# Сучасні аспекти амбулаторного лікування запалення статевих органів жінок

Запальні захворювання статевих органів жінок (ЗЗСО) складають 60-65 % від усіх гінекологічних хвороб, а також значну частку в амбулаторній практиці гінеколога.

За останні роки уявлення про етіологію гінекологічних інфекцій, патогенез, клініку зазнали певних змін. Це визначило необхідність розробки нових підходів до діагностики та лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, особливо на початкових етапах розвитку запалення, коли лікування проводиться амбулаторно.

## Бактеріологія та патогенез гінекологічних інфекцій в сучасних умовах

Характерною особливістю ЗЗСО в сучасних умовах є їх поліетіологічність. Спектр збудників, які викликають запалення внутрішніх жіночих статевих органів, досить широкий і включає бактерії, що, як правило, колонізують піхву та нижній відділ цервікального каналу (грампозитивні та грамнегативні аеробні, факультативно-анаеробні та облігатно-анаеробні мікроорганізми ендогенної флори), а також збудників, що передаються статевим шляхом. Найчастіше серед збудників — представників ендогенної флори виділяють види роду бактероїдів, клостридій, пептострептококи, стафілококи, кишкову паличку, стрептококи групи В.

До запальних захворювань жіночих статевих органів часто призводять інфекції, що передаються статевим шляхом. Основне місце тут займають так звані інфекції нового покоління — хламідії, мікоплазми, уреаплазми та трихомонади. Не втратила свого значення гонококова інфекція, хоча частота її в порівнянні з хламідіозом значно зменшилася. Частота виявлення хламідій у хворих на ЗЗСО дуже висока, особливо при наявності мінімальних симптомів запалення. Так, при відсутності патологічних виділень із статевих шляхів хламідії виявляють у 20% жінок, а при наявності слизово-гнійних виділень з каналу шийки матки — у 84%.

Треба відзначити, що наразі спостерігається неухильна тенденція до асоціації збудників, виникнення так званих мікстінфекцій. Це значно погіршує перебіг та прогноз захворювання.

Велика кількість ЗЗСО своїм первинним виникненням зобов’язана проникненню екзогенних мікробів, що передаються статевим шляхом. При достатній інфікуючій дозі або при зниженні колонізаційної резистентності ці збудники, завдяки своїм біологічним властивостям, здатні проникати через неуражені слизові оболонки. До патологічного процесу, спричиненого сексуально трансмісивними інфекціями, може приєднатися будь-який інший мікроорганізм із числа вагінальних мешканців. Через низьку вірулентність вони відіграють певну роль лише при зниженні імунного статусу макроорганізму, порушенні тканинних бар’єрів (при інвазійних втручаннях), коли набувають здатності покидати нормальні біотопи на поверхні вагіни та вкорінюватися до внутрішнього стерильного середовища верхніх відділів цервікального каналу, матки, маткових труб. У цій вторинній інфекції має значення кількість вагінальних мікробів (наприклад, при бактеріальному вагінозі), оскільки велика їхня чисельність створює умови для подолання природних захисних бар’єрів і просування ендогенної флори до верхніх відділів статевого тракту. Ураження слизових оболонок внаслідок впливу сексуально трансмісивної інфекції чи механічного ушкодження (при штучному аборті, вишкрібанні матки, невдалому введенні внутрішньоматкового контрацептиву і т. ін.) сприяє виникненню захворювання.

Джерелом висхідної інфекції можуть бути захворювання вульви, вагіни, уретри, скенових залоз. Роль розповсюджувача можуть відігравати сперматозоїди та трихомонади, які здатні активно переносити мікрофлору нижніх відділів у матку, маткові труби, навіть у позаматковий простір шляхом адгезії їх на своїй поверхні (сперматозоїди) чи фагоцитозу (трихомонади).

Для запалення верхніх відділів статевих органів жінок є характерним те, що захворювання починається з ураження епітелію та залоз шийки матки, звідки йде розповсюдження в порожнину матки та маткові труби. Більшість збудників мікстінфекцій уражають переважно клітини циліндричного епітелію, за винятком трихомонад, гарднерел та грибів, які здатні розмножуватися у плоскому епітелії вагіни.

В результаті дії мікробів розвивається запальний процес із деструкцією паренхіми та вивільненням біологічно активних речовин, судинними реакціями, ексудацією, фагоцитозом, підсилюванням проліферативних процесів.

