

УДК 618.11/.12-002-085.276+615.276

DOI 10.31640/JVD.5-6.2018(22)

Надійшла 16.05.2015

А. В. ЗАБОЛОТНА, А. Я. СЕНЧУК

КЛІНІЧНА І ЛАБОРАТОРНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ

Кафедра акушерства та гінекології (зав. – проф. А. Я. Сенчук)
ПВНЗ «Київський медичний університет» <zabolotnay@meta.ua>

Вивчали клінічну та лабораторну ефективність комплексних протизапальних і антитромботичних препаратів для лікування 100 хворих з гострим сальпінгоофоритом. Найближчі і віддалені результати лікування (через 14 днів і через 6–9 міс після початку терапії) вказували на високу ефективність запропонованого комплексу протизапальної терапії з включенням комплексного антибактеріального препарату (антибактеріальна і антипротозойна спрямованість) у комплексі з місцевою протизапальною, антитромботичною, протеолітичною (ректальні супозиторії із стрептокіназою і стрептодорназою) терапією гострого сальпінгоофориту. З урахуванням використаних критеріїв ефективності (динаміка больового синдрому, дані загального і гінекологічного огляду, результати гемограми, бактеріоскопії мазків з цервікального каналу і піхви, УЗД органів малого тазу, ускладнення, тривалість курсу лікування, побічні ефекти терапії) ефективність лікування пацієнток становила 96 %. Висока ефек-

тивність терапії не супроводжувалася побічними ефектами і добре переносилася хворими.

Ключові слова: гострий сальпінгофорит; ефективність; антибактеріальна; протизапальна терапія; антитромботичні препарати.

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) становлять основну частку гінекологічної захворюваності та є причиною безпліддя [1, 2]. У структурі ЗЗОМТ провідне місце посідають захворювання придатків матки, а їх частота становить від 75 до 92,7 %. Неefективне лікування гострого сальпінгіту призводить до його трансформації у хронічний запальний процес, який характеризується затяжним, часто рецидивним перебігом з подальшим розвитком хронічного тазового болю, порушенням менструальної функції, сексуальною дисфункцією, спайковим процесом, ризиком позаматкової вагітності, непрохідністю маткових труб та безпліддям, а також формуванням гнійних утворень за типом піосальпінксу, піовара, тубооваріальних абсцесів тощо [3, 4].

Лікування ЗЗОМТ потребує значних зусиль та матеріальних витрат, а підходи, часто використовувані у клінічній практиці, мають ряд суттєвих недоліків, насамперед низька ефективність, високий відсоток рецидивів і ускладнень. Більшість авторів [5, 7, 8] пов'язують це з превалюванням в етіології хвороби умовно-патогенної флори, мікробних асоціацій, антропозоонозів, а також з формуванням форм збудників, стійких до метронідазолу та кліндаміцину. Це зумовлює необхідність використовувати в комплексній терапії гострого сальпінгофориту високі концентрації антибактеріальних засобів, які вводять ентерально і парентерально, що призводить до їхнього негативного впливу на органи і системи жіночого організму.

Прояви гострого сальпінгофориту (біль, підвищення температури тіла, симптоми інтоксикації тощо) потребують невідкладного призначення стартової (емпіричної) терапії. Несвоєчасна або недостатня терапія значно погіршує прогноз захворювання. Саме тому в цих випадках препаратами вибору є комплексні антибактеріальні засоби з антибактеріальною і антипротозойною спрямованістю. Крім того, сальпінгофорит майже в 100 % випадків виявляють у поєднанні з вагінозом або вагінітом, що обумовлює необхідність призначення також емпіричної терапії, комплексних протизапальних препаратів інтравагінально [3, 7].

Згідно із сучасними поглядами про патогенез запалення придатків матки [6, 9], основною причиною неefективного лікування гострого сальпінгофориту і можливої його трансформації у хронічну стадію є виникнення навколо вогнища запалення захисно-притосувальної реакції у вигляді масивного мікротромбозу в судинах та капілярах басейну судин, які відповідають за кровопостачання в органі, ураженому запальним процесом. Це дозволяє знизити вірогідність поширення інфекції на інші органи. Разом з тим мікротромбоз судин навколо вогнища запалення не дає можливості проникати у вогнище власним клітинам (лімфоцити, макрофаги, фагоцити тощо) та антибактеріальним засобам для боротьби з інфекцією. Це призводить до подовження термінів лікування запального процесу, формується нечутливість мікроорганізмів до антибактеріальної і протизапальної терапії, створюються умови для виникнення спайкового процесу в органах малого таза.

