

УДК 618.11/12-002:616.61/62-055.23-085.322

© Колектив авторів, 2011.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ САЛЬПІНГООФОРИТІВ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

**О. А. Андрієць, О. І. Боднарюк, І. Д. Шкробанець, О. Р. Знак, А. В. Андрієць**

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. кафедри – проф. О. М. Юзько),  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.*

### THE USE OF CANEFRON N IN MULTIMODALITY TREATMENT OF SALPINGOOPHORITES WITH UNDERLYING INFLAMMATORY DISEASES OF THE KIDNEYS AND URINARY BLADDER IN ADOLESCENT GIRLS

**O. A. Andriiets', O. I. Bodnariak, I. D. Shkrobanets', O. R. Znak, A. V. Andriiets'**

#### SUMMARY

The paper presents and analyzes the results of an examination and treatment of 47 girls of pubertal age, suffering from salpingoophoritis with underlying inflammatory diseases of the kidneys and urinary bladder. Chronic salpingoophoritis, often combined with inflammatory diseases of the kidneys and urinary bladder, requires a complex approach both to its diagnostics and treatment. The use of a combined phytopreparation – Canefron N in a multimodality treatment of salpingoophoritis in girls with underlying inflammatory diseases of the kidneys and urinary bladder is pathogenetically substantiated that is confirmed by laboratory studies and the clinical picture.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ САЛЬПИНГООФОРИТОВ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

**О. А. Андриец, О. И. Боднарюк, И. Д. Шкробанец, О. Р. Знак, А. В. Андриец**

#### РЕЗЮМЕ

В статье приведены и проанализированы результаты обследования и лечения 47 девушек пубертатного возраста, больных сальпингоофоритом на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря. Хронический сальпингоофорит, который часто объединяется с воспалительными заболеваниями почек и мочевого пузыря, нуждается в комплексном подходе как к диагностике, так и к лечению. Использование комбинированного растительного препарата Канефрон Н, антибиотика Зетамакс и ферментного препарата Дистрептаза в комплексном лечении сальпингоофоритов у девушек на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря является патогенетично обоснованным, что подтверждено лабораторными исследованиями и клинической картиной.

#### Ключові слова: дівчата-підлітки, сальпінгоофорити.

Зміни умов життя, підвищення ролі в суспільно-му житті сучасної жінки є факторами ризику, які призводять до підвищення психоемоційного та фізичного навантаження на її організм [1, 4]. Погіршення стану здоров'я в поєднанні з впливом соціально-економічних факторів ризику та змінами сексуальної поведінки призводять до зростання частоти хронічних запальних захворювань статевих органів у жінок. На сьогодні запальні захворювання внутрішніх статевих органів (ЗЗВСО) є найбільш поширеною групою захворювань, що спричиняють різноманітні порушення репродуктивного здоров'я [2, 7].

За останні роки структура і клінічний перебіг запальних захворювань внутрішніх геніталій значно змінилися. Майже у 75% хворих процес локалізується в додатках матки, з них у 80-82% відмічається хронічний рецидивуючий сальпінгоофорит, що має затяжний перебіг із частими загостреннями та ускладненнями, які призводять до стійкого порушення репродуктивної функції [7, 9, 12].

На сьогоднішній день інфекційно-запальні захворювання сечостатевої системи у дівчат-підлітків відрізняються поліетіологічністю, стертою клінічною картиною, високою частотою мікст-інфекцій і схильністю до рецидування, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

Нерідко хронічний сальпінгоофорит поєднується із запальними захворюваннями нирок та сечового міхура, що потребує комплексного підходу як до діагностики, так і до лікування. Численні збудники захворювань, що належать до інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), вражають слизові оболонки не тільки статевих шляхів. Одним із важливих аспектів проблеми є ймовірність інфікування сечовивідних шляхів гематогенним або висхідним шляхом [2, 6, 13]. Здебільшого лікування запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ) у дівчат, як загальне, так і місцеве, направлене на лікування саме статевих шляхів, без урахування супутнього уретрита, цистита, пієлонефрита

або наявності їх в анамнезі, тому лікування не завжди є адекватним [4, 5, 11].