Відновлення тканин у зоні запалення та завершення запального процесу може бути повним та неповним. В останньому випадку в сформованій рубцевій тканині можуть залишатися осумковані чи депоновані життєздатні мікроби. Особливо це стосується анаеробів, хламідій. При виникненні сприятливих умов вони можуть знову почати розмножуватись та викликати нове загострення запального процесу.

Характер мікробної флори також впливає на специфіку патологічних змін в осередку ураження. При хронічних запаленнях геніталій має значення здатність мікроорганізмів до персистенції (хламідії, неклостридіальні анаероби), зростає частота вторинних анаеробних інфекцій придатків матки. Ці інфекції мають „східчастий“ розвиток, який полягає в тому, що колонізація маткових труб анаеробами відбувається вторинно, особливо після перенесених сексуально трасмісивних захворювань.

Запальний процес супроводжується значними імунологічними змінами. Розвиток різних форм інфекційного процесу (гостра, підгостра, хронічна) значною мірою обумовлюється станом імунної системи під час зараження. Повне видужання відбувається лише в тому випадку, коли з організму видалений збудник і коли імунопатологічні механізми запалення вимкнені, а тимчасовий дефект імунологічної реактивності ліквідований.

Основою формування хронічного патологічного процесу є поєднання наявної імунокомпрометації та імунної недостатності, спричиненої гострим інфекційним процесом. Зниження імунітету сприяє приєднанню нових збудників. Таким чином, формується замкнене хибне коло: чим нижчою є імунологічна резистентність, тим легше приєднується різна інфекція, утворюючи хронічні вогнища інфекції; і навпаки, чим більше в організмі різних інфекційних факторів, тим значніше пригнічення імунітету. Найбільше ураження імунітету викликають внутрішньоядерна (віруси) та внутрішньо-клітинна (хламідії, мікоплазми, уреаплазми) інфекції; до них приєднуються бактерії, найпростіші, гриби.

При наявності неповної регенерації слизових оболонок органів статевого тракту (ерозії, псевдоерозії, ектропіони тощо) відсутній цілісний фізіологічний бар’єр, що запобігає вкоріненню мікробів. У такому випадку до верхніх відділів жіночих статевих органів надходить флора піхви, з якою імунна система змушена постійно боротися. В цих умовах при несприятливих обставинах (переохолодження, стреси, інвазійні втручання тощо) імунні бар’єри прориваються, що викликає загострення.

Таким чином, переважання мікстінфекцій при ЗЗСО вносить значні корективи в розуміння патогенезу цих захворювань, а також потребує перегляду лікувальної тактики та профілактики. Зважаючи на високий ризик формування хронічного запального процесу, персистенції збудників при поліетіологічній інфекції (характерної для гінекології), адекватне лікування для ліквідації збудників на ранніх етапах захворювання стає найважливішим завданням.

## Принципи лікування ЗЗСО в амбулаторних умовах

Більшість жінок із ЗЗСО в сучасних умовах лікується амбулаторно, особливо при своєчасному зверненні до лікаря. Амбулаторному лікуванню підлягають легкі форми запалення; ранні стадії захворювання (гостра, підгостра) при легкому перебігу; інфекції з в’ялим, хронічним перебігом; інфекції, які викликані збудниками, що передаються статевим шляхом.

Найбільш доцільно лікування проводити раніше від виникнення ендоцервіциту. Але час звернення хворої до лікаря не завжди співпадає з початком запального процесу. За наявності внутрішньоматкового контрацептиву його необхідно видалити. При тяжких формах висхідної інфекції, формуванні тубооваріальних абсцесів, ознаках ураження очеревини пацієнтки підлягають обов’язковій госпіталізації.

## Антибіотикотерапія

Доказові критерії ЗЗСО, на жаль, з’являються тільки в розгорнутих стадіях захворювання, коли є загроза завдати значної шкоди репродуктивному здоров’ю жінки. Ефективність же терапії тим вища, чим раніше її розпочати. Ранні стадії захворювання мають неспецифічну та слабко виражену симптоматику. Тому вважається доціль-ним при вирішенні питання про початок антибіотикотерапїї використовувати низький діагностичний поріг запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ), тобто призначати терапію при наявності мінімальних та додаткових критеріїв запалення і відсутності інших причин, що можуть викликати схожу симптоматику. Ця тактика дозволяє звести до мінімуму ризик розвитку висхідної інфекції та ускладнень ЗЗСО.