Виникає необхідність ліквідації мікротромбозу навколо вогнища запалення та полегшення доступу хіміотерапевтичних засобів для створення їхньої достатньої концентрації у вогнищі запалення, що значно знизить ризик виникнення ускладнень (спайкові процеси), підвищить ефективність лікування, що проводиться.

Саме тому вважаємо актуальним пошук оптимальних підходів до терапії ЗЗОМТ і профілактики негативних наслідків запалення. На нашу думку, можливими шляхами вирішення проблеми може бути своєчасне призначення емпіричної

терапії, до складу якої входить застосування *per os* комплексного препарату з антибактеріальною і антипротозойною дією, а також місцевого (інтравагінального) використання комплексних протизапальних засобів на фоні антитромботичної терапії (ректальне введення антитромботичних препаратів), що покращує надходження антибактеріальних препаратів безпосередньо до запального вогнища. Такий підхід дасть можливість зменшити дози лікарських засобів, знизити частоту розвитку системних побічних реакцій та алергізацію організму і значно підвищити ефективність терапії і прогноз захворювання [3, 4, 6, 7].

Мета дослідження – вивчення ефективності та безпечності використання комплексу протизапальної терапії з включенням комплексного антибактеріального препарату (антибактеріальна і антипротозойна спрямованість) у поєднанні з місцевою протизапальною (вагінально) й антитромботичною (ректальні супозиторії Дистрептаза, які містять стрептокіназу і стрептодорназу) терапією гострого сальпінгоофориту.

Матеріали і методи. Обстежено 100 пацієнок з гострим сальпінгоофоритом, результати якого порівнювали з даними обстеження 30 здорових жінок. Групи були репрезентативні за віком, паритетом, основними даними акушерського, гінекологічного і соматичного анамнезу.

Критеріями включення хворих в дослідження були: вік від 18 до 45 років і діагноз «гострий сальпінгоофорит» (больовий синдром, температурна реакція, посилення секреторної функції). Усім пацієнткам проведено повне клініко-лабораторне обстеження відповідно до плану клінічного дослідження на початку лікування і на 14–18-ту добу після його закінчення.

Для лікування жінок з гострим сальпінгоофоритом застосовували комплексну протизапальну терапію, основним компонентом якої були антибактеріальний препарат широкого спектра дії з антибактеріальною і антипротозойною спрямованістю (200 мг офлоксацину та 500 мг орнідазолу), який призначали емпірично; у перші два дні по 1 таблетці вранці і по 2 таблетки ввечері, потім по 1 таблетці вранці й ввечері впродовж п'яти діб.

Офлоксацин належить до фторхінолонових антибіотиків, високоефективний щодо більшості аеробних грамнегативних та грампозитивних мікроорганізмів. Офлоксацин швидко і практично повністю абсорбується з травного каналу (біодоступність 96 %) та створює терапевтичні концентрації в крові через 1–2 год після прийому всередину; період напіввиведення препарату становить 5–8 год.

Фармакологічна дія орнідазолу – антибактеріальна та антипротозойна. Активний стосовно *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica* і *Giardia lamblia* (*Giardia intestinalis*), а також деяких анаеробних бактерій (*Clostridium* spp., *Bacteroides* spp., *Fusobacterium*) й анаеробних коків. Орнідазол добре всмоктується після прийому *per os*, максимальна концентрація його у крові досягається через 3 год, а період напіввиведення становить 12–14 год (порівняно з метронідазолом має більш тривалу дію).

Вагінально впродовж 8–16 діб призначали комплексний препарат (вагінальна таблетка, яка містить 500 мг орнідазолу, 100 мг міконазолу нітрату, 100 мг неомицину сульфату, 3 мг преднізолону), показаний для лікування бактеріального вагінозу та вагінітів, спричинених *Candida albicans*, і змішаних інфекцій (трихомонади, анаеробна інфекція, зокрема гарднерели та дріжджоподібні гриби).

