

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

**УКРАИНСКИЙ ЦЕНТР НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
И ПАТЕНТНО-ЛИЦЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПРОФИЛАКТИКА
СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

(МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

КИЕВ – 2010

Учреждение-разработчик:

**Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика МОЗ Украины**

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Кафедра клинической лабораторной диагностики

С.С. Леуш – д.мед.н., профессор

Ю.В. Олейник – к.мед.н., доцент

Е.А. Олейник – к.мед.н., доцент

Рецензенты:

В.В. Каминский – д.мед.н., профессор, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МОЗ Украины, главный акушер-гинеколог МОЗ Украины

Председатель проблемной комиссии МОЗ Украины «Акушерство и гинекология»

В.М. Запорожан – д.мед.н., академик АМН Украины, профессор, Одесский государственный медицинский университет

Содержание

Введение	4
Основная часть	6
Воспалительные заболевания половых органов женщин	6
Спаечная болезнь	11
Патогенетические аспекты применения традиционной (аллопатической) и антигомотоксической терапии в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов	16
Биострепта (новые возможности лечения воспалительных заболеваний половых органов и профилактики спаечной болезни).....	17
Особенности фармакологического действия препарата биострепта (обоснование клинического применения)	18
Профилактика спаечной болезни при проведении оперативных вмешательств	21
Схемы лечения воспалительных заболеваний половых органов и профилактики спаечного процесса у женщин репродуктивного возраста	23
Сальпингит и оофорит (аднексит)	23
Воспалительные болезни матки (эндометрит острый и хронический).....	24
Другие воспалительные болезни женских тазовых органов (болевого синдром овуляторного периода, дисменоррея, синдром хронической тазовой боли)	24
Инфекции, передающиеся преимущественно половым путём	25
Генитальный герпес	25
Хламидиоз	26
Микоплазмоз	26
Уреаплазмоз	27
Воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицируемых в других рубриках	28
Эндометриоз	28
Бесплодие неясного генеза	29
Доброкачественные функциональные кисты яичников	30
Выводы	31
Список использованной литературы	32

ВВЕДЕНИЕ

Последнее десятилетие характеризуется повышенным интересом к проблеме **воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО)** женщин репродуктивного возраста.

Несмотря на существенные достижения в изучении этиологии, патогенеза, разработке новых методов диагностики и лечения, ВЗПО занимают лидирующие позиции в структуре гинекологической заболеваемости, их частота составляет до 60-65% и не имеет тенденций к снижению.

Отмеченный во многих странах рост ВЗПО является следствием активной миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодёжи, отрицания ранее принятых обществом ценностей семьи и брака. По данным ВООЗ частота сальпингитов у женщин в возрасте от 15 до 39 лет в промышленно развитых странах Европы составляет 10-13 на 1000; среди больных 75% - женщины моложе 25 лет, из них 75% - нерожавшие. Таким образом наблюдается значительное «омоложение» данной патологии.

По данным Национального центра контроля заболеваемости, в США ежегодно регистрируют около 1 млн. случаев ВЗПО, т.е. каждая 10-я женщина в течение репродуктивного возраста имеет воспаление органов малого таза, причем у каждой 4-й из них возникают осложнения.

ВЗПО являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, обуславливают синдром хронической тазовой боли (24%), бесплодие (40%), невынашивание беременности (45%), эктопическую беременность (3%), создавая тем самым главные медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире.

Несвоевременное и/или неадекватное лечение ВЗПО приводит к хронизации процесса и является основной причиной возникновения склеротических и дистрофических изменений органов малого таза, нарушению их функции, формированию спаек.

Таким образом, поиск путей профилактики и разработки консервативных методов лечения спаечного процесса в малом тазу при любом типе воспалительной реакции внутренних половых органов у женщин является на сегодняшний день первостепенной задачей неоперативной гинекологии, требующей своего решения.

Для лечения хронических ВЗПО применяют антибактериальные, противовоспалительные, десенсибилизирующие, иммуномодулирующие, антимикотические препараты, а также эубиотики. Большое значение в лечении таких пациентов принадлежит энзимам и средствам, улучшающим микроциркуляцию. Для рассасывающей терапии чаще всего применяют ферментативные препараты (лидазу, трипсин) и биостимуляторы (алоэ, плазмол), эффективность которых недостаточна.