Проблема удосконалення лікувально-профілактичних заходів у дівчат-підлітків щодо ЗЗОМТ не втратила своєї актуальності не тільки для практичної дитячої гінекології, але і для наукових досліджень.

Мета дослідження – оцінити клінічну ефективність патогенетично обґрунтованого комплексу лікування сальпінгоофоритів на тлі деякої урологічної патології у дівчат-підлітків.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-лабораторне обстеження 47 дівчат пубертатного віку із запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів різного ступеня вираженості на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура. У всіх хворих (за згодою батьків) було проведено спеціальне гінекологічне обстеження, УЗД внутрішніх жіночих статевих органів (УЗ апарат – MEDISON SONOASE X 8), бактеріологічне, бактеріоскопічне, ІФЛ або ПЛР дослідження вмісту піхви та сечі.

Всі пацієнтки були оглянуті педіатром, нефрологом або урологом.

Враховуючи, що одними з пріоритетів терапії запальних захворювань сечостатевої системи є використання антибактеріальних препаратів широкого спектру дії і те, що в останні роки лідируючі позиції в якості антибактеріального засобу в лікуванні ППСШ як у дорослого населення, так і у дівчат-підлітків займає азітроміцин саме завдяки своїм властивостям: дія на основні збудники ППСШ (хламідії, уреоплазми, мікоплазми), тривалий період напіввиведення, високий рівень всмоктування і стійкість до кислого середовища, здатність транспортуватися лейкоцитами до місця запалення, висока і тривала концентрація в тканинах, можливість проникати в середину клітини, хороша переносимість та, що особливо важливо, можливість його використання в підлітковому віці, ми обрали основним препаратом для лікування урогенітальних інфекцій у дівчат-підлітків депоновану форму азітроміцину – Зетамакс (Pfizer).

Враховуючи скарги пацієнтів, наявність в анамнезі захворювань сечовидільної системи та вищевикладане, ми вирішили до комплексної терапії включити фітопрепарат для лікування сечовивідних шляхів і нирок Канефрон Н (Bionorica).

Канефрон Н – комбінований препарат рослинного походження, що володіє раціональним поєднанням фармакологічних ефектів, необхідних для успішного лікування запальних захворювань органів сечовидільної системи [10]. Даний препарат володіє протизапальною, антимікробною, спазмолітичною діями. Протизапальна дія Канефрона Н пов'язана з розмариновою кислотою, що пригнічує синтез медіаторів запалення, їх вивільнення та активацію. Антимікробна дія Канефрона Н пояснюється дією фенолкарбонових кислот та ефірних олій лікарських трав,

що входять до складу препарату, а також наявністю біофлавоноїдів, які знижують активність бактеріальної гіалуронідази бактерій. Спазмолітична дія усуває рефлекторний спазм сечових шляхів, покращує кровоток у тканинах нирок і пасаж сечі. Особливо слід відмітити, що м'яка сечогінна дія Канефрона Н попереджує адгезію бактерій до слизової оболонки сечовивідних шляхів.

З метою підвищення біодоступності лікарських препаратів саме в джерелах запалення – сечостатевої системі, ми включили до запропонованої терапії ферментний препарат з переважно локальною дією – Дистрептаза [3, 8]. Комплексний препарат Дистрептаза має зручну форму випуску (ректальна свічка), локальний ефект на органи малого тазу, відсутність системної дії на весь організм, вивчений механізм дії кожного компоненту та препарату в цілому, тривалий досвід використання Дистрептази при різній патології, що дає можливість його використання в практиці дитячого гінеколога.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Першу групу склали 26 дівчат, яким з лікувальною метою було призначено препарати Зетамакс, Дистрептаза та Канефрон Н; у II групу ввійшли 21 дівчина, яким було запропоновано загальноприйнятий комплекс протизапальної терапії, контрольну (III групу) склали 25 дівчат без порушень функції сечостатевої системи.