Широко відома точка зору минулих років про недоцільність використання антибіотиків при хронічних запальних процесах наразі похитнулася. Навпаки, висока частота обсіменіння статевих органів жінок, що страждають на хронічні ЗЗСО; наявність супутніх запальних та дисбіотичних процесів піхви та цервікального каналу; виявлена сучасними методами дослідження висока частота збудників ЗЗСО, здатних до персистенції (хламідії, мікоплазми, анаероби) — чинники, що вказують на необхідність використання при цій патології антибактеріальних препаратів.

Антибактеріальні препарати рекомендовані завжди при інфекційно-токсичному клініко-патогенетичному варіанті запального процесу.

Різноманітність мікроорганізмів, які можуть бути збудниками ЗЗСО, дуже повільний ріст анаеробів у культурі, необхідність застосування складних мікробіологічних методик для ідентифікації мікробів, неадекватні методи отримання матеріалу для дослідження призводять до того, що до початку антимікробної терапії часто не вдається встановити точний бактеріологічний діагноз. Таким чином, антимікробна терапія ЗЗСО практично завжди має емпіричний характер.

Відтак лікарі часто призначають одразу багато різних ліків (поліпрагмазію), що викликає додаткові труднощі: підвищення кількості ускладнень, незручність для пацієнтів, неможливість передбачити фармакологічний ефект, необхідність призначення додаткових засобів для профілактики та лікування ускладнень.

Отже, необхідність розробки схеми терапії запальних захворювань статевих органів із застосуванням нових антибактеріальних препаратів, які мають адекватний спектр дії та дають можливість використання монотерапії, є актуальним завданням.

Проведені в останні роки дослідження пацієнтів із ЗЗОМТ одностайно свідчать про необхідність застосування для емпіричної антибактеріальної терапії препаратів, які є активними стосовно потенційних збудників: грампозитивних та грамнегативних аеробних та анаеробних бактерій, включаючи сексуально трасмісивні. Крім того, треба брати до уваги, що для амбулаторної практики найбільш зручними є таблетовані форми ліків, які утворюють достатньо ефективні терапевтичні концентрації в крові та уражених тканинах.

Результати багатьох досліджень підтверджують ефективність емпіричної терапії ЗЗОМТ, рекомендованої Центром контролю над захворюваністю СDС USА (1998), для амбулаторного лікування: офлоксацин по 400 мг 2 рази на добу плюс кліндаміцин по 450 мг 4 рази на добу або метронідазол по 500 мг 2 рази на добу всередину 14 днів.

Препарат Офлоксин 200 повністю відповідає вимогам амбулаторного лікування. Офлоксин 200 має бактерицидну дію, пов’язану з блокадою бактеріального ферменту ДНК-гірази. Цей антибіотик має практично 100% біодоступність при пероральному прийомі, що дозволяє обійтись без парентеральної антибіотикотерапії. Препарат добре проникає в різні тканини (при цьому концентрація його в сечостатевих органах у кілька разів вища, ніж у сироватці крові) та в клітини, де виникають значно більші концентрації, ніж поза ними. Цим пояснюється висока активність антибіотика щодо патогенів із внутрішньоклітинною локалізацією (хламідії, мікоплазми, уреаплазми). Період напіввиведення препарату складає 7-8 годин, що дозволяє приймати його 2 рази на добу. З клінічної точки зору важлива широта спектру дії препарату, яка охоплює основні потенціальні збудники урогенітальної інфекції: хламідії, гонококи, уреаплазми, мікоплазми, ентерококи, стафілококи, кишкову паличку. Треба зважати на те, що всі інші препарати групи фторхінолонів (крім офлоксацину) не мають достатньої ефективності при хламідіозі. Важливою перевагою Офлоксину 200 є практична відсутність його дії на нормальну мікрофлору піхви та кишечника, в зв’язку з чим застосування препарату не пов’язане з ризиком розвитку дисбактеріозу.

Для забезпечення належної ефективності щодо анаеробних бактерій та трихомонад у схему необхідно включати препарати групи імідазолу.

Метронідазол діє на облігатні анаероби, зокрема особливо ефективно на бактероїди, а також на трихомонади; на аеробну флору впливу не має. Метронідазол може застосовуватися по 0,5-1 г у вигляді вагінальних і ректальних свічок.

Тінідазол — препарат, за активністю дії близький до метронідазолу. Його призначають перорально по 0,15 г 2 рази на день.

