

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ
ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА**

Е.В. Василькова, И.Г. Жуковская,

Н.А. Ребро, О.Г. Копьева,

В.В. Дмитриева

*Ижевская государственная
медицинская академия
Ижевск, Россия*

Высокая частота хронических воспалительных заболеваний малого таза, сопутствующие тяжелые осложнения, неблагоприятные ближайшие и отдаленные исходы определяют актуальность повышения качества терапии данного контингента пациенток [1]. Сложность решения данной проблемы обусловлена многообразием этиологически значимых возбудителей, эмпиризмом начальной терапии, нерациональным применением антибиотиков и дезадаптацией иммунной системы [2]. Частота рецидивов после проведенного лечения составляет 50-75% [3]. В связи с этим интегративный подход к терапии женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза приобретает особую актуальность [4, 5].

Цель исследования: оценить возможности использования нестероидного противовоспалительного препарата эфтиллина «У» и его сочетания с озонотерапией в терапии пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОМТ).

Материалы и методы

Группу наблюдения составили 62 пациентки с ХВЗОМТ, получавшие эфтиллин «У» и озон в виде внутривенных инфузий 400мл озонированного физиологического раствора (ОФР)

с концентрацией озона 1,5 мг/мл, курс лечения состоял из 6 процедур, проводимых ежедневно или через день. В состав 100г эфтиллина «У» входило: мефенаминовая кислота 1,0 г, диклофенак 0,25, димедрол 0,1, фурадонин 0,5, тинидазол 0,05, трентал 0,05, лидаза 12,8 ПЕ, вильпрафен 0,5, нистатин 1,0, а также галавит 1,0, настойка пустырника 1,0. Данный препарат обладает противовоспалительным, обезболивающим, антимикробным эффектом, нормализует микроциркуляцию, повышает фагоцитарную активность макрофагов в очаге воспаления, усиливает микробицидную функцию нейтрофилов. Препарат назначался по 2,5 г интрацервикально и интравагинально в течение 10 дней. В группе сравнения, включавшей 56 пациенток, использовался только эфтиллин «У». Группы были сопоставимы по возрасту, соматическому статусу, длительности заболевания, паритету беременностей и родов.

Всем пациенткам было проведено клиническое обследование. Характеристика соматического статуса была получена после консультирования пациенток терапевтом. Клеточный иммунитет в крови исследовали методом непрямой реакции поверхностной иммуофлюоресценции с использованием набора моноклональных и поликлональных антител для определения сывороточных антигенов (кластеров дифференцировки – CD) лейкоцитов человека «МедБиоСпектр» (Москва). Определяли CD3+, CD4+, CD8+, CD 20+ клетки. Содержание иммуноглобулинов класса А, М, G определяли в сыворотке крови методом радиальной диффузии в агаре по способу Манчини. Для оценки фагоцитарной активности нейтрофилов проводили НСТ-тест с частицами латекса; оценивали спонтанный и стимулированный фагоцитоз. При определении состояния показателей

местного иммунитета учитывались фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ) методом микроскопии мазка, окрашенного по Романовскому-Гимзе, бактерицидная активность фагоцитов в тесте с нитро-синим тетразолием (в базовых и стимулированных условиях), индекс активации нейтрофилов (ИАН в базовых и стимулированных условиях), концентрация секреторного иммуноглобулина А, определяемая методом радиальной диффузии.

Оценка клинической эффективности проведенной терапии проводилась через 14 дней и 12 месяцев после лечения, при этом учитывались клинические симптомы, частота рецидивов заболевания, количество наступивших беременностей, динамика показателей местного иммунитета.

Статистическая обработка проводилась с помощью параметрического (критерий Стьюдента) и непараметрического (χ -квадрат) критериев.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст обратившихся в группе наблюдения составил $28,1 \pm 0,8$ лет, в группе сравнения – $27,3 \pm 0,9$ лет. Экстрагенитальная патология была представлена хроническим тонзиллитом – $19,4 \pm 5,1\%$ и $17,9 \pm 5,1\%$, заболеваниями желудочно-кишечного тракта – $51,6 \pm 6,3$ и $50,0 \pm 6,7\%$, инфекциями мочевыводящих путей – $20,9 \pm 5,2\%$ и $19,6 \pm 5,3\%$, анемиями – $14,5 \pm 4,5\%$ и $12,5 \pm 4,4\%$ соответственно. Длительность заболевания, в среднем, у пациенток группы наблюдения составляла $5,4 \pm 1,2$ лет, в группе сравнения – $6,2 \pm 1,3$ лет. Среднее количество беременностей на одну женщину составило $2,9 \pm 0,3$ и $3,0 \pm 0,3$ соответственно. Среднее количество родов на одну женщину $1,1 \pm 0,1$ и $1,2 \pm 0,1$; количество аборт на одну женщину $1,8 \pm 0,1$ и $1,7 \pm 0,1$ соответственно.