Протизапальне лікування проводили на фоні антитромботичної, протеолітичної терапії у вигляді ректальних свічок, зокрема призначали Дистрептазу®. До складу ректальних супозиторіїв входять два компоненти: стрептокіназа (15 000 МЕ) і стрептодорназа (1250 МЕ) в оптимальних дозах для максимального протеолітичного і фібринолітичного ефекту. Режим застосування препарату залежав від ступеня тяжкості запального процесу: при легкому ступені по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 1 тиж; при середній тяжкості – по 1 супозиторію 3 рази на день 3 дні, потім по 1 супозиторію 2 рази на день 9 днів.

Дистрептаза виявляє фібринолітичну, протеолітичну дію, знімає набряк та покращує мікроциркуляцію у вогнищі запалення, значно збільшує концентрацію й ефективність антибактеріальних засобів у вогнищі запалення, з 2-ї доби в 3 рази зменшує больовий синдром, дизуричні прояви, нормалізує репарацію, скорочує термін лікування, підвищує ефективність терапії, зменшує ризик рецидиву, ускладнень (спайки, безпліддя, ПМЦ тощо).

Крім того, з першого дня лікування пацієнтки отримували гепатопротекторні препарати (хофітол тощо). З метою нормалізації мікробіоценозу піхви після курсу протизапальної терапії рекомендували прийом еубіотиків.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за комп'ютерними програмами «Statistica 6.0» і «Excel 5.0». Різницю вважали достовірною при $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Середній вік пацієнток становив $(32,6 \pm 6,4)$ року і $(30,7 \pm 5,7)$ року відповідно в основній і контрольній групах.

Аналіз клінічних даних свідчить про те, що при легкому ступені хвороби і середньої тяжкості до лікування був відповідно у 40 (40 %) і 60 (60 %) осіб з гострим сальпінгоофоритом. Основною скаргою всіх пацієнток з гострим сальпінгоофоритом був біль. Він локалізувався первинно внизу живота; з них 68 (68 %) хворих вказували на іррадіацію болю в нижні кінцівки і пах, рідше – в поперек і пряму кишку.

Симптоми інтоксикації були у всіх обстежених і найчастішими з них підвищення температури тіла – у 100 %; тахікардія – у 94 (94 %) хворих. Симптомами інтоксикації ми також вважали загальну слабкість, лихоманка, сухість в ротовій порожнині, диспептичні розлади. Дана симптоматика спостерігалася досить часто і свідчила про гострі ЗЗОМТ.

У більш ніж половини пацієнток обох груп відмічали дизуричні явища, що свідчить про мікробну колонізацію і запальний процес в сечовивідній системі. Симптоми подразнення очеревини малого тазу виявлено у кожній третій пацієнтки.

Скарги на болючу менструацію були у 76 % хворих, що може вказувати на спайковий процес в малому тазі та/або вогнища ендометріозу.

Про гострий аднексит свідчили показники ШОЕ і лейкоцитарної формули в обстежених хворих (табл. 1). Аналіз даних табл. 1 вказує на запальний процес в організмі обстежених, а також зміщення лейкоцитарної формули вліво, певне пригнічення імунної системи і високі показники ШОЕ.

Таблиця 1. Лейкоцитарна формула та показники ШОЕ в обстежених пацієнток ($M \pm m$)

Показник	Основна група		Контрольна група ($n = 30$)
	до лікування ($n = 100$)	після лікування ($n = 50$)	
Лейкоцити, $\cdot 10^9$ в 1 л	$11,0 \pm 0,2^*$	$6,5 \pm 0,2^A$	$6,2 \pm 0,3$
Паличкоядерні, %	$8,3 \pm 0,3^*$	$5,5 \pm 0,1^A$	$5,4 \pm 0,2$
Сегментоядерні лейкоцити, %	$59,5 \pm 0,1^*$	$57,1 \pm 0,6^A$	$56,9 \pm 0,2$
Лімфоцити, %	$26,4 \pm 0,5^*$	$31,1 \pm 2,2^A$	$30,5 \pm 2,1$
Моноцити, %	$5,3 \pm 0,2^*$	$9,2 \pm 0,4^A$	$9,8 \pm 0,3$
Еозинофіли, %	$1,6 \pm 0,2^*$	$3,3 \pm 0,4^A$	$3,9 \pm 0,2$
ШОЕ, мм/год	$24,6 \pm 2,4^*$	$10,1 \pm 3,3^A$	$8,9 \pm 0,9$

* $P < 0,05$ між контрольною групою та показниками до лікування.