В предложенных методических рекомендациях впервые в Украине изложена концепция нового подхода к решению данной проблемы с

использованием патогенетически оправданной комбинации препарата **Биострепты** со средствами антигомотоксического и/или аллопатического воздействия на патологический процесс.

Методические рекомендации рассчитаны на специалистов акушеров-гинекологов, врачей общей практики и семейной медицины, могут быть использованы в учебных программах для врачей курсантов и интернов на циклах тематического усовершенствования, первичной специализации и предаттестационной подготовки.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИН

Этиология

В возникновении ВЗПО основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов распространения процесса. Видовой состав патогенов значительно варьирует (*Ech. Coli*, *Enterococcus*, *St. Epidermicus*, *Klebsiella* и др.). Возрастает число резистентных к антибиотикам форм бактерий, особенно в группе стафилококков, что обусловлено доступностью и нерациональным использованием антибиотиков.

Доказана этиологическая роль условно-патогенных микробов *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, наиболее значимая в группе подростков в возрасте до 20 лет

По данным Сметник В.П., Тумилович Л.Г. (2002), 40% всех случаев сальпингитов, особенно в группе женщин с ВЗПО и бесплодием составляют хламидийные сальпингиты. Их клиническое течение характеризуется стёртой картиной неспецифического воспалительного процесса, при котором возникают тяжёлые поражения маточных труб и нарушение процессов фолликулогенеза.

Микоплазмы также выявляются довольно часто при ВЗПО, однако вызванные ими сальпингиты протекают более доброкачественно, выздоровление может наступать спонтанно.

В последующем, при формировании **хронического воспалительного процесса (ХВП)**, у большинства больных микробный фактор в возникновении обострений уже не играет существенной роли. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс. Индуктором процессов обострения по мнению Липатова В.А. (2002), Lower A.M., Hawthorn R.J. et others (2000), выступает герпетическая инфекция, при которой нередко происходит окклюзия, фиброз маточных труб и образование гидросальпинксов, тубоовариальных сращений.

Патогенез

Одним из основных механизмов патогенеза ХВП внутренних половых органов женщин считают состояние эндогенной интоксикации, при котором наступает угнетение функции ретикулоэндотелиальной системы, снижение активности фагоцитов, титра комплемента и других факторов неспецифической резистентности организма. Нерациональная, часто необоснованная антибактериальная терапия и возвратная инфекция поддерживают этот процесс.

Кроме того, у больных ХВП развивается состояние вторичного иммунодефицита, возникают нарушения в системе гемостаза, в виде хронической формы ДВС-синдрома, а также процессов микроциркуляции в органах и тканях, что обуславливает гипоксию и замедление процессов регенерации.

ХВП внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста следует рассматривать как общее полисистемное заболевание. Оно сопровождается вовлечением в патологический процесс систем, регулирующих механизмы адаптации: иммунной, эндокринной, симпатoadrenalовой. Образующиеся в очаге воспаления гистаминоподобные вещества, простагландины, лейкотриены, адренергические и холинергические соединения через рецепторный сегмент формируют системный воспалительный ответ организма.

Степень повреждений рецепторного аппарата внутренних половых органов женщин при ХВП соответствует процессам дисрегуляции центральной нервной системы, что проявляется в виде нарушений менструальной и репродуктивной функций. У больных ХВП могут быть снижены функции гипоталамуса, гипофиза, яичников, развиваться дисфункция щитовидной железы. В основном, это проявляется в виде нарушения базальной и циклической секреции ЛГ и ФСГ, снижение уровня эстрадиола, изменения нормального соотношения эстрогенов и андрогенов, эстрогенов и кортизола.

В спаечный процесс часто вовлекается яичник, что также приводит к нарушению процессов фолликулогенеза, явлениям ановуляции, формированию фолликулярных кист. Именно поэтому в клинике используется термин «сальпингоофорит», являющийся синонимом хронического сальпингита и перифорита.

На фоне ХВП значительно возрастает риск возникновения гетеротипий эндометрия, формирования очагов внутреннего генитального эндометриоза. Возникновение и прогрессирование эндометриоза свидетельствует о запуске «порочного круга» течения ХВП. Частота рецидивирования и эффективность терапии ХВП при этом будет зависеть от особенностей клинического течения эндометриоза.

Клиника

Клинические проявления **хронического воспалительного процесса** (ХВП) внутренних половых органов женщин разнообразны, при этом некоторые симптомы связаны не столько с изменениями в матке и придатках, сколько с нарушением деятельности эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной и других систем, вторично вовлеченных в патологический процесс.