До початку лікування ми оцінювали загальний стан та клінічні симптоми у дівчат обох груп. Згідно отриманих нами даних встановлено (табл. 1), що загальна слабкість спостерігалася у 84,6% та 80,9% пацієнток відповідно в I та II групах, гострий біль в нижніх відділах живота – у 57,7% дівчат I групи та у 52,4% в II групі; тупий, ниючий біль – відповідно у 46,1% та 42,8% у кожній групі; підвищення температури тіла вище 37,6°C спостерігалася відповідно у 84,6% та 80,9%; дизуричні явища було турбували 80,7% пацієнток I групи та 76,1% хворих II групи; тубооваріальні утворення діагностовано у 38,4% пацієнток I групи та 28,5% дівчат II групи; гнійні виділення з піхви та свербіж зовнішніх статевих органів були характерними ознаками для 88,4% пацієнток I групи та 76,1% II групи.

За даними УЗ дослідження, збільшені розміри яєчників спостерігалися у 57,6% та 52,3% хворих відповідно в I та II групах. Пухлиноподібні утворення яєчників були діагностовані у 38,4% та 28,5% спостережень, а вільна рідина в навколоматковому просторі – у 19,2% та 14,2% пацієнток. За результатами лабораторних досліджень (загального аналізу крові, коагулограми), ступінь загострення запального процесу не відрізнявся між пацієнтками обох груп. При мікроскопічному дослідженні вмісту піхви кількість лейкоцитів була вищою за норму у 96,1% та 95,2% пацієнток відповідно в кожній групі.

Таблиця 1

Характеристика клінічних симптомів у дівчаток, хворих на сальпінгоофорити на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура

№ з/п	Клінічні симптоми	I група (n=26)	II група (n=21)
1	Загальна слабкість	22	17
2	Гострий біль в нижніх відділах живота	15	11
3	Тупий ниючий біль	12	9
4	Підвищення температури тіла вище 37,6°C	22	17
5	Дизуричні явища	21	16
6	Тубооваріальні утворення	10	6
7	Гнійні виділення та свербіж	23	16

У 88,4% та 85,7% випадках, відповідно в обох групах, за результатами бактеріологічного дослідження вмісту піхви методами ІФЛ та ПРЛ виявлено патогенні мікроорганізми-збудники запального процесу. З них в I групі – 46,1%, а в II групі – 30,8% були ідентифіковані збудники ІПСШ (уреаплазма, мікоплазма, гарднерела, хламідія) (табл. 2, 3).

Під час обстеження у 61,5% пацієток першої групи та 57,1% хворих II групи було діагностовано пієлонефрит із різним ступенем вираженості; цистит було діагностовано у 19,2% та 19,0% хворих відповідно в I та II групах. У 19,3% пацієток I групи та 23,9% хворих II групи запальні захворювання нирок та сечового міхура були в анамнезі з частими рецидивами.

Таблиця 2

Асоціації мікроорганізмів, що персистують у вагінальному вмісті дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорити на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура

№ п/п	Кількість видів, що входять в асоціацію	Мікроорганізми, що створюють асоціацію	Кількість асоціацій, абс. (%)	
			I група (n=26)	II група (n=21)
1.	4	T. vaginalis S. aureus Гриби роду Candida E. coli	1 (3,8)	1 (4,7)
2.	3	E. coli S. aureus Гриби роду Candida	1 (3,8)	1 (4,7)
3.	3	S. aureus E. coli E. faecalis	2 (7,7)	1 (4,7)
4.	3	S. epidermidis T. vaginalis Гриби роду Candida	1 (3,8)	-
5.	3	E. coli S. epidermidis Гриби роду Candida	-	1 (4,7)
6.	3	T. vaginalis E. coli Гриби роду Candida	1 (3,8)	1 (4,7)
7.	2	S. aureus Гриби роду Candida	2 (7,7)	-
8.	2	E. coli S. epidermidis	-	1 (4,7)
9.	2	S. aureus E. faecalis	1 (3,8)	-
10.	2	S. epidermidis Гриби роду Candida	2 (7,7)	-
11.	2	T. vaginalis S. aureus	1 (3,8)	1 (4,7)
12.	2	T. vaginalis Гриби роду Candida	-	1 (4,7)

