

УДК: 618.11-002-085+618.12-002-085+618.17-008.8-085

СЕНЧУК М.А., ЧЕРМАК І.І.

Кафедра акушерства та гінекології  
ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ САЛЬПІНГООФОРИТОМ ТА ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

*З метою вивчення ефективності препаратів Дисменорм і Дістрептаза в комплексному лікуванні сальпінгоофоритів, які супроводжувалися порушенням менструальної функції обстежено 100 жінок у віці від 18 до 35 років, які страждали гострим сальпінгоофоритом, одним з клінічних проявів якого було порушення менструального циклу. Залежно від запропонованої терапії все пацієнтки були розділені на репрезентативні (за віком, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу) групи. У Основну групу увійшли 50 хворих з сальпінгоофоритом, які отримували комплексну протизапальну терапію з Дістрептаза і Дисменормом. У Групу порівняння увійшли 50 хворих з сальпінгоофоритом, які отримували комплексну протизапальну терапію та інші фіто-і ензимопрепарати.*

*Обстеження до і після лікування в обох групах включало вивчення анамнезу захворювання, скарги, гінекологічного статусу, проведення суб'єктивної оцінки больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). В динаміці також вивчено стан екосистеми піхви, гормональний профіль, УЗД органів малого тазу і доплерометрія яєчникових артерій.*

*Результати обстеження через 3 місяці після лікування вказували на нормалізацію гормонального профілю, показників доплерометрії в а.оваріса і відновлення регулярного менструального циклу. Одночасне з протизапальною терапією призначення зазначених вище препаратів дало можливість ліквідувати функціональні порушення в гіпоталамо-гіпофіз-яєчниковій системі більш, ніж у 90,0% пацієнток, у яких гострий і підгострий сальпінгоофорит супроводжувався порушеннями менструального циклу. У випадках використання загальноприйнятої терапії нормалізація менструального циклу сталася тільки у 40,0% пролікованих хворих.*

**Ключові слова:** сальпінгоофорит, порушення менструальної функції, діагностика, лікування.

Висока частота (від 60 до 80%) запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ) серед гінекологічної патології обумовлює актуальність проблеми [1, 3]. Провідними клінічними проявами ЗЗОМТ є порушення менструальної функції у вигляді нерегулярних кров'яних виділень з піхви – дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК). ДМК під час запальних процесів органів малого тазу у жінок є первинними, оскільки вони не пов'язані з органічною патологією статевих органів (зокрема яєчників), носінням внутрішньоматкових контрацептивів і з прийманням гормонів з метою контрацепції або з іншою метою [4, 5]. Етіопатогенез розладів менструальної функції під час запальних захворювань органів малого тазу на сьогодні є не з'ясований остаточно, і провідне місце в ньому відведене первинному ураженню рецепторного апарату органів-мішеней (шийка і тіло матки), а також фолікулярного апарату яєчників [6].

У вогнищі запалення утворюються гістаміноподібні речовини, лейкотоксини, адренергічні та холенергічні з'єднання, які

викликають зміни в центральній та периферичній нервовій системі. Зміни в рецепторному апараті матки та додатків приводять до порушення репродуктивної функції, ендокринної регуляції.

Спроби деяких авторів корегувати менструальний цикл гормональними препаратами не завжди ефективні і, крім цього, існує певна категорія жінок, яким протипоказане вживання цих медикаментів (серцево-судинна патологія, ожиріння, хвороби печінки). До того ж, більшість жінок взагалі негативно ставляться до призначення гормональних препаратів, які мають абсолютні і відносні протипоказання до вживання (близько 50 позицій) і негативно впливають на індекс маси тіла.

Саме тому вважаємо актуальним пошук оптимальних підходів до терапії ЗЗОМТ і профілактики негативних наслідків запалення. Можливими шляхами розв'язання проблеми може бути використання засобів, що забезпечують лікувальні ефекти безпосередньо у вогнищі запалення. У зв'язку з цим особливий інтерес викликає вагінальний

або ректальний шлях введення препаратів, що дасть змогу зменшити дози медикаментозних засобів, знизити частоту розвитку системних побічних реакцій і алергізації організму. З таких препаратів перевагу має Дістрептаза в формі ректальних свічок, що дає можливість отримувати високі концентрації ліків в малому тазу, завдяки попаданню активних компонентів препарату в прямокишечно-венозне сплетіння. Патогенетичним обґрунтуванням доцільності призначення Дістрептази є компенсаторні і патологічні процеси, які відбуваються у запальному вогнищі, а саме: у відповідь на інфікування чи ушкодження тканин в ураженому органі відбувається реакція коагуляції в локальному кровотоці. Це дає можливість обмежити розвиток патологічного процесу. Одночасно зменшується приплив крові і лікарських препаратів до місця ураження. Стрептокіназа і стрептодорназа сприяють повному лізісу сгортків крові, гною та їхньої елімінації з запального вогнища.