У 2/3 пациенток наблюдается острое начало заболевания с развитием всей возможной симптоматики, у 1/3 - начало заболевания, как правило, бывает стертым, вялым и, в основном, характеризуется только болями внизу живота. У больных с установленным ХВП отмечается рецидивирующее течение процесса.

Наиболее частыми причинами обострения хронических воспалительных заболеваний матки и придатков являются неспецифические факторы, такие как переутомление, переохлаждение, стрессовые ситуации, отрицательные эмоции, экстрагенитальные заболевания (холецистит, панкреатит, пиелонефрит), а также введение внутриматочных контрацептивов, аборт и другие оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы.

Наиболее постоянным и характерным симптомом ХВП является хронический болевой синдром или **тазовая боль**. Боли, как правило, локализованы в нижних отделах живота и могут иррадиировать в поясничный или крестцовый отделы позвоночника. Периодически возникающие боли практически всегда превалируют над постоянными. Боли нередко продолжают существовать после исчезновения признаков воспалительной реакции и могут усиливаться при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, физических и эмоциональных перегрузках и т.п. Часто интенсивность боли не соответствует характеру изменений в половых органах, боль появляется или усиливается в зоне расположения нервных стволов (невралгия тазовых нервов, вегетативный ганглионеврит). Как правило, боли сопровождаются изменениями в нервно-психическом состоянии больных (плохой сон, раздражительность, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость и др.).

Вторым проявлением ХВП является **нарушение репродуктивной функции**. Частота **бесплодия** у больных ХВП может достигать 60 - 70%, причем в 2/3 случаев возникает вторично. По данным литературы, после однократного эпизода сальпингита непроходимость маточных труб выявляется в 11 - 13%, после двухкратного - в 23 - 36%, при трех и более обострениях - в 54 - 75% случаев. У 27% больных с трубно-перитонеальным бесплодием при лапароскопии выявляется спаечный процесс II - III степени распространенности. Для 30% женщин с ХВП нарушение репродуктивной функции в большей степени связано с **невынашиванием беременности** на ранних сроках.

Третьим важным проявлением ХВП в матке и придатках является **нарушение менструальной функции**. Существование стойкого очага воспаления в малом тазу приводит к нарушению менструального цикла у 45 - 55% больных, что проявляется в виде мено- и метрорагий, олиго-опсоменореи, альгодисменореи. Предменструальные кровянистые выделения более характерны для больных с сопутствующей патологией гениталий, постменструальные - для больных с изолированным поражением эндометрия.

Нарушения сексуальной функции у данной категории больных встречаются в 50 - 70% случаев и проявляются в отсутствии или изменении либидо, аноргазмии, вагинизме, диспареунии, что, в свою очередь, тесно связано с психоэмоциональным состоянием больных и степенью снижения функции яичников.

Практически у каждой четвертой женщины, страдающей ХВП матки и/или придатков, отмечаются бели. Они могут быть серозными или гнойными, их количество также может быть различным и связано, как правило, с острой воспалительного процесса.

Диагностика

Диагноз ХВП внутренних половых органов женщин обычно ставят на основании данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания, данных лабораторных методов исследования.

Диагноз сальпингоофорита должен интерпретироваться очень осторожно, так как процент ошибок весьма высок (40%).

В острой фазе воспалительной реакции кроме общеклинических исследований обязательным является цитологический анализ мазка выделений из влагалища, бактериологический посев выделений из цервикального канала на патогенную микрофлору, мико-уреаплазмы с подсчетом КОЕ, определение реакции иммунитета к хламидиям, вирусу герпеса I-II типов. Исследование ферментов и других биохимических показателей крови имеет определенное диагностическое и прогностическое значение для выявления остроты и глубины процесса.

Не существует четких данных бимануального исследования для постановки диагноза ХВП. В некоторых случаях может определяться несколько увеличенная матка и тяжистые придатки, болезненные при пальпации. Современные авторы считают, что частота ошибочного диагноза у больных ХВП на основании данных гинекологического исследования может варьировать от 17,5 до 63%.

При ультразвуковой диагностике воспалительных изменений матки и придатков акустическая картина характеризуется значительным полиморфизмом. На эхограммах определяются толстостенные неправильной формы, с размытыми контурами образования в области придатков. В 40% случаев определяется интимная связанность tuboовариальных воспалительных образований с маткой, явления повышенной их экзогенности. Могут выявляться анэхогенные образования в яичниках и маточных трубах.