Частота основных клинических симптомов заболевания до лечения, через 14 дней и 12 месяцев после лечения у пациенток с ХВЗОМТ представлена в табл. 1.

Таблица 1

Динамика частоты клинических симптомов заболевания (%)

Клинический симптом	Группа наблюдения			Группа сравнения		
	до леч.	после леч.	отд. рез.	до леч.	после леч.	отд. рез.
Гиперсекреция	$57,6,3 \pm 6,2$	$28,5 \pm 5,0^{***}$	$7,8 \pm 3,0^{***}$	$61,3 \pm 6,2$	$32,4 \pm 6,3^{***}$	$14,3 \pm 4,7^{***}$
Диспареуния	$32,8 \pm 5,2$	$15,6 \pm 4,1^{**}$	$7,8 \pm 3,4^{***}$	$31,2 \pm 6,1$	$27,4 \pm 5,9$	$12,5 \pm 4,4^*$
Боли внизу живота	$30,4 \pm 5,1$	$21,4 \pm 4,6$	$10,7 \pm 4,1^{**}$	$25,6 \pm 5,8$	$19,2 \pm 5,3$	$16,1 \pm 4,9$

Примечание: степень достоверности разности сравниваемых показателей до и после лечения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Как видно из таблицы, использование эфтиллина «У» в сочетании с озонотерапией привело не только к статистически значимому снижению частоты клинических симптомов заболевания после лечения, но и снижению симптоматики патологического процесса в отдаленном периоде исследования.

Показатели системного иммунитета до лечения у пациенток обеих групп характеризовались снижением CD3+ клеток ($63,4 \pm 1,8\%$, $61,9 \pm 1,7\%$) и CD4+клеток ($18,1 \pm 1,2\%$, $20,5 \pm 1,2\%$), повышением CD8+ клеток ($36,4 \pm 1,2\%$, $37,5 \pm 1,3\%$). НСТ-тест в стимулированных условиях был снижен ($35,7 \pm 1,3\%$, $36,8 \pm 1,4\%$). Концентрация Ig G была повышен-

ной ($19,8 \pm 0,8$ мг/мл, $21,0 \pm 0,7$ мг/мл). Улучшение показателей системного иммунитета после лечения в группе наблюдения было более значимым: отмечалось увеличение CD3+ ($68,7 \pm 1,5\%$ и $66,4 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$); повышение CD4+ клеток ($29,7 \pm 0,9\%$ и $24,9 \pm 1,0\%$, $p < 0,01$, $0,05$), снижение CD8+ клеток наблюдалось только в группе пациенток, использовавших сочетанную терапию ($28,7 \pm 1,0\%$, $p < 0,01$) в группе сравнения отмечалось повышение этого показателя ($39,2 \pm 1,2\%$). Значимо увеличивался в процессе лечения у женщин группы наблюдения показа-

тель НСТ-теста в стимулированных условиях ($57,2 \pm 1,4$, $p < 0,001$), у пациенток группы сравнения отмечалось менее значительное изменение этого показателя ($42,6 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$). Концентрация IgG после проведенной терапии достоверно снижалась также у женщин группы наблюдения ($16,5 \pm 0,7$ мг/мл, $p < 0,001$; $19,3 \pm 0,8$ мг/мл соответственно).

Изменения показателей местного иммунитета в цервикальном секрете у пациенток в группах наблюдения и сравнения представлены в табл. 2

Таблица 2

Динамика показателей местного иммунитета

Показат. местн. иммунитета	Группа наблюдения			Группа сравнения		
	до леч.	после леч.	отд. рез.	до леч.	после леч.	отд. рез.
ФИ, %	$33,5 \pm 1,6$	$52,1 \pm 2,8^{**}$ *###	$43,8 \pm 0,9^{***}$ ###	$32,1 \pm 1,2$	$38,7 \pm 2,3^{**}$	$36,6 \pm 1,0^{**}$
ФЧ	$1,4 \pm 0,10$	$2,1 \pm 0,08^{**}$ *###	$2,8 \pm 0,10^{***}$ ###	$1,3 \pm 0,10$	$1,8 \pm 0,03^{***}$	$2,0 \pm 0,10^{***}$
НСТ-баз., %	$13,0 \pm 0,70$	$22,1 \pm 0,70$	$29,6 \pm 1,70^{**}$ *##	$14,2 \pm 0,70$	$20,4 \pm 1,10^{**}$ *	$23,4 \pm 1,03^{***}$
НСТ-стим., %	$16,6 \pm 0,7$	$23,0 \pm 0,9^{**}$ *	$33,2 \pm 1,3^{***}$ ###	$18,4 \pm 0,8$	$21,4 \pm 0,6^{**}$	$25,0 \pm 0,5^{***}$
ИАН баз	$0,2 \pm 0,01$	$0,2 \pm 0,03$	$0,3 \pm 0,02^{***}$ ##	$0,1 \pm 0,01$	$0,2 \pm 0,02$	$0,2 \pm 0,03$
ИАН стим	$0,2 \pm 0,04$	$0,3 \pm 0,01$	$0,4 \pm 0,02^{***}$	$0,2 \pm 0,10$	$0,2 \pm 0,08$	$0,3 \pm 0,01$
slg A, мг/мл	$1,3 \pm 0,10$	$0,7 \pm 0,10^{**}$ *#	$0,4 \pm 0,04^{***}$ #	$1,8 \pm 0,50$	$1,3 \pm 0,30$	$1,0 \pm 0,30$

