

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В.В. Лебедюк¹, Н.Ж. Акашева²

¹Днепропетровская Государственная медицинская академия,
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО

²Городской клинический родильный дом № 2, Днепропетровск

Резюме. В статье приведены данные исследования эффективности лечения больных острым сальпингоофоритом. Установлено, что монотерапия фторхинолоном левофлоксацином (Левфлоцин) или гатифлоксацином (Бигафлон), в сравнении с комбинированной терапией цефалоспорином II–III поколения в сочетании с доксициклином и метронидазолом, является клинически и микробиологически более эффективной, уменьшает продолжительность антибактериальной терапии и имеет экономическое преимущества.

Ключевые слова: острый сальпингоофорит, антибиотикотерапия, левофлоксацин, гатифлоксацин.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

В.В. Лебедюк, Н.Ж. Акашева

Резюме. В статті наведені дані дослідження ефективності лікування хворих на гострий сальпінгоофорит. Встановлено, що монотерапія фторхінолоном левофлоксацином (Левфлоцин) або гатифлоксацином (Бігафлон) в порівнянні з комбінованою терапією цефалоспорином II–III покоління в поєднанні з доксицикліном і метронідазолом, є клінічно і микробиологічно більш ефективною, зменшує термін антибактеріальної терапії та має економічні переваги.

Ключові слова: гострий сальпінгоофорит, антибіотикотерапія, левофлоксацин, гатифлоксацин.

MODERN GOING TO TREATMENT OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF GENITAL ORGANS

V.V. Lebedyuk, N.Zh. Akasheva

Resume. These researches of efficiency of comparison of efficiency of two charts of treatment of acute salpingoophoritis are resulted in the article. It is set that chart of treatment, in which as an antibacterial component was used a fluoroquinolones for infusion levofloxacin (Ieflocin) and gatifloxacin (bigafion) is clinically and microbiologically more effective, than chart with the use of the combined therapy with cephalosporines 2–3 generations in combination with doxycyclin and metronidazol. Besides complex therapy with the use of fluoroquinolones for infusion diminishes duration of antibacterial therapy, that testifies to economic advantage of its application.

Key words: acute salpingoophoritis, antibiotic therapy, levofloxacin, gatifloxacin.

Адрес для переписки:

Лебедюк Владимир Владимирович

тел.: 0562-68-52-62

E-mail: sergei-teryayev@rambler.ru

ВВЕДЕНИЕ

В охране здоровья женщин большое значение имеют ранняя диагностика и адекватное лечение воспалительных заболеваний женских половых органов, занимающих до настоящего времени первое место в структуре гинекологических заболеваний. За прошедшие 10 лет заболеваемость сальпингоофоритом возросла в 2 раза и составила 10–13 случаев на 1000 женщин [6].

Воспаление гениталий возникает преимущественно в молодом возрасте. Так, по данным Г.М. Савельевой и Л.В. Антоновой, среди всех больных с сальпингитом 70% женщин были моложе 25 лет, 75% — нерожавшие. Развитие сальпингоофорита обусловлено как эндогенными микроорганизмами — представителями цервиковагинальной флоры, так и экзогенными сексуально-трансмиссивными микроорганизмами (хламидиями, микоплазмами, вирусами) [5]. У многих пациенток вос-

палительные заболевания органов малого таза протекают со стертой симптоматикой, поэтому подавляющее число больных обращаются за врачебной помощью уже на стадии осложнений: нарушений репродуктивной, менструальной и сексуальной функций [3].

Острый сальпингоофорит относят к самым частым заболеваниям воспалительной этиологии у женщин. Каждой пятой женщине, перенесшей сальпингоофорит, грозит бесплодие. Аднексит может быть причиной высокого риска внематочной беременности и патологического течения беременности и родов. Первыми поражаются маточные трубы, при этом воспалительным процессом могут быть охвачены все слои слизистой оболочки одной или обеих труб, но чаще возникает катаральное воспаление слизистой оболочки трубы — эндосальпингит. Воспалительный экссудат, скапливаясь в трубе, нередко вытекает через ампуляр-

ное отверстие в брюшную полость, вокруг трубы образуются спайки. Развивается мешотчатая опухоль в виде гидросальпинкса с прозрачным серозным содержимым или в виде пиосальпинкса с гнойным содержимым. В дальнейшем серозный экссудат гидросальпинкса рассасывается в результате лечения, а гнойный пиосальпинкс может перфорировать в брюшную полость. Гнойный процесс может захватывать более широкие области малого таза, распространяясь на все близлежащие органы [1].