Своєчасно усунути розлади менструального циклу під час гострого і підгострого сальпінгофориту намагалися розв'язати за рахунок застосування препарату Дисменорм.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування препаратів Дістрептаза і Дисменорм у комплексному лікуванні сальпінгофоритів, які клінічно супроводжувались порушеннями менструального циклу.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 100 пацієнток у віці від 18 до 35 років (середній вік становив  $27,4 \pm 8,2$  років), які страждали гострою та підгострою формою сальпінгофориту протягом останніх 2-х – 3-х місяців, одним з клінічних проявів якого було порушення менструального циклу. Залежно від запропонованої терапії всі пацієнтки були розподілені на (за віком, акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом) групи. До Основної групи зараховано 50 хворих із сальпінгофоритом, які отримували комплексну протизапальну терапію з Дістрептазою та Дисменормом. До Групи порівняння зараховано 50 хворих із сальпінгофоритом, які отримували комплексну протизапальну терапію й інші фіто- і ензимні препарати.

Був зібраний детальний анамнез захворювання, скарги, гінекологічний статус, проведення суб'єктивної оцінки больового

синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) до та після курсу терапії [2].

Обстеження після лікування в обох групах включало: вивчення стану екосистеми піхви, гормональний профіль, УЗД і доплерометрія яєчникових артерій.

Усі пацієнтки отримували загальноприйнятту протизапальну терапію (Наказ №582, МОЗ України), додатково до якої пацієнтки Основної групи використовували препарат Дістрептаза у формі ректальних супозиторіїв за схемою: 3 дні 3 рази на добу і 6 днів 2 рази на добу, і комплексний препарат Дисменорм по 1 таблетці 2 рази на день, впродовж 3-х місяців.

Результати та їх обговорення. Стан середньої важкості спостерігався у 43 (43,0%) жінок. Клінічними проявами сальпінгофориту було підвищення температури тіла до 38 С (68% жінок), гострий біль внизу живота (68% жінок), дизуричні прояви (42% жінок). Гострий і підгострий сальпінгофорит супроводжувався достатньо вираженим болем, а саме від 6 до 9 балів ( $7,1 \pm 0,2$  бали) за шкалою ВАШ біль визначили 91,0% пацієнток. Аналіз становлення менструальної функції показав, що у всіх жінок місячні встановилися у віці  $12,6 \pm 1,3$  років (основна група) і  $12,7 \pm 1,9$  років (група порівняння).

Під час вагінального обстеження в усіх пацієнток були збільшені яєчники, болючі під час пальпації, тяжистість у ділянці додатків матки виявлена у 50,0%, напруження склепінь піхви було відсутнє. Найчастіше запальний процес локалізувався у ділянці обох придатків, а саме: двобічний аднексит був у 65,0% пацієнток.

У лейкоцитарній формулі у пацієнток, що приймали комплексне лікування з Дістриптазою та Дисменормом, спостерігали достовірне підвищення рівня еозинофілів практично в 2 рази, лімфоцитів і моноцитів, що було гарною прогностичною ознакою і свідчило про перехід процесу в стадію репарації.

Порушення менструальної функції відзначали 96,0% жінок (альгодисменорея – у 78,0%, метрорагія – у 56,0%, гіперполіменорея – у 42,0% пацієнток). Слід відзначити, що порушення у жінок виникли вперше і їх появу жінки пов'язували з основним захворюванням. Це було для нас підставою вважати, що причиною порушення регуляторних зв'язків на гіпоталамо-гіпофізарному рівні є запальне ушкодження яєчників.

За результатами оцінки тестів функціональної діагностики (базальна температура) виявлено, що у більшості (86,0%) хворих із сальпінгофоритами спостерігається однофазний менструальний цикл.

Аналіз результатів вивчення функції гіпофіза і яєчників у обстежених нами пацієнток показав наявність високих концентрацій ФСГ на 14-й і 21-й дні менструального циклу (відповідно  $14,5 \pm 3,7$  мМО/мл і  $12,9 \pm 1,6$  мМО/мл), низькі рівні ЛГ (відповідно  $7,3 \pm 2,8$  мМО/мл і  $8,6 \pm 2,7$  мМО/мл). Співвідношення ЛГ/ФСГ на 14-й день циклу у 7,5 разів, а на 21-й день у 4 рази менше, ніж у здорових жінок, що вказує на порушення процесів фолікулогенезу і відсутність овуляції. Концентрації ПРЛ на 14-й і 21-й дні менструального циклу були у 1,5 рази вище за відповідні показники у здорових жінок.