Орнідазол (Тіберал) &#!51; активний щодо багатьох облігатних анаеробів (бактероїдів, фузобактерій, анаеробних коків, клостридій), трихомонад. Тіберал призначають по 0,5 г 2 рази на добу всередину. Концентрація Тібералу в тканинах при ентеральному введенні рівно-значна отриманій при внутрішньо-венному.

Препарат має ряд переваг над метронідазолом, а саме: низький ризик вагінальної кандидозної суперінфекції (Тіберал — 1%, метронідазол — 15-20%); кращу суб’єктивну переносимість (побічні реакції з боку ШКТ при застосуванні Тібералу — 2-4%, метронідазолу — до 60%); відсутність або незначне підвищення рівня печінкових трансаміназ; сумісність з алкоголем.

Кліндаміцин (Далацин) — має найбільшу активність стосовно облігатних анаеробів, пригнічує також ріст грампозитивних аеробних мікроорганізмів, в тому числі діє на штами стафілококів, які продукують пеніцилазу, а також на хламідії, токсоплазми, мікоплазми.

Крім того, на відміну від багатьох антибіотиків, Далацин має унікальні можливості імунокорекції. Препарат стимулює неспецифічні фактори захисту, такі як хемотаксис і фагоцитоз. Він здатний проникати до осередку запалення та концентруватися всередині лейкоцитів, що має значення при лікуванні спайкових тубооваріальних запальних утворень.

Таким чином, поєднання Офлоксину 200 з кліндаміцином (Далацином) або метронідазолом, орнідазолом найбільш повно перекриває весь спектр потенційних збудників ЗЗСО, реалізуючи при цьому принцип необхідності та достатності, виключає поліпрагмазію при забезпеченні максимальної ефективності.

При застосуванні наведеної комбінації значно змінюється підхід до терапії ЗЗСО: лікування повинно початися відразу після встановлення попереднього діагнозу на підставі мінімальних критеріїв запального захворювання, рекомендованих ВОЗ. Профілактика наслідків запалення, розвитк

## Імунотерапія

Призначення імуномодуляторів потребує виконання основних принципів імунотерапії: обов’язковою є оцінка характеру та ступеня виявлення імунних порушень у хворої (оцінка імунограми); треба враховувати імунотропну дію інших призначених лікарських засобів і мішені вибраних імуномодуляторів; мати на увазі, що характер імунологічних порушень у хворої може змінити спектр дії імуномодулятора. Відтак найбільш доцільним є індивідуальний підбір та оцінка ефективності призначеної імунотерапії.

Велика кількість імуномодуляторів не продукується клітинами в нормальних умовах, а починає синтезуватися тільки у відповідь на антигени або індуктори. Високі рівні продукції ендогенних імуномодуляторів є характерними для гострих інфекційних захворювань, аутоімунних та алергічних процесів. Низькі рівні спостерігаються при хронічних інфекціях. На цьому ґрунтуються різні підходи до терапії запальних захворювань. При гострих інфекціях не слід проводити імунотерапію або призначати антагоністи ендогенних імуномодуляторів (нестероїдні протизапальні препарати). При затиханні проявів гострого запалення (зниженні імунної відповіді) може бути застосована імуномодуляція. При загостреннях хронічних захворювань, які супроводжуються імунодефіцитним станом, рекомендована індивідуальна замісна імунотерапія. В умовах ремісії хронічного запального захворювання імунотерапія переважно не показана або проводиться при виявленні імунодефіциту. В усякому разі, для вибору правильного курсу та аналізу ефективності терапії необхідне обстеження імунного статусу організму. Адекватна імунотерапія сприяє видужанню, неадекватна — розвитку імунопатологічних станів. При наявності імунодефіциту при неадекватній корекції дуже часто розвиваються аутоімунні захворювання.

На підставі вивчення індивідуальної імунограми хворої в комплексному лікуванні ЗЗСО можуть бути застосовані імунотропні препарати, які наведено нижче.

## Імунорегуляторні пептиди тимусного походження

Дія пептидів тимусу полягає в адекватній зміні функціонального стану Т-системи імунітету, що характеризується відновленням балансу субпопуляцій Т-лімфоцитів та їх функціональної активності. При цьому знижені показники збільшуються, а гіперактивні процеси в окремих популяціях Т-лімфоцитів повертаються до нормальних рівнів.

Препарати цієї групи слід застосовувати при виявленні зниження клітинного імунітету у хворих із запальними захворюваннями геніталій.

Тактивін — призначають підшкірно по 100 мкг (1 мл 0,1% розчину) на ніч щоденно або через день протягом 5 діб.