Воспаление яичников (оофорит) как первичное заболевание встречается редко, инфицирование происходит в области лопнувшего фолликула, так как остальная ткань яичника хорошо защищена покрывающим зародышевым эпителием. В острой стадии наблюдается отек и мелкоклеточная инфильтрация. Иногда в полости фолликула желтого тела или мелких фолликулярных кист образуются гнойники, микроабсцессы, которые, сливаясь, формируют абсцесс яичника или пиоварий. Практически диагностировать изолированный воспалительный процесс в яичнике невозможно, да в этом и нет необходимости. В настоящее время лишь у 25–30% больных с острым аднекситом отмечают выраженную картину воспаления, у остальных пациентов наблюдают переход в хроническую форму, когда терапию прекращают после быстрого стихания воспаления.

При остром сальпингоофорите применяют антибиотики (предпочтительнее фторхинолоны — левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, пefлоксацин), так как нередко он сопровождается пельвиоперитонитом — воспалением тазовой брюшины, с обязательным применением десенсибилизирующей, инфузионной, антиоксидантной, иммуностимулирующей терапии [1, 2, 7–9]. В последнее время группа фторхинолоновых антибиотиков вызывает у практических врачей все больший интерес, так как они оказывают быстрое бактерицидное действие; проявляют высокую активность в отношении внутриклеточных возбудителей, которые играют значительную роль в этиологии многих распространенных инфекций; хорошо проникают в органы и ткани; уничтожают возбудителей с минимальным высвобождением различных компонентов бактериальной клетки; являются наиболее безопасными с наименьшим количеством побочных действий.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследованы 40 больных острым сальпингоофоритом в возрасте 18–35 лет (средний возраст $25,4 \pm 1,4$ года). Результаты анализа менструальной функции показали, что у всех женщин менструации установились с менархе. Длительность менструального кровотечения варьировала от 4 до 7 дней при средней продолжительности менструального цикла $28,3 \pm 1,1$ дня. Средний возраст начала половой жизни составил $16,4 \pm 0,6$ года, при этом ее раннее начало (14–17 лет) было у

27 (67,5%) пациенток. К моменту обследования 16 (40,0%) пациенток указывали на наличие двух и более половых партнеров.

При изучении особенностей репродуктивной функции установили, что одну и более беременностей имели лишь 14 (35,0%) больных, причем родами завершилась беременность только у 7 (17,5%). От нежелательной беременности предохранялись 26 (65,0%) женщин, среди которых ни одна женщина не использовала комбинированные оральные контрацептивы, 12 (30,0%) пациенток использовали барьерный метод (презерватив), 5 (12,5%) — спермициды (фарматекс), 9 (22,5%) — внутриматочную контрацепцию. Длительность применения внутриматочных средств не превышала 5 лет.

Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания матки и/или ее придатков. Эктопию и/или цервицит ранее диагностировали у 14 (35,0%) женщин, воспалительный процесс придатков матки — у 16 (40,0%), эндометрит после родов и аборт — у 8 (20,0%).

Длительность основного заболевания варьировала от нескольких часов до нескольких дней. Основными его клиническими проявлениями были: боль различной интенсивности, локализованная в нижних отделах живота и лихорадка — у всех пациенток, нарушение менструальной функции по типу мено- и метроррагий — у 13 (32,5%), дисурические расстройства — у 10 (25,0%). Жалобы на обильные слизисто-гнойные (гнойные) выделения из половых путей предьявляли 31 (77,5%) женщин, на умеренные — 6 (15,0%), на скудные — 3 (7,5%). Бели с неприятным (аминным) запахом отмечали 13 (32,5%) больных.

При изучении морфологии крови изменение острофазовых показателей (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ) выявили у 37 (92,5%) женщин. В анализе мочи 11 (27,5%) женщин обнаружили лейкоциты, эритроциты и другие патологические примеси.

Комплекс методов диагностики сальпингоофорита включал: гинекологическое исследование; бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, уретры и шеечного канала; метод ПИФ и ПЦР.

В качестве объективного метода диагностики воспаления придатков матки использовали трансвагинальное ультразвуковое сканирование (6–8 МГц). Ведущим ультразвуковым маркером острого оофорита считали обнаружение внутри увеличенного яичника многочисленных фолликулярных кист (структуры овальной формы с низким волновым сопротивлением) различного диаметра, разделенных тонкими гиперэхогенными перегородками. В отличие от поликистозных яичников для оофорита нехарактерны утолщение стромы и гиперэхогенная внутренняя структура. К косвенным эхографическим признакам воспаления придатков матки причисляли обнаружение

«свободной» жидкости в малом тазу — эхонегативной акустической тени, расположенной в углублениях малого таза. Идентичные эхограммы могут наблюдаться в норме в поствульторном периоде. Поэтому при оценке данного признака учитывали фазу менструального цикла.