^A $P < 0,05$ між показниками до і після лікування.

Результати бактеріоскопії мазків вагінальних виділень показали достатньо високу ефективність запропонованого нами методу лікування. У переважній більшості випадків (96 %) виявлено I і II ступені чистоти піхвової флори: невелику

кількість лейкоцитів (до 10–12 у полі зору), помірну кількість епітелію, кокову мікрофлору і палички Додерлейна у великій кількості.

Результати бактеріологічного дослідження посівів матеріалу, отриманого з цервікального каналу, і діагностика основних урогенітальних інфекцій методом ПЛР хворих з гострим сальпінгофоритом до та через 2 тиж після закінчення антибіотикотерапії наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Збудники запальних захворювань органів малого таза, виділені з цервікального каналу хворих з гострим сальпінгофоритом (абс. од., %)

Збудник	Основна група	
	до лікування (n = 100)	після лікування (n = 50)
<i>St. aureus</i>	18/18	0
<i>St. epidermidis</i>	8/8	0
<i>Str. β-haemoliticus</i>	6/6	0
<i>Gardnerella vaginalis</i>	38/38	1/2
<i>E. coli</i>	20/20	3/6
<i>Candida albicans</i>	10/10	2/4
<i>Ureaplasma ur.</i>	10/10	0
<i>Mycoplasma vag.</i>	6/6	0
<i>Trichomonas vag.</i>	20/20	0
Мікробні асоціації	40/40	1/2

Аналіз даних табл. 2 вказує на поліетиологічність сальпінгофориту і пояснює втрату нозологічної специфічності клінічної картини. Як видно з табл. 2, досить великий відсоток запальних захворювань пов'язаний з *Gardnerella vaginalis*, *St. aureus*, *E. coli*, *Trichomonas vag.* У 20 (40 %) хворих запальний процес був спричинений мікробними асоціаціями.

Про покращання доступу антибактеріальних препаратів до вогнища запалення свідчила майже повна елімінація збудників гострого сальпінгофориту через 14 днів після завершення лікування (див. табл. 2).

Аналізуючи клінічні прояви ЗЗОМТ після курсу протизапальної терапії, слід зазначити її високу ефективність, про що свідчить задовільний загальний стан всіх жінок за оцінкою лікаря і пацієнток. При цьому на незначний ниючий біль без іррадіації скаржилися 6 (6 %) жінок.

Про переваги запропонованої комплексної терапії з включенням тромбо- та протеолітика Дистрептази свідчили також нормалізація температури тіла, зникнення дизуричних явищ і залишкових проявів тубооваріальних утворень, покращання якості виділень із статевих шляхів, зникнення свербіжув в ділянці вульви, а у віддаленому періоді – болючої менструації.

Об'єктивними ознаками ефективності терапії гострого сальпінгофориту є показники кровообігу в яєчникових артеріях (табл. 3).

Аналіз наведених у табл. 3 даних вказує, що порівняно з показниками доплерометрії до лікування на 14–18 добу від початку терапії настало покращання показників кровообігу (МСШК, СДВ і СШК). Такі показники кровообігу в яєничковій артерії слід розцінювати як результат ефективної протизапальної терапії з включенням антитромботичного та протеолітичного Дистрептази®.

Тривалість стаціонарного лікування становила $(6,4 \pm 2,1)$ доби.