Продовження таблиці 2

13.	2	<i>S. aureus</i> <i>E. coli</i>	1 (3,8)	1 (4,7)
14.	2	<i>E. coli</i> Гриби роду <i>Candida</i>	1 (3,8)	1 (4,7)
15.	Монокультура	Гриби роду <i>Candida</i>	6 (23,0)	4 (19,0)
16.		<i>S. epidermidis</i>	2 (7,7)	1 (4,7)
17.		<i>S. aureus</i>	1 (3,8)	1 (4,7)
18.		<i>E. coli</i>	1 (3,8)	2 (9,5)
19.		<i>T. vaginalis</i>	2 (7,7)	1 (4,7)

Таблиця 3

**Видовий склад збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом, виявлені у зішкрібках слизових оболонок піхви та вульви дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорити на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура**

№ п/п	Збудник	Виявлено антигенів, абс. (%)	
		I група (n=26)	II група (n=21)
	Вагінальні гарднерели	1 (3,8)	2 (9,5)
	Мікоплазми	3 (11,5)	1 (4,7)
	Уреаплазми	4 (15,3)	3 (14,3)
	Хламідії	4 (15,3)	2 (9,5)

В загальному аналізі сечі у 81,7% пацієток I групи та 76,1% хворих II групи відмічалось підвищення кількості лейкоцитів; у 19,3% та 23,9% пацієток I та II груп відповідно кількість лейкоцитів у сечі не перевищувала норму. В результаті проведених бактеріологічних досліджень сечі встановлено, що в 61,5% пацієток I групи та 57,1% в II групі були ідентифіковані *E. coli* та *Proteus vulgaris*, окрім того у 38,5% дівчат I групи та 42,9% хворих II групи мікробне число в сечі дорівнювало нулю. Слід зауважити, що серед 16 пацієток I групи, в яких були виділені патогенні збудники в сечі в 56,3% вони були представлені монокультурою *E. coli*, та у 25,0% – *Proteus vulgaris*, а у 18,8% пацієток ці мікроорганізми виділялися в асоціаціях. Серед 12 пацієток II групи монокультури *E. coli* та *Proteus vulgaris* були виділені відповідно в 58,3% та 25,0%, а у 16,7% вони також були в асоціаціях.

Під час лікування дівчата I групи отримували антибіотик Зетамакс в дозі 2 г 1 раз на 7 днів при ідентифікованій неспецифічній мікрофлорі, при виявленні збудників ІПСШ повторювали курс антибіотикотерапії через 1 тиждень. Препарат Дистрептаза призначали по 1 ректальній свічці 1-2 рази на добу протягом 6-9 діб в залежності від клінічних проявів та важкості захворювання. Комбінований рослинний препарат Канефрон Н призначався по 2 драже тричі на добу протягом місяця.

Після закінчення лікування, за результатами клінічного обстеження, лабораторних показників, даних УЗ обстеження нами було встановлено, що у пацієток I групи в 7,1 рази рідше, ніж у хворих II групи турбував тупий, ниючий біль в нижніх відділах живота. В жодному випадку не спостерігалось загаль-

ної слабкості, підвищення температури тіла, патологічних явищ на відміну від хворих II групи, у яких зберігалися вказані симптоми у 19,0%. За даними УЗ досліджень, у пацієток I групи розміри матки та яєчників були в межах вікової норми, а у 19,0% пацієток II групи зберігалися збільшені розміри яєчників, пухлиноподібні утворення яєчників та в 14,2% – вільна рідина в навколоматковому просторі. У всіх пацієток I групи через 2 тижні після закінчення лікування кількість лейкоцитів у загальному аналізі сечі була в межах норми на відміну від хворих II групи – у яких кількість лейкоцитів залишалася вище норми у 23,8% пацієток, що потребувало продовження діагностичного дообстеження та лікування після огляду нефрологом або урологом.

У жодному випадку у дівчат-підлітків із запальними процесами геніталій, яким було призначено запропоноване лікування, не було зафіксовано алергічних реакцій, побічних ефектів та непереносимості лікарських засобів. Жодна з 26 пацієток не перервала використання запропонованих препаратів впродовж курсу лікування. У пацієток, які отримували Канефрон Н, позитивна клінічна динаміка проявлялася швидшим видужуванням, зникненням запальних проявів у сечостатевих органах, а також дизуричних розладів, ніж у пацієток групи порівняння. Ці ж дівчата продовжували реабілітаційний курс прийому Канефрону Н впродовж трьох місяців.