В зависимости от проводимого лечения больные с острым сальпингоофоритом были разделены на 2 группы.

Пациенткам 1-й группы назначали стандартную комплексную терапию:

— антибактериальную — включающую в себя назначение цефалоспоринов II–III поколения (цефокситин в дозе 1,0–2,0 г 3–4 раза в сутки в/в или в/м, при осложненном течении сальпингоофорита — цефтриаксон в дозе 1,0–2,0 г в/в 1 раз в сутки); доксициклина в дозе 100 мг в/в 2 раза в сутки; метронидазол в дозе 400 мг перорально 2 раза в сутки. Длительность лечения — 14 дней.

Проводили также десенсибилизирующую, инфузионную, антиоксидантную, антикандидозную, симптоматическую терапию (согласно требований приказа МОЗ Украины № 582).

Пациентки 2-й группы получали терапию с применением следующих препаратов:

— антибактериальную — фторхинолон левофлоксацин (Левфлоцин, «ЮРИЯ-ФАРМ», Украина) в дозе 500 мг внутривенно первые 3 дня 2 раза в день, далее в дозе 500 мг 1 раз в день 4 дня; при осложненном течении сальпингоофорита применяли гатифлоксацин (Бигафлон, «ЮРИЯ-ФАРМ», Украина) в дозе 400 мг внутривенно (100 мл 0,4% раствора) в течение 60 мин 1 раз в сутки; длительность лечения составила 7 дней.

Местная санация:

- спринцевание 0,02% раствором декаметоксина (Декасан, «ЮРИЯ-ФАРМ», Украина) по 50,0 мл 2 раза в день в течение 10 дней;
- вагинальные свечи (ципрофлоксацин, метронидазол, декасан, бура, масло какао) — по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней.

В качестве иммуномодулятора применяли тилорон (Амиксин, ИнтерХим, Украина) в дозе 125 мг на 1, 3 и 7-й день лечения. Данный препарат является эффективным низкомолекулярным синтетическим индуктором интерферона, характеризуется иммуномодулирующим мягким эффектом и прямым противовирусным действием.

С целью восстановления биоценоза больным назначали Симбитер по 1 дозе на ночь в течение 10 дней, как внутрь так и вагинально (согласно приказа МОЗ Украины № 582).

Оценку эффективности лечения проводили на 3, 7, 30-й день и спустя 6 и 12 мес от начала лечебных мероприятий. Основными критериями оценки эффективности терапии считали:

- купирование клинических симптомов заболевания (боль, лихорадка, бели, дизурические расстройства);
- отсутствие этиологического возбудителя;

• отсутствие рецидивов заболевания при динамическом наблюдении.

При анализе результатов исследования учитывали:

- положительный клинический эффект;
- положительный микробиологический эффект;
- сочетанный положительный клинический и микробиологический эффекты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При микробиологическом обследовании 40 женщин с острым сальпингоофоритом у 34 выявили 87 штаммов возбудителей в содержимом влагалища, шеечного канала и уретры, преобладали ассоциации возбудителей (табл. 1). Чаще других выявляли *Escherichia coli* и *Gardnerella vaginalis*.

Таблица 1
Спектр возбудителей острого сальпингоофорита

Возбудитель	Количество больных, n (%)
<i>Bacteroides fragilis</i>	6 (15,0)
<i>Escherichia coli</i>	17 (42,5)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	19 (47,5)
<i>Klebsiella spp.</i>	12 (30,0)
<i>Chamydia spp.</i>	13 (32,5)
<i>Peptostreptococcus intermedius</i>	7 (17,5)
<i>Streptococcus epidermidis</i>	4 (10,0)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	9 (22,5)
Возбудитель не выявлен	6 (15,0)

При влагалищном исследовании у всех женщин пальпировали утолщенные, резко болезненные придатки матки: у 12 (30,0%) — преимущественно справа, у 5 (12,5%) — слева и у 23 (57,5%) — с двух сторон.

Результаты трансвагинального ультразвукового сканирования представлены в таблице 2.