Примечание: степень достоверности сравниваемых показателей до и после лечения в группах: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; степень достоверности сравниваемых показателей между группами до и после лечения: # – $p < 0,05$; . ### – $p < 0,01$; ### – $p < 0,001$.

Как видно из табл. 2 все показатели локального иммунного ответа на фоне лечения у пациенток обеих групп имели достоверную положительную динамику, однако, к нормативным параметрам по результатам как ближайших, так и отдаленных исследований существенно ближе были данные обследованных только в группе наблюдения, чему способствовала уникальная методика, включавшая

эфтиллин «У» и озонотерапию, восстанавливающие функции фагоцитов.

При оценке частоты обращения женщин в течение 12 месяцев после проведенного комплексного лечения по поводу клинических симптомов заболевания отмечалось достоверное снижение этого показателя ($n^2=1$; $\chi^2=4,84$; $p < 0,05$) у пациенток группы наблюдения, что указывает на более высокую эффективность

терапии с применением эфтиллина «У» и озонотерапии.

Важным критерием эффективности отдаленных результатов лечения с включением эфтиллина «У» является наступление беременности в течение 12 месяцев после проведенного лечения – у 35,5% пациенток, в группе сравнения – у лишь у 14,0% женщин ($p < 0,01$).

Таким образом, проведенная оценка ближайших и отдаленных результатов возможностей комплексной терапии пациенток с ХВЗОМТ, включавшей эфтиллин «У» в сочетании с озонотерапией, показала высокую эффективность данной методики лечения, на что указывают снижение встречаемости клинических симптомов заболевания, частоты обращаемости пациенток по поводу рецидивов заболевания, восстановление показателей системного и местного иммунитета. Самым важным критерием эффективности отдаленных результатов проведенной терапии является частота наступления беременности, которая была в 2,5 раза выше при сочетанной терапии – эфтиллин «У» с озонотерапией, что позволяет рекомендовать данную методику к широкому использованию у пациенток с ХВЗОМТ на этапе прегравидарной подготовки.

Список литературы

1. Зузова, А.П. Место современных фторхинолонов в терапии интраабдоминальных инфекций малого таза / А.П. Зузова // Гинекология. – 2009. – Т. 11, №2. – С. 6-9.

2. Использование иммуномодуляторов в лечении больных хроническим сальпингооофоритом / А.З. Хашукоева [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т.7, 32. – С.71-74.

3. Роговская, С.И. Оптимизация лечения хронических цервицитов с помощью изоприно-

зина / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская // Акушерство и гинекология. – 2006. – Т. 8, №1. – С. 4-7.

4. Сидорова, И.С. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова // Акушерство и гинекология. – 2007. – №4. – С. 65-68.

5. Сухих, Г.Т. Механизмы иммунной защиты при острых и хронических заболеваниях органов репродуктивной системы / Г.Т. Сухих, Л.В. Ванько // Акушерство и гинекология. – 2006. – С.17-24.

КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ β-ЭНДОРФИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МЕТОДОМ ТЭС-ТЕРАПИИ

**Е.А. Губарева, А.Х. Каде,
Н.В.Измайлова, А.Ю. Туровая,
А.А. Басов, С.А. Занин, С.Р. Федосов**
ГОУ ВПО КГМУ РОСЗДРАВА

Метод транскраниальной электростимуляции (ТЭС-терапии), предложенный профессором В.П. Лебедевым и соавт. (1983), в основе которого лежит активация опиоидергических структур головного мозга, обладает многообразием эффектов, общей направленностью которых является нормализация гомеостаза. В настоящее время перспективным является использование этого неинвазивного немедикаментозного метода в комплексном лечении острого инфаркта миокарда.

Цель работы: изучить динамику уровня β-эндорфинов в сыворотке крови больных инфарктом миокарда (ИМ) на фоне проведения ТЭС-терапии.