, улучшении микроциркуляции в органах малого таза, положительном влиянии на функцию яичников и гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

После окончания лечения в основной группе зафиксировано более выраженное уменьшение концентрации ЦИК в крови пациенток (таблица). У пациенток, получавших стандартную терапию, снижение уровня ЦИК было менее выраженным ( $p < 0,05$ ). Другие показатели иммунограммы были сопоставимы в обеих группах ( $p > 0,5$ ).

Через 3 мес после окончания терапии в группе сравнения появились патологические показатели, свидетельствующие о подавлении клеточного звена иммунной защиты в виде статистически значимого нарастания уровня ЦИК, увеличения CD8 и снижения активных форм лейкоцитов (CD 25).

Эти данные доказывают положительный и долгосрочный эффект, после проведенного лечения в основной группе, с одной стороны, и необходимости начала противорецидивного лечения в группе сравнения.

У трех пациенток группы сравнения выявлено обострение ХВЗВПО (появились симптомы воспаления: гипертермия, возобновился болевой синдром, отмечено увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, выявлен патологический уровень С-реактивного белка). В основной группе за период наблюдения рецидивов не было.

**Хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів (оптимізація лікування)**

**В.О. Заболотнов, А.М. Рибалка, В.Й. Шатіла, С.С. Анікін**

У статті наведено дані про ефективність застосування нової лікарської форми тіотріазоліну – ректальних супозиторіїв Далмаксин у комплексі лікування пациенток із хронічними запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів.

**Ключові слова:** хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів, лікування, Далмаксин

**ВЫВОДЫ**

В работе доказана клиническая эффективность лечения больных с обострением хронических воспалительных заболеваний внутренних органов малого таза (ХВЗОМТ) с использованием препарата Далмаксин.

При применении Далмаксина в комплексном лечении ХВЗОМТ отмечается:

- Достоверное снижение болевого синдрома как непосредственно во время лечения, так и в отдаленный период ( $p < 0,05$ ).
- Достоверно более редкая частота нарушений менструального цикла ( $p < 0,05$ ).
- Достоверно более выраженное уменьшение концентрации ЦИК в крови как непосредственно после лечения, так и в отдаленный период ( $p < 0,05$ ).
- Обеспечивает долговременный и безрецидивный эффект.

Эти данные свидетельствуют об эффективности терапии Далмаксином, его системном противовоспалительном эффекте, улучшении микроциркуляции в органах малого таза, положительном влиянии на функцию яичников и гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Благодаря восстановлению микроциркуляторного русла, противовоспалительному, иммуномодулирующему, мембрано-стабилизирующему, противоишемическому, антиоксидантному и регенеративным эффектам применение препарата Далмаксин при ХВЗВПО способствует быстрому купированию симптомов заболевания и позволяет уменьшить количество применяемых лекарственных средств.

У женщин с ХВЗВПО в период обострения для проведения направленной терапии необходима оценка иммунного статуса.

Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности комплексного лечения с применением препарата Далмаксин женщин с ХВЗВПО, учитывая его влияние на ключевые звенья патогенеза.

**Chronic inflammatory diseases of sexual organs (optimization of treatment)**

**V.A. Zabolotnov, A.N. Rybalka, V.J. Shatila, S.S. Anikin**

The paper shows the effectiveness of the new dosage form Thiotriazoline – rectal suppositories Dalmaksin in the complex treatment of patients with chronic inflammatory diseases of sexual organs.

**Key words:** chronic inflammatory diseases of sexual organs, treatment, dalmaksin.

Сведения об авторах

**Заболотнов Виталий Александрович** – Кафедра «Сестринское дело» Житомирского института медсестринства, 10002, г. Житомир, ул. Большая Бердичевская, 46/15; тел.: (050) 497-24-44. E-mail: vaz@crimea.com

**Рыбалка Анатолий Николаевич** – Крымский государственный медицинский университет, кафедра акушерства гинекологии и перинатологии, 95024, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7; тел.: (0652) 49-77-76. E-mail: vaz@crimea.com

**Шатла Виктор Иосифович** – Кафедра «Сестринское дело» Житомирского института медсестринства, 10002, г. Житомир, ул. Большая Бердичевская, 46/15; тел.: (0412) 43-08-91, (0412) 46-19-81. E-mail: ztims@yandex.ru

**Аникин Сергей Сергеевич** – Крымский государственный медицинский университет, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, 95024, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7. E-mail: ssanikin@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Газазян М.Г. Оптимизация диагностики и лечения хронических сальпингоофоритов /М.Г. Газазян, А.В. Хардинов, Н.В. Сухих //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Т. 9, № 3. – С. 67–71.
2. Герасимова Т.В. Воспалительные заболевания органов малого таза – включение препаратов с противовоспалительным и антиишемическим действием в комплекс терапии / Т.В. Герасимова, Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. – 2013. – № 8 (84). – С. 188–190.
3. Дудчик М.В. Принципи лікування хронічного запального процесу додатків матки // Жіночий лікар. – 2007. – № 1. – С. 8–10.
4. Радзинский В.Е. Хронические воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов // Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. – С. 247.
5. Товстановская В.А. Новый подход в лечении женщин с атрофическим кольпитом / В.А. Товстановская, А.Б. Прилуцкая, А.И. Прилуцкий, Е.В. Коваль // Здоровье женщины. – 2013. – № 8 (84). – С. 186–187.
6. Характеристика репродуктивного здоров'я населення України / О.О. Дудіна, Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік: монографія / [за ред. О.В. Аніщенко]. – К., 2011. – С. 54–66.
7. Яроцкая Е.Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Е.Л. Яроцкая, Л.Б. Адамян // Проблемы репродуктологии. – 2003. – № 3. – С. 17–26.
8. Barrett S. A review on pelvic inflammatory disease /S. Barrett, C. Taylor // Int. J. STD AIDS. – 2005. – Vol. 16, N 11. – P. 715–720.
9. Eschenbach D.A. Treatment of pelvic inflammatory disease /D.A. Eschenbach //Clin. Infect. Dis. – 2007. – Vol. 44, N 7. – P. 961–963.
10. Haggerty C.L. Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease /C.L. Haggerty, R.B. Ness //Expert Rev. Anti. Infect. Ther. – 2006. – Vol. 4, N 2. – P. 235–247.
11. Pelvic inflammatory disease: Green-top guideline 32 [online]. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 17 November 2008 [cited 7 February 2010]. Available from: URL link.
12. Pelvic Inflammatory Disease /Edited by R.L. Sweet, H.C. Wiesenfeld. – London and New York: Taylor & Francis, 2006. – 173 p.
13. Ross J. United Kingdom national guideline for the management of pelvic inflammatory disease [online]. London: British Association for Sexual Health and HIV; 14 February 2005 [cited 2 March 2011]. Available from: URL link.

Статья поступила в редакцию 15.09.2015