Таблица 2
Результаты трансвагинальной эхографии у больных острым сальпингоофоритом

Ультразвуковой признак	Количество больных, n (%)
Расширение ампулы маточной трубы менее 5 мм	8 (20,0)
Наличие в просвете маточной трубы жидкостной структуры	11 (27,5)
Наличие внутри увеличенного яичника многочисленных фолликулярных кист	21 (52,5)
Наличие «свободной» жидкости в малом тазу	17 (42,5)

С учетом результатов клинического и ультразвукового исследований выделили следующие нозологические формы воспаления придатков матки: острый сальпингит и оофорит — у 21 (52,5%) пациентки, острый сальпингит — у 8 (20,0%), гидросальпинкс — у 11 (27,5%).

Анализ результатов исследования показал, что к 7 суткам терапии положительный клинический эффект был достигнут у всех пациенток 2-й группы и у 87% — 1-й, положительный микробиологиче-

ский эффект — у 97% больных 2-й группы (и у 89% — 1-й) (рис. 1). К 30 суткам от начала ситуация достоверно не изменилась: 100% положительный сочетанный клинический микробиологический эффект отметили у всех пациенток 2-й группы, которые применяли инфузионную терапию фторхинолонами, что свидетельствует о нецелесообразности пролонгирования антибактериальной терапии свыше 7 суток (рис. 2).

За время дальнейшего наблюдения в течение 12 мес у 90% пациенток 2-й группы, получавших комплексную терапию с применением амиксина, не было рецидивов обострения сальпингоофорита, а также восстановились секреторная, менструальная и репродуктивная функции (рис. 3).

ВЫВОДЫ

Таким образом отечественные фторхинолоны препараты левофлоксацина — Лефлоцин и гатифлоксацина — Бигафлон могут применяться в гинекологической практике ввиду их высокой клинической эффективности и экономичности использования.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. Н. Кузьмин. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Лечащий Врач, № 10/2006.
2. Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги.
3. Савельева И. С. Инфекционно-воспалительные поражения женских половых органов и дисменорея. Современные аспекты. - Материалы РАМН, 1999.
4. Хаджиева Э. Д. Воспалительные заболевания придатков матки в условиях гинекологического стационара / Сборник научных трудов Пленума Российской ассоциации Акушеров-гинекологов. — Саратов, 1999.
5. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Баев О. Р., Буданов П. В. Генитальные инфекции. Династия, 2003.
6. Яковлев В. П., Яковлев С. В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Литера, 2003.
7. Серов В. Н. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов. - Метод. материалы, М. 2003.
8. Добровольский Ю. И. Офлоксацин // Український медичний часопис. — 1999. — № 4. — С. 109.
9. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. — М.: Мед. лит., 2004. — 272 с.
10. Харченко Л. А., Проскуракова Н. Б. Фторхинолоны в современной клинической практике//www.health-ua.com.

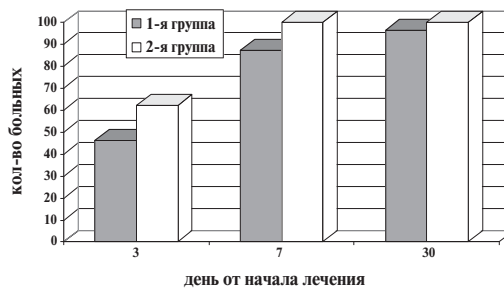


Рисунок 1. Результаты лечения больных острым сальпингоофоритом — клинический эффект.

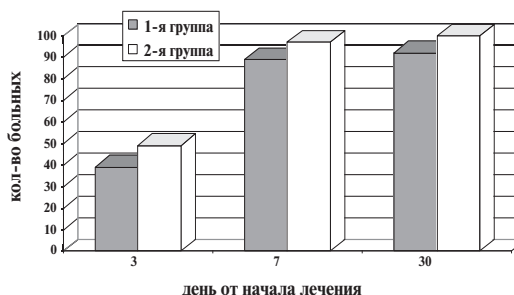


Рисунок 2. Результаты лечения больных острым сальпингоофоритом — микробиологический эффект.

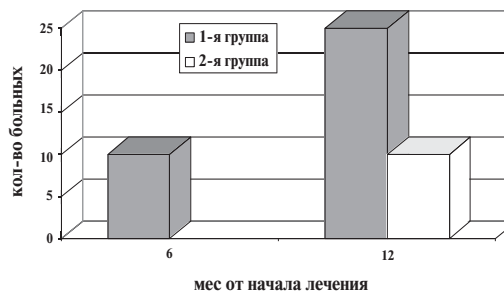


Рисунок 3. Результаты наблюдения больных острым сальпингоофоритом в течение 6 и 12 мес после лечения — возникновение рецидивов.