Рівні  $E_2$  на 14-й день циклу були у 2 рази вищими ( $p < 0,05$ ), ніж у здорових жінок (відповідно  $19,6 \pm 3,7$  пг/мл і  $9,3 \pm 1,2$  пг/мл). На 21-у добу рівні  $E_2$  у хворих були майже у 6 разів вищими за норму (відповідно  $18,2 \pm 4,6$  пг/мл і  $3,0 \pm 1,2$  пг/мл). При цьому рівень ПГ на 21-й день циклу був уже достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ) за цей показник у здорових жінок (відповідно  $0,28 \pm 0,05$  пг/мл і  $0,49 \pm 0,01$  пг/мл), а співвідношення ПГ/  $E_2$  було у 10 разів меншим, ніж у здорових жінок. Усе це вказує на наявність абсолютного і відносного дефіциту ПГ в хворих із сальпінгофоритами і порушеннями менструальної функції.

Порівняльний аналіз динаміки виявлення аеробних і анаеробних збудників через 2 тижні після закінчення загальноприйнятої і запропонованої терапії показав переваги лікування з залученням антитромботичних препаратів. Це проявляється зниженням (у 2 – 2,5 рази) частоти виявлення аеробних і анаеробних збудників інфекції і збільшенням (на 6,0 – 14,0%) частоти виявлення лакто- і біфідобактерій.

Ми також дійшли висновку про те, що протизапальна терапія із залученням Дістрептази є найбільш ефективною і дає змогу у 100,0% випадків елімінувати збудників, що передаються статевим шляхом.

Результати дослідження кровообігу в яєчникових артеріях показали, що на момент виписки зі стаціонару, коли ми закінчуємо протизапальну терапію, не відбувається повного і достовірного ( $p > 0,05$ ) поновлення кровообігу в цих артеріях. Так,

в Основній групі пацієнток (терапія з Дістрептазою і Дисменормом) відновлення показників кровотоку, порівняно із здоровими жінками, спостерігалось у 58,0% (29 пацієнток) випадків, а в Групі порівняння (загальноприйнята терапія) тільки у 17 хворих (34,0%). У решти хворих обстежених груп (відповідно у 42,0% і 66,0%) швидкість кровотоку в яєчниковій артерії залишилася патологічною. Цей факт вказує на субклінічну пролонгацію запального процесу, що негативно впливає на перебіг реконвалесцентного періоду, менструальний цикл, потенційну здатність до зачаття і «оваріальний резерв»

Аналіз показників кровообігу в яєчникових артеріях показав, що значне покращення доплерометричних показників кровообігу через 1 місяць після виписки зі стаціонару відбувається тільки у пацієнток, які у комплексі протизапальної терапії, а також амбулаторно протягом тижня отримували антитромботичний препарат Дістрептазу. Достовірні ( $p < 0,05$ ) позитивні зміни стосувалися передусім СДВ (з  $2,5 \pm 0,2$  в Основній групі до  $3,6 \pm 0,4$  у пацієнток, які отримували Дістрептазу) і показників швидкості кровообігу: МСШК і СШК відповідно з  $10,3 \pm 1,5$  і  $6,6 \pm 1,2$  до  $15,4 \pm 1,2$  і  $11,8 \pm 1,2$  до і після використання запропонованої нами терапії.

У групі пацієнток, які отримували загальноприйнятту терапію, показники кровообігу в яєчникових артеріях декілька покращувались, але не наближались до відповідних показників у Контрольній групі жінок. Єдиним показником, якій набував достовірних позитивних змін, є СШК (з  $6,6 \pm 1,2$  у хворих до  $8,9 \pm 1,2$  після загальноприйнятої терапії).

Вважаємо, що недостатня нормалізація кровообігу в додатках матки у пацієнток, які отримували загальноприйнятту терапію, є морфологічним підґрунтям хронізації запального процесу з подальшою його реалізацією в формуванні спайок, порушень менструального циклу, безпліддя та ін.

Через 3 місяці після проведеної терапії ми визначили динамічні зміни рівнів гіпофізарних і стероїдних гормонів у плазмі крові наших пацієнток.