Тималін — по 5-20 мг внутрішньом’язово 1 раз на день, на курс 3-10 ін’єкцій. Наразі препарат не має широкого застосування.

Тимоптин — по 100 мкг 1 раз на добу підшкірно, на курс 4-5 ін’єкцій з інтервалом у 4 дні.

Тимактид — за 1-1,5 години до вечері по 1 пігулці під язик до повного розсмоктування. На курс 5-7 пігулок.

Потрібно уникати одночасного призначення препаратів цієї групи.

## Імунорегуляторні пептиди кісткомозкового походження

Міелопід — в умовах імунодефіциту стимулює функції В-лімфоцитів з відновленням гуморальної ланки імунітету, активізує Т-супресори, стимулює функціональну активність фагоцитів. Призначається підшкірно або внутрішньом’язово по 3-6 мг щоденно або через день протягом 3-5 діб.

## Інтерферони

Інтерферони (ІФН) мають багатосторонню біологічну дію, яка проявляється противірусною, протипухлинною активністю та стимуляцією імунітету, зокрема природних кілерів та фагоцитарної активності макрофагів. Описані 3 типи інтерферонів — a-, b-, g-ІФН. Їх поділяють на 2 групи. До першої групи належать a-ІФН та b-ІФН, які мають більшу противірусну та протипухлинну активність. g-ІФН, навпаки, викликають зниження противірусної активності, однак вони є могутніми імуностимуляторами та індукторами неспецифічного захисту організму.

Препарати a-ІФН (Роферон А, Велферон, Інтрон) застосовують переважно в онкології та при лікуванні вірусних захворювань.

Віферон містить у собі a-2b-ІФН, вітаміни Е, С; може бути застосований у практиці лікування інфекційно-запальних процесів (зокрема при хламідіозі, уреаплазмозі). Препарат призначають у формі свічок по 500000 МО, 2 рази на добу, щоденно протягом 10 діб. При необхідності лікування може бути продовжено до кількох місяців.

Препарати b-ІФН (Бетаферон, Ребіф) застосовують при лікуванні вірусних інфекцій.

Препарат g-ІФН призначається в дозі 10-30 мкг підшкірно протягом 10 днів. Однією з основних властивостей g-ІФН є активація Т-хелперів та макрофагів, що дає можливість застосовувати їх у терапії інфекцій, які спричинені внутрішньоклітинними мікробами (хламідіями, мікоплазмами, уреаплазмами), найпростішими (трихомонадами), грибами та вірусами.

## Індуктори інтерферонів

Непряма дія індукторів ІФН на клітини-мішені полягає в активації макрофагів, цитотоксичних Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, природних кілерів. Важливою властивістю індукторів ІФН є формування стійкої неспецифічної резистентності в організмі на довгий період після їх введення. Індуктори ІФН стимулюють синтез різних типів ІФН у різних пропорціях.

Найчастіше застосовують при ЗЗСО наступні індуктори ІФН.

Аміксин — стимулює утворення a-, b-, g-інтерферонів. Призначають його внутрішньо по 250 мг на добу в перші два дні, а потім знижують дозу до 125 мг через день протягом чотирьох тижнів.

Циклоферон — стимулює вироблення всіх типів інтерферонів. Препарат призначається у формі внутрішньом’язових ін’єкцій по 2 мл (250 мг) 1 раз на добу за схемою: 1, 2, 3, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 дні, на курс 10 ін’єкцій.

Неовір — індукує утворення всіх типів інтерферонів, особливо a-ІФН. Призначають по 250 мг внутрішньом’язово з інтервалом 18-36 годин.

## Препарати мікробного походження

Пірогенал, Продігіозан — стимулятори В-лімфоцитів. Ці препарати наразі широкого застосування в клінічній практиці не мають.

## Синтетичні імуномодулятори

Левамізол (Декарис) — стимулює функції Т-лімфоцитів, особливо Т-супресорів, фагоцитарну активність макрофагів. Призначають по 150 мг на добу всередину протягом 3-х діб або 1 раз на тиждень. Препарат потребує контролю за числом лейкоцитів крові.

Ликопід — синтетичний аналог мінімального компоненту клітинної стінки бактерій. Підсилює фагоцитоз, стимулює синтез інтерлейкіну (ІЛ)-1, який в свою чергу активізує В- і Т-лімфоцити. Дози: пігулки по 1 мг — сублінгвально, 10 мг — всередину. Призначають по 1-2 пігулки перед їжею 1-3 рази на день протягом 10 днів.