В цілому позитивні результати антибактеріального препарату Зетамакс, Дистрептази та Канефрону Н були відмічені пацієтками у 96,1% випадків, про що й свідчило повне клінічне одужання після закінчення курсу лікування та після трьох наступних менструацій.

## ВИСНОВКИ

1. Дівчата, хворі на сальпінгоофорити на тлі деякої урологічної патології, обов'язково перед початком протизапальної терапії гінекологічних захворювань повинні бути проконсультовані нефрологом або урологом з метою встановлення стадійності урологічних захворювань.

2. Антибактеріальну терапію сальпінгоофоритів у дівчат з діагностованими урологічними захворюваннями запального характеру необхідно проводити з урахуванням ідентифікації патогенної мікрофлори, її чутливості до антибіотиків та в поєднанні з фіто-уроантисептиками.

3. Поєднане використання антибіотика Зетамакс, локальної дії ферментного препарату Дистрептази та комбінованого рослинного препарату Канефрон Н є патогенетично обґрунтованим при лікуванні сальпінгоофоритів на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у дівчат-підлітків.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андрієць О. А. Репродуктивне здоров'я дівчат Буковини / О. А. Андрієць, О. І. Боднарюк : матеріали симпозіуму [«Хірургічні аспекти дисбактеріозу кишечника в дітей», (Чернівці, 22-24 жовт. 2008 р.). – Чернівці : БДМУ, 2008. – С. 75–76.

2. Вдовиченко Ю. П. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных микст-инфекцией / Ю. П. Вдовиченко, С. И. Соболева, Е. В. Форостяная // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 99–100.

3. Гнатко Е. П. Комбинированные препараты местного назначения в лечении вагинальных инфекций / Е. П. Гнатко // Здоровье женщины. – 2007. – № 2 (30). – С. 116–119.

4. Железная А. А. Современные аспекты проблем урогинекологии в Украине (обзор литературы) / А. А. Железная // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 253. – С. 47–51.

5. Кузнецова И. В. Сочетанная инфекция мочевыводящей и половой систем у девочек / И. В. Куз-

нецова, Е. В. Гусева // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 32–36.

6. Мальцев С. В. Антибактериальная терапия пиелонефрита у детей / С. В. Мальцев, А. И. Сафина, Е. В. Юдина // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, № 4. – С. 130–133.

7. Пирогова В. І. Етіологічна структура інфекційного чинника при гострих запальних захворюваннях придатків матки / В. І. Пирогова, О. В. Прикупенко, О. А. Гарбузов // Український медичний альманах. – 2008. – Том 11, № 1. – С. 107–109.

8. Потапов В. А. Дистрептаза – новое решение проблемы патогенетической коррекции воспалительного ответа и нарушений кровообращения в органах малого таза у женщин с обострением хронического сальпингоофорита / В. А. Потапов // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 4 (38). – С. 48–52.

9. Росс Д. Воспалительные заболевания органов малого таза / Д. Росс // Здоровье женщины. – 2007. – № 3 (31). – С. 101–102.

10. Современные методы местной терапии хронического цистита у детей / А. В. Филипов, О. Л. Чугунова, Е. В. Мелехина [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – Т. 53, № 3. – С. 83–86.

11. Ушкалова Е. А. Применение азитромицина для профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза и урогенитального хламидиоза / Е. А. Ушкалова // Здоровье женщины. – 2006. – № 2. – С. 168–172.

12. Шкробанец І. Д. Гінекологічна та екстрагенітальна патологія як індикатор репродуктивного здоров'я у дівчат Буковини // І. Д. Шкробанець, О. А. Андрієць // Здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С. 138–140.

13. Ярошевская Т. В. Использование макролидов при инфекциях мочевой системы у детей, ассоциированных с атипичными возбудителями / Т. В. Ярошевская, Т. Г. Каратаевская, Е. В. Медведская // Современная педиатрия. – 2008. – № 3 (20). – С. 67–68.