Стандартом диагностики хронического эндометрита (ХЭ) служит гистероскопический метод.

Для правильной трактовки данных, полученных при гистероскопии, обязательным является выполнение этой процедуры и диагностического выскабливания в первую фазу менструального цикла. Макроскопические изменения слизистой оболочки тела матки при ХЭ не всегда одинаковы. Клинико-гистероскопические особенности отражают характер и глубину патоморфологических изменений в эндометрии при хроническом воспалении и их связь с некоторыми симптомами заболевания. Неравномерное истончение и гипертрофия являются результатом двух противоположных компенсаторно-приспособительных механизмов ткани эндометрия в ответ

на хронический воспалительный процесс, который проявляется у больных обильными менструациями. Скудные менструации и белесоватая, тусклая слизистая оболочка матки при гистероскопии свидетельствуют об исходе воспалительного процесса.

Несмотря на неизменную функцию яичников, у большинства больных ХЭ процесс десквамации и регенерации функционального слоя нарушен, что следует рассматривать как один из механизмов возникновения перименструальных кровяных выделений. Межменструальные кровяные выделения у этих больных, очевидно, связаны с высокой проницаемостью сосудов эндометрия во время овуляции.

Гистологическое исследование соскоба эндометрия остается до настоящего времени наиболее достоверным способом диагностики ХЭ. Гистологическими признаками хронического воспалительного процесса являются инфильтраты, состоящие преимущественно из плазматических клеток, гистиоцитов и нейтрофилов.

Для диагностики ХЭ может быть рекомендовано исследование аспирата, полученного из полости матки с определением количественного состава иммуноглобулинов. Малая инвазивность получения аспирата и высокая информативность метода обуславливают его выполнение в амбулаторных условиях, причем многократно. Количественное содержание иммуноглобулинов классов М, G и А в эндометриальном секрете при ХЭ в 100 раз превышает показатели содержания иммуноглобулинов у здоровых женщин и в 3 раза - при остром эндометрите. Сопутствующие гинекологические и соматические заболевания не влияют на уровень IgM, IgG и IgA в содержимом полости матки. Количественное содержание иммуноглобулинов всех трех классов в эндометриальном секрете является диагностическим тестом ХЭ.

Современная диагностика ХВП, особенно у больных с бесплодием, включает гистеросальпингографию. Гистеросальпингография обладает высокой диагностической ценностью в случаях грубых анатомических изменений в маточных трубах (около 65%). Косвенными признаками заболевания являются данные о состоянии маточных труб (расширение и фиброз ампулярного отдела - сактосальпинкс), их топографии (извилистый ход, подтянуты кверху), наличие спаечного процесса в малом тазу (неравномерности распределения контрастного вещества).

Внедрение в гинекологическую практику эндоскопических методов существенно расширяет возможности в распознавании ХВП. Наиболее точным методом диагностики является лапароскопия. Рекомендовано более раннее выполнение лапароскопии для установления точного диагноза воспалительного процесса придатков матки [4].

В результате накопленного опыта были разработаны лапароскопические критерии ХВП: гиперемия маточной трубы, отечность стенки маточной трубы, атония, ригидность, фиброз маточной трубы, наличие гидатид, фиб-

роз фимбрий, нарушение проходимости маточных труб, наличие гидросальпинксов, спайки в области придатков, гиперемия окружающей париетальной брюшины малого таза. Предложенные в последние годы методики оперативной лапароскопии позволяют корректировать патологию органов малого таза (рассечение спаек, фимбриолизис, сальпингостомия, миомэктомия, коагуляция очагов эндометриоза, удаление кист яичников).

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ

Спаечная болезнь (*morbus adhaesivus*) - универсальный защитно-приспособительный механизм, направленный на ограничение патологического процесса в брюшной полости, реваскуляризацию и регенерацию поврежденных тканей. Спайки, затрагивающие маточные трубы, матку, яичники, нарушают их анатомию, функцию могут быть причиной бесплодия и тазовых болей. Вовлечение в спаечный процесс петель кишечника приводит к кишечной непроходимости.