Імунофан — синтетична похідна гормону тимопоетину. Фармакологічна дія препарату має декілька фаз — швидку (2-3 години), середню (до 10 діб), повільну (до 4 місяців). У швидку фазу наявний детоксикаційний ефект — підсилює антиоксидантний захист організму. В середню фазу — підсилює реакції фагоцитозу. В повільну фазу — відновлює порушені показники клітинного та гуморального імунітету. Дія препарату на продукцію специфічних антибактеріальних антитіл аналогічна до дії лікувальних вакцин. Призначають підшкірно або внутрішньом’язово дозою 1,0 мл 1 раз на 2 доби. Курс лікування — 10-15 ін’єкцій.

Тимоген — регулює реакції клітинного, гуморального імунітету, підсилює процеси диференціювання лімфоїдних клітин, нормалізує кількість субпопуляцій Т-лімфоцитів та їх співвідношення. Тимоген є складовою частиною препарату Цитовір. В аерозолі його призначають по 2 дози (0,1 мг) в кожну ніздрю 1 раз на день протягом 10 діб.

Діуцифон — стимулятор Т-системи імунітету. Призначають по 1 г всередину З рази на день протягом 2-3 тижнів.

Метилурацил — стимулює переважно Т-систему імунітету, фагоцитоз, лейкопоез. Призначається по 0,5 г всередину 4 рази на день протягом 2-3 тижнів.

Застосування стимуляторів різних ланок імунної системи потребує не тільки серйозних підстав, але й індивідуального підбору препаратів in vitro. При неможливості виконання цього правила треба орієнтуватися на відомий механізм дії препарату. Призначаються при стабільних порушеннях імунного статусу, встановлених при дослідженні імунограми.

Певну імуностимулюючу дію мають так звані біогенні стимулятори та адаптогени. Ці засоби активують енергетичне забезпечення захисних реакцій організму шляхом прискорення реакцій ферментних систем та процесів біосинтезу ферментів. До цих препаратів належать екстракт алое, Плазмол, Біосед, ФІБС, завись плаценти, Румалон, а також препарати елеутерококу, женьшеню тощо. Всі адаптогени малотоксичні, тому можуть застосовуватися довготривало без ризику ускладнень.

До групи біостимуляторів можна зарахувати Полібіолін — препарат, який отримують із донорської сироватки крові людини. Полібіолін має значний розсмоктуючий ефект. Призначається по 0,5 г (розвести в 5 мл 0,25% розчину новокаїну) внутрішньом’язово щоденно, на курс 10 ін’єкцій.

## Ферментотерапія

Для ферментотерапії застосовують препарати Вобензим, Флогензим, Мулсал тощо, які являють собою стабільні суміші ензимів рослинного та тваринного походження. Вобензим і Мулсал додатково містять рутин. Ферментативні препарати підвищують функціональну активність макрофагів, збільшують кількість Т-лімфоцитів, ліквідують утворені імунні комплекси, сприяють підвищеному утворенню ІЛ-1 та ІЛ-6. Крім того, вони покращують мікроциркуляцію, позитивно впливаючи на реологічні показники крові. Препарати цієї групи можна застосовувати і в гострій стадії захворювання.

Вобензим призначають по 3 пігулки 3 рази на день за 30-40 хвилин до їжи, запивати його слід великою кількістю води (до 250 мл). Максимальна доза — 30 пігулок на добу.

Флогензим — по 2 пігулки 3 рази на день, за тими ж правилами. Максимальна доза — 12 пігулок на день.

Мулсал — 3-4 пігулки 3 рази на день, дозу можна підвищити у 3-4 рази. Для ферментотерапії застосовують також препарати гіалуронідазної дії — Лідазу, Ронідазу, які мають фібринолітичні властивості. Ці препарати доцільно призначати при підгострих та хронічних запаленнях. При ЗЗСО внутрішньом’язове введення Лідази малорезультативне. Доцільніше використовувати ці препарати у свічках, що дозволяє наблизити їх до патологічного осередку. Можна рекомендувати свічки такого складу: Лідази 32 УО або Ронідази 0,3 г, натрію саліцилату та амідопірину по 0,2 г, на курс 20-30 ректальних свічок.