Порівняльний аналіз отриманих даних свідчить про значні переваги комплексної протизапальної терапії, до якої додатково залучені Дістрептаза і Дисменорм (Основна група), перед загальноприйнятим підходом

до терапії гострого сальпінгофориту (Група порівняння). Це можна стверджувати на підставі достовірного ( $p < 0,05$ ) зниження продукції ФСГ через 3 місяці після лікування хворих Основної групи з  $14,3 \pm 3,6$  мМО/мл і  $12,8 \pm 1,7$  мМО/мл до  $4,0 \pm 1,8$  мМО/мл і  $2,3 \pm 0,8$  мМО/мл (відповідно на 14-й і 21-й день).

У пацієток, які не отримували Дисменорм і Дістрептазу, повної нормалізації продукції ФСГ не відбувалося й їхні рівні були вищими за відповідні показники в Основній групі й у здорових жінок. Про переваги запропонованого лікування свідчить також динаміка концентрацій ПРЛ, які були через 3 місяці достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчими порівняно з показниками до лікування.

Результати вивчення динаміки рівнів стероїдних гормонів у хворих із гострим сальпінгофоритом через 3 місяці після лікування вказують на їхню позитивну динаміку через 3 місяці після обох методів лікування. Різниця є тільки в достовірності змін, які ми зареєстрували, оскільки після загальноприйнятої терапії (Група порівняння) має місце тільки тенденція до зрушення результатів у позитивний бік. Достовірних значень ( $p < 0,05$ ) позитивні зміни набувають тільки в групі жінок, де ми використали Дістрептазу і Дисменорм (Основна група). Так, до важливих змін, які безпосередньо впливають на менструальний цикл, можна у першу чергу зарахувати зниження концентрації  $E_2$  з  $19,3 \pm 3,8$  нг/мл на 14 добу і  $18,1 \pm 4,7$  нг/мл на 21-шу добу до лікування до  $10,2 \pm 1,2$  нг/мл і  $6,1 \pm 2,1$  нг/мл у ціж терміни через 3 місяці після лікування. Про відновлення повноцінної другої фази у пацієток Основної групи свідчить також нормальний рівень прогестерону на 14-й і 21-й день циклу.

Оцінка стану менструального циклу через 3 місяці після проведеної терапії показала різницю в усуненні порушень у жінок, які отримували протизапальну терапію з Дістрептазою і Дисменормом (Основна група) і загальноприйнятую протизапальну терапію (Група порівняння).

Терміни стаціонарного лікування в Основній групі становили  $9,3 \pm 2,1$  доби, а в Групі порівняння  $14,3 \pm 2,1$ , що на 5 днів більше. Найбільш частою причиною тривалого перебування хворих на ліжку була наявність стійкого больового синдрому.

Віддалені результати лікування (6-9 місяців від початку терапії) за нашими критеріями (динаміка больового синдрому за шкалою ВАШ, результати загального і гінекологічного обстеження, дані гемограми, бактеріоскопії мазків із цервікального каналу і піхви, УЗД органів малого тазу, нормалізація менструальної функції, ускладнення, тривалість курсової терапії, побічні ефекти терапії) показали, що ефективність лікування пацієток Основної групи становить 96,0%. Ефективність використання загальноприйнятої терапії у хворих із Групи порівняння становить 78,0%.

Таким чином, аналіз наведених даних вказує на значні переваги комплексної протизапальної терапії, яка містить Дістрептазу і Дисменорм, над загальноприйнятою тактикою в лікуванні гострого і підгострого сальпінгіту. Одночасне з протизапальною терапією призначення вказаних вище препаратів дало змогу ліквідувати функціональні порушення в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі більш ніж у 90,0% пацієток, у яких гострий і підгострий сальпінгофорит супроводжувався порушеннями менструального циклу. У разі використання загальноприйнятої терапії нормалізація менструального циклу відбулася тільки у 40,0% пролікованих хворих.

Вважаємо за доцільне подальший науковий пошук у даному напрямку, а саме вивчення репродуктивної функції у жінок із хронічними сальпінгофоритами, особливостями перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду і стан новонароджених у даної категорії пацієток.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Гойда Н.Г.* Довідник з питань репродуктивного здоров'я. Н.Г. Гойда, Р.В. Мойсеєнко, Н.Я. Жилка та співав.. – К: Видавництво Раєвського, 2004.- 128с.
2. *Кузьменко В.В.* Психологические методы количественной оценки боли / [В.В. Кузьменко, В.А. Фокин, Э.Р. Маттис и др.] / Советская медицина. – 1986. - №10. – С.44-48
3. Особливості перебігу вагітності, пологів та перинатальні порушення у жінок, що перенесли хронічні запальні захворювання статевих органів / [В.В. Подольський, В.Л. Дронова, Т.О. Касаткіна та ін.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2011. – С. 682-685.
4. *Сенчук А.Я.* Стан системи гемостазу в хворих із хронічним сальпінгофоритом у стадії за-

гострення до та після протизапальної терапії / [А.Я. Сенчук, А.М. Ропяк, І.О. Доскоц та ін.] // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – № 1. – 2009. – С. 76-78.