Оцінюючи найближчі і віддалені результати лікування (через 14 днів і через 6–9 міс після початку терапії), слід вказати на високу ефективність запропонованого нами комплексу протизапальної терапії з включенням комплексного антибактеріального препарату і ректально тромболітика, протеолітика Дистрептаза. Так, з урахуванням використаних нами критеріїв ефективності (динаміка больо-

вого синдрому, дані загального і гінекологічного огляду, результати гемограми, бактеріоскопії мазків з цервікального каналу і піхви, УЗД органів малого таза, ускладнення, тривалість курсового лікування, побічні ефекти терапії) ефективність лікування пацієнок становила 96 %.

Таблиця 3. Допплерометричні показники кровообігу в яєчникових артеріях у жінок з гострим сальпінгофоритом до та через 14–18 днів від початку лікування ($M \pm m$)

Показник	Основна група		Контрольна група (n = 30)
	до лікування (n = 100)	після лікування (n = 50)	
МСШК	10,3 ± 1,5	13,4 ± 1,8 ^А	15,6 ± 1,2*
КДШК	4,5 ± 1,2	5,1 ± 1,2	5,3 ± 1,1
СДВ	2,5 ± 0,2	3,0 ± 0,4 ^А	3,6 ± 0,3*
ІР	0,40 ± 0,01	0,5 ± 0,1	0,50 ± 0,01
ПІ	1,00 ± 0,05	1,10 ± 0,06	1,20 ± 0,08
СШК	6,6 ± 1,2	8,8 ± 1,2 ^А	11,7 ± 1,3*

^А P < 0,05 між показниками до та після лікування.

* P < 0,05 між показниками до лікування та в контрольній групі.

** P < 0,05 між показниками після лікування та в контрольній групі.

Висновок. Отже, емпіричне застосування ентерально ОФОРу (антибактеріальна і антипротозойна спрямованість) у комплексі з місцевою протизапальною (вагінально Неотризол[®]) й антитромботичною, протеолітичною (ректальні супозиторії із стрептокіназою і стрептодорназою Дистрептаза[®]) терапією в комплексному лікуванні гострого сальпінгофориту високоефективне, не супроводжується побічними ефектами і добре переноситься пацієнтками.

Список літератури

1. *Амбулаторно-поликлиническая* помощь в гинекологии / Под ред. В. А. Бенюка. – К.: Издат. дом «Здоровье Украины», 2007. – 512 с.
2. Гойда Н. Г., Мойсенко Р. В., Жилка Н. Я. та ін. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
3. Краснопольский В. И. Реабилитация больных с гнойными воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (диагностика и коррекция аутоиммунных нарушений) // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2005. – № 2. – С. 77–82.
4. Радзинский В. Е., Духин А. О., Костин И. Н. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 4. – С. 51–54.
5. Рос Д. Воспалительные заболевания органов малого таза // Здоровье женщины. – 2007. – Вып. 31, № 3. – С. 101–102.
6. Сенчук А. Я., Ропяк А. М., Доскоц І. О. Стан системи гемостазу в хворих із хронічним сальпінгофоритом у стадії загострення до та після протизапальної терапії // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2009. – № 1. – С. 76–78.
1. *Ambulatorno-poliklinicheskaya* pomoshch' v ginekologii / Pod red. V. A. Benyuka. – K.: Izdat. dom «Zdorov'e Ukrainy», 2007. – 512 s.
2. Gojda N. G., Mojseenko R. V., Zhilka N. Ya. ta in. Dovidnik z pitan' reproduktivnogo zdorov'ya. – K.: Vid-vo Raevs'kogo, 2004. – 128 s.
3. Krasnopol'skij V. I. Reabilitaciya bol'nyh s gnojnymi vospalitel'nymi zabolevanijami vnutrennih polovyh organov (diagnostika i korrekciya autoimmunnyh narushenij) // Ros. vestn. akushera-ginekologa. – 2005. – № 2. – S. 77–82.
4. Radzinskij V. E., Duhin A. O., Kostin I. N. Re-produktivnoe zdorov'e zhenshchin posle hirurgicheskogolecheniya ginekologicheskikh zabolevanij // Akusherstvo i ginekologiya. – 2006. – № 4. – S. 51–54.
5. Ros D. Vospalitel'nye zabolevaniya organov malogo taza // Zdorov'e zhenshchiny. – 2007. – Vip. 31, № 3. – S. 101–102.
6. Senchuk A. Ya., Ropyak A. M., Doskoch I. O. Stan sistemi gemostazu v hvorih iz hronichnim sal'pingooforitom u stadii zagostrennya do ta pislya protizapal'noї terapiї // Aktual'ni pitannya pediatriї, akusherstva ta ginekologii. – 2009. – № 1. – S. 76–78.