## Місцева терапія

Зважаючи на схильність до висхідної інфекції при ЗЗСО, дуже часто супутнє ураження сечовивідних шляхів, великий процент мікстінфекцій — місцева терапія не має великого значення. Застосовують інсциляції у вагіну, уретру антисептичних засобів; вагінальні тампони, свічки, пігулки; мазеві аплікації до цервікального каналу, вагіни тощо. При цьому лікарські засоби краще давати в комбінаціях. Доцільно для підсилення проникнення ліків через слизові оболонки включати до цих комбінацій Димексид, який має здатність проходити через біологічні мембрани.

Для місцевого лікування можна використовувати ферментний препарат Хімопсин, який розчиняють по 25 мг у 10 мл стерильної води, інстилюють в уретру, цервікальний канал, вводять тампони у піхву на 2 години.

Для інстиляцій та тампонів можна призначати 10% лінімент дібунолу, 1-2% розчини Протарголу, Коларголу тощо.

Схеми місцевого застосування інтерферонів.

1. Лейкоцитарний інтерферон людини у вигляді 50% мазі вводять у цервікальний канал на турундах один раз на день протягом 2-4 тижнів.
2. Розчин інтерферону ІВС або лейкоцитарного інтерферону (1-2 ампули) застосовують для гінекологічних ванночок на 5 хвилин, щоденно протягом 2-4 тижнів.
3. Вагінальні кульки з лейкоцитарним інтерфероном або інтерфероном ІВС вводять у піхву 2 рази на день від 2 тижнів до 2 місяців.

При всіх методах місцевого застосування інтерферонів перед введенням лікувальних препаратів проводять обробку піхви розчином борної кислоти (1чайна ложка на 1 л води).

## Фізіотерапія

Виходячи з того, що після отримання фізіотерапевтичних процедур рекомендується відпочити не менш як 30 хвилин і уникати переохолодження, фізіотерапію можна проводити тільки в умовах наявності в жіночих консультаціях денного стаціонару. Фізіотерапевтичне лікування має бути досить тривалим (20-25 процедур) та багатокурсовим (2-3 курси з інтервалом у 2 місяці). Бажано використовувати переважно внурішньовагінальні та ректальні методики здійснення фізіотерапевтичних процедур.

Для фізіотерапії ЗЗСО застосовують такі штучні (преформовані) фізіотерапевтичні фактори.

1. Світлолікування — УФ-промені, лазерні промені.
2. Вібраційна терапія — масаж, ультразвукова терапія.
3. Електролікування — перемінні електромагнітні поля високої (ВЧ), ультрависокої (УВЧ) та надвисокої (НВЧ) частоти; індуктотермія; постійні (ПМП) та перемінні (ПеМП) магнітні поля; діадинамічні токи; мікрохвилі сантиметрового (СМХ) та дециметрового (ДМХ) діапазону тощо.
4. Поєднання різновидів фізіо-фармакотерапії — електрофорез, фонофорез лікарських засобів.

Фізіотерапію застосовують переважно при підгострих та хронічних ЗЗСО. При підгострому та хронічному ендоцервіциті призначають ендоцервікальний електрофорез цинку, ендоцервікальну індуктотермію; ДМХ-терапію струмами надтональної частоти, яка виконується апаратом «Ультратон» через вагінальний електрод, що вводять у заднє склепіння піхви. Рекомендований низькочастотний фонофорез з препаратами специфічної та неспецифічної дії (перекис водню, фурацилін, антибіотики, вітаміни тощо).

При підгострому запаленні матки та придатків доцільно починати лікування з призначення легких процедур м’якої дії: компресів, інфрачервоних променів, електрофорезу лікарських засобів. При ниючому болі вводять амідопірин та кислотний залишок саліцилової кислоти; при спастичному болі — магній; при спайковому процесі — йод, цинк; при геморагічному синдромі — кальцій.

Період загострення хронічних ЗЗСО може перебігати в 2-х варіантах. У першому варіанті загострення супроводжується дією інфекційно-токсичного фактора, нерідко з ексудативною реакцією в придатках матки. В патогенезі другого варіанту дія мікробного фактора не виражена, характерні симптоми запалення не виявляються. Провідну роль у клініці відіграють зміни в нервовій системі (невралгії тазових нервів, порушення в периферичних гангліях вегетативної системи), а також зміни функції гіпофіза та яєчників. Фізіотерапевтичні методи лікування теж треба застосовувати диференційовано.

У першому варіанті можуть призначатися СМХ та ДМХ-терапія, ПеМП ВЧ, ПеМП УВЧ. При наявності міоми матки, ендометріозу, мастопатії показаний електрофорез, фонофорез лікарських засобів.