5. Сенчук А.Я. Сучасна тактика комплексного лікування хронічних запальних захворювань органів малого тазу в стадії загострення. Методичні рекомендації для лікарів, інтернів та студентів медичних ВУЗів / [А.Я. Сенчук, І.Б. Венцківська, В.В. Подольський, О.В. Грищенко та ін.]. – Київ МОЗ, 2009. – 20с.
6. Соколов С.Я. Фармакотерапия и фитотерапия. Руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2000.

## РЕЗЮМЕ

### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С САЛЬПИНГООФОРИТОМ И НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

М.А. СЕНЧУК, И.И. ЧЕРМАК

С целью изучения эффективности препаратов Дисменорм и Дистрептаза в комплексном лечении сальпингоофоритов, которые сопровождались нарушением менструальной функции обследовано 100 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, которые страдали острым сальпингоофоритом, одним из клинических проявлений которого было нарушение менструального цикла. В зависимости от предложенной терапии все пациентки были разделены на репрезентативные (по возрасту, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу) группы. В Основную группу вошли 50 больных с сальпингоофоритом, которые получали комплексную противовоспалительную терапию с Дистрептазой и Дисменормом. В Группу сравнения вошли 50 больных с сальпингоофоритом, которые получали комплексную противовоспалительную терапию и другие фито- и энзимопрепараты.

Обследование до и после лечения в обеих группах включало изучение анамнеза заболевания, жалобы, гинекологического статуса, проведение субъективной оценки болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В динамике также изучено состояние экосистемы влагалища, гормональный профиль, УЗИ органов малого таза и доплерометрия яичниковых артерий.

Результаты обследования через 3 месяца после лечения указывали на нормализацию гормонального профиля, показателей доплерометрии в а.ovarica и восстановление регулярного менструального цикла. Одновременное с противовоспалительной терапией назначение

указанных выше препаратов дало возможность ликвидировать функциональные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе более чем у 90,0% пациенток, у которых острый и подострый сальпингоофорит сопровождался нарушениями менструального цикла. В случаях использования общепринятой терапии нормализация менструального цикла произошла только у 40,0% пролеченных больных.

**Ключевые слова:** сальпингоофорит, нарушение менструальной функции, диагностика, лечение.

## SUMMARY

### EXPEREANCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SALPINGOOPHORITIS AND MENSTRUAL DYSFUNCTION

M. SENCHUK, I. CHERMAK

In order to study the effect of the medicines Dismenorm and Distreptaza in the complex treatment of salpingoophoritis which were accompanied by menstrual dysfunction, 100 women aged from 18 to 35 years old who suffered an acute salpingoophoritis, one of the clinical manifestations of which was a violation of the menstrual cycle were investigated. Depending on the suggested treatment, all patients were divided into representative (age, obstetric and somatic disease) groups. The basic group included 50 patients with salpingoophoritis who received complex anti-inflammatory therapy with Distreptaza and Dismenorm. The group of comparison included 50 patients with salpingoophoritis who received complex anti-inflammatory therapy and other phyto- and enzymomedicine. Examination before and after treatment in both groups included the study of medical history, complaints, gynecological status, conducting subjective evaluation of the pain by the visual analog scale (VAS). In the dynamics it is also studied the state of the vaginal ecosystem, hormonal profile, pelvic ultrasound and Doppler of ovarian arteries.

Results of the survey in 3 months after the treatment pointed to the normalization of the hormonal profile, Doppler parameters in a.ovarica and restoration of regular menstrual cycle. Simultaneously with purpose anti-inflammatory therapy of the above medicines made it possible liquidate functional disturbances in the hypothalamic-pituitary-ovarian system more than 90.0% of patients whose acute and subacute salpingoophoritis was accompanied by menstrual irregularities. In the cases of using the conventional therapy the normalization of the menstrual cycle occurred only in 40.0% of the treated patients.

**Key words:** salphingoophiritis, menstrual function disorders, diagnostics, treatment.