7. Серов В. Н., Хонина А. Н., Дробинская Н. А. и др. Клинико-иммунологические особенности системной воспалительной реакции у больных с акушерской и хирургической патологией // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 2. – С. 36–42.
8. Eckert L. O., Thwin S. S., Hillier S. L. et al. The antimicrobial treatment of subacute endometritis: a proof of concept study // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 190. – P. 305–313.
9. Hellebrekers B. W., Trimbo-Kemper T. C., Trimbo J. B. et al. Use of fibrinolytic agents in the prevention of postoperative adhesion formation // Fertil Steril. – 2000. – Vol. 74. – P. 203–212.
7. Serov V. N., Honina A. N., Drobinskaya N. A. i dr. Kliniko-immunologicheskie osobennosti sistemnoj vospalitel'noj reakcii u bol'nyh s akusherstvom i hirurgicheskoj patologiej // Akusherstvo i ginekologiya. – 2006. – № 2. – S. 36–42.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
КОМПЛЕКСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

А. В. Заболотная, А. Я. Сенчук (Киев)

Изучали клиническую и лабораторную эффективность комплексных противовоспалительных и антитромботических препаратов для лечения 100 больных с острым сальпингоофоритом. Ближайшие и отдалённые результаты лечения (через 14 дней и через 6–9 мес от начала лечения) указывали на высокую эффективность предложенного комплекса противовоспалительной терапии с включением комплексного антибактериального препарата (антибактериальная и антипротозойная направленность) в комплексе с местной противовоспалительной, антитромботической, протеолитической (ректальные суппозитории со стрептокиназой и стрептодорназой) терапией. С учётом используемых критериев эффективности (динамика болевого синдрома, данные общего и гинекологического осмотра, результаты гемограммы, бактериоскопии мазков с цервикального канала и влагалища, УЗИ органов малого таза, осложнения, длительность курса лечения, побочные эффекты лечения) эффективность лечения пациенток составляла 96 %. Высокая эффективность терапии не сопровождалась побочными эффектами и хорошо переносилась больными.

Ключевые слова: острый сальпингоофорит; эффективность; антибактериальная; противовоспалительная терапия; антитромботические препараты.

CLINICAL AND LABORATORY EFFICIENCY OF USING ANTI-INFLAMMATORY
AND ANTITHROMBOTIC DRUGS FOR THE TREATMENT
OF ACUTE SALPINGOOPHORITIS

A. Zabolotna, A. Senchuk (Kyiv, Ukraine)

PHEI «Kyiv Medical University»

We studied clinical and laboratory efficacy of using comprehensive anti-inflammatory and antithrombotic agents for the treatment of 100 patients with acute salpingoophoritis. The criteria for attracting patients to the study were: age 18 to 45 years and diagnosis “acute salpingoophoritis” (pain radiating to the lower extremities and groin, at least in the lower back and rectum, symptoms of intoxication (fever, tachycardia), increased secretory function). The nearest and remote results of treatment (in 14 days and after 6–9 months after initiation of therapy) pointed to the high efficiency of the proposed complex anti-inflammatory therapy involving complex antibacterial drug (antibacterial and antiprotozoal orientation) in combination with a local anti-inflammatory, anti-thrombotic, proteolytic (rectal suppositories with streptokinase and streptodornase) therapy of acute salpingoophoritis. Taking the used effectiveness criteria (data of pain, data of general and gynecological examination, hemogram data, smear microscopy of the cervix and vagina, pelvic ultrasound, complications, duration of treatment, side effects of therapy) treatment efficiency of patients was 96 %. High efficiency of treatment is not accompanied by side effects and is well tolerated by patients.

Key words: acute salpingoophoritis; efficiency; antibacterial; anti-inflammatory therapy; antithrombotic drugs.