У другому варіанті провідну роль у терапії ЗЗСО відіграють імпульсні струми низької частоти, УЗ в імпульсному режимі, магнітне поле ВЧ, електрофорез, фонофорез. При спайкових процесах у малому тазі та стійкому больовому синдромі можна застосовувати діадинамічні токи, поєднаний електрофорез амідопірину та саліцилової кислоти; виключається електрофорез із кальцієм. Якщо спайкові процеси поєднані з гіпофункцією яєчників, можна призначити електрофорез міді з індуктотермією або електрофорезом гіалуронідази; при гіперестрогенії та ановуляції — електрофорез йоду; при гіполютеїнізмі — електрофорез цинку. При незміненій гормональній функції яєчників рекомендована індуктотермія в комбінації з електрофорезом йоду чи гіалуронідази.

## Симптоматична терапія

Для симптоматичної терапії можуть бути використані спазмолітики (Но-Шпа, Баралгін), ненаркотичні анальгетики (Анальгін, антипірин); препарати, що підтримують функції печінки (Хофітол, Есенціале), шлунково-кишкового тракту (Лінекс) тощо.

## Реабілітація жінок, що перенесли запалення статевих органів

Відомо, що після зникнення клінічних ознак запалення статевих органів не спостерігається повного морфологічного і функціонального відновлення репродуктивного здоров’я жінок, що є кінцевою метою лікування в гінекології.

Значною мірою відновленню специфічних функцій організму жінки сприяють методи фізіотерапії, які описані вище. Може бути застосована голкорефлексотерапія, вплив на біологічно активні точки імпульсними струмами різних частот, лазерними променями.

У подальшому може бути рекомендовано санаторно-курортне лікування. Природні фактори дозволяють скоротити термін, необхідний для відновлення здоров’я, або досягти успіху там, де попереднє лікування не привело до остаточного вилікування хворої.

Обов’язковим компонентом обстеження жінок із ЗЗСО перед направленням на курорт повинно бути визначення гормональної активності яєчників. Цей показник відіграє важливу роль при рекомендації конкретного курорту. При гіпофункції яєчників запального генезу найбільш доцільним є направлення хворої на грязелікування, бальнеокурорти з сульфідними чи хлоридними натрієвими водами, з нафталаном. Пелоїди (лікувальні грязі) мають знеболюючий, розсмоктуючий, протизапальний ефекти, покращують гемодинаміку органів малого тазу, підсилюють гормональну функцію яєчників, стимулюють знижену скоротливу активність маткових труб. Схожу дію мають сульфідні та хлоридно-натрієві води.

Гіперестрогенія є показанням до застосування радонових вод, а вищеназвані курорти протипоказані. В основі механізму лікувальної дії радонових вод лежать реакції, що обумовлені впливом a-випромінювання на клітинно-молекулярному рівні. Це сприяє вираженій протизапальній дії, ліквідації набряку та стиснення нервових тканин, покращенню метаболізму і кровопостачання, що, в свою чергу, є важливим чинником знеболювальної дії.

Реабілітаційні дії повинні проводитися з урахуванням віку хворих, супутніх захворювань, стану нейроендокринної системи, імунітету. При своєчасному призначенні адекватного лікування, правильному проведенні реабілітації більшості жінок, що перенесли ЗЗСО, репродуктивне здоров’я можна відновити.

## Література

1. Абрамченко В. В., Башмакова М. А., Корхов В. В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии. С.-Пб., СпецЛит, 2000, с.215.
2. Безнощенко Г. Б. Неоперативная гинекология. М., Медицинская книга, 2001, с. 153-222.
3. Венцковский Б. М., Гордеева Г. Д. Анаэробные инфекции в акушерстве и гинекологии // Вестник ассоциации акушерства и гинекологии Украины, 2000, #2.
4. Иммунодиагностика и иммунокоррекция в клинической практике (под ред. Столярова И. Д.), С.-Пб., Сотис, 1999, с. 167.
5. Кулаков В. И., Вихляева Е. М. Инфекционная патология репродуктивной системы женщины // Акушерство и гинекология, 1995, #4, с. З-6.
6. Серов В. Н., Тихомиров А. Л., Лубнин Д. М. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов (методическое пособие). М., Московский государственный медико-стоматологический университет, 2000, с. 19.
7. Paavonen M. D. Pelvic inflammatory disease // Dennatologic clinics, 1998, V.16, #4, р.747-756.