Причины спаечной болезни:

- ВЗПО;
- аппендицит;
- травматические (механические) повреждения брюшины и органов брюшной полости и малого таза;
- химическое воздействие на брюшину (йод, спирт, антибиотики, сульфаниламидные препараты, тальк);
- кровоизлияние в брюшную полость (инфицированная кровь);
- воздействие инородных тел и оперативное вмешательство на органах брюшной полости и малого таза (салфетки, дренажи);
- эндометриоз.

Патогенез

Под влиянием суммы этиологических факторов происходит повреждение брюшинного покрова и развитие воспаления с элементом экссудации. Из перитонеального выпота выпадает фибрин, который «склеивает», прилежащие друг к другу раневые поверхности (или раневую поверхность и мембранозную часть сальника). Развитию пролиферативного компонента воспаления способствует рефлекторный парез кишечника. Немаловажную роль играют местные аллергические процессы. После того как образовался комплекс из двух поврежденных брюшинных поверхностей и прослойки фибрина, начинается процесс организации. В толще фибрина активируются фибробласты, продуцирующие эластические и коллагеновые волокна, пространство между которыми впоследствии заполняется основным веществом соединительной ткани, основным компонентом которого является гиалуроновая кислота. В молодую соединительную ткань прорастают капилляры, которые впоследствии дифференцируются в зрелую кровеносную сеть, питающую спайку.

Многие исследователи отводят сосудистому компоненту спайкообразования особую роль. Так, широко известна ишемическая гипотеза адгезиогенеза, согласно которой, пусковым фактором как фиброгенеза, так и ангиопролиферации, является гипоксия и смысл возникновения спайки не столько в отграничении патологического очага, сколько в реваскуляризации ишемизированного участка брюшины.

Парез кишечника рассматривается в отечественной и зарубежной литературе в качестве одного из факторов, способствующих развитию СПБП. Биологический смысл данного послеоперационного феномена состоит в создании покоя в очаге воспаления. Прилежащие к очагу кишечные петли паретизируются, передняя брюшная стенка становится ригидной, осуществляя как бы шинирование брюшной полости; одно из назначений экссудата сводится к этой же цели. В этих условиях фибрин, осаждающийся на поврежденных участках и сплетаясь с эластическими и коллагеновыми волокнами, подготавливает почву для мезотелизации.

После момента повреждения, в силу сложившихся местных патологических обстоятельств (глубина повреждения, наличие инфекции, иммунологический фон и т.д.) дефект может либо быстро мезотелизироваться, либо дать начало спайкообразованию. Основным источником для ликвидации дефекта мезотелиального покрытия являются полипотентные клетки перитонеального экссудата, а дополнительным – пролиферирующие клетки краев очага.

В ряде случаев ремезотелизация не успевает произойти в физиологические сроки. Причиной этого являются нарушения ферментативных процессов. Под влиянием протеолитических ферментов брюшного экссудата, естественных фибринолитических систем, восстановившейся перистальтики, рыхлые спайки способны рассасываться. Однако в ряде случаев при наличии уже зрелой организованной спайки к моменту восстановления перистальтики и активизации антиадгезивных механизмов, ее полное рассасывание становится практически невозможным. Остается дискуссионным вопрос: почему у большинства больных с травмой брюшины не происходит гидролитического расщепления фибрина и замены поврежденной серозы мезотелиациатами? Наиболее распространенной является точка зрения ученых, считающих, что под влиянием этиологических факторов, в местах повреждения брюшины снижается активность тканевого активатора плазминогена, происходит торможение фибринолиза и создаются условия для беспрепятственной трансформации рыхлой фибриновой сети в соединительнотканые сращения.

Существует множество литературных данных, описывающих морфогенез спаек брюшной полости. Суммируя их, можно разделить процесс спайкообразования на этапы, последовательно переходящие друг в друга. Первый этап, по существу, заключается в регенерации нарушенных тканей (48 часов). Второй этап состоит в формировании спаек, которые могут полностью рассосаться в течение первой недели. Третий этап – формирование спаек со слабой сосудистой сетью, способной еще к частичному

рассасыванию. И, наконец, последний этап — через 7 месяцев и позже, когда питание спаек настолько обильно за счет собственной сосудистой сети, что рассасывание их становится невозможным.

Клиника

По клиническому течению спаечную болезнь разделяют на острую, интермиттирующую и хроническую.

Острая форма проявляется внезапным или постепенным развитием болевого синдрома, усиленной перистальтикой кишечника, рвотой, подъемом температуры. Боли могут носить нарастающий характер.

При интермиттирующей форме спаечной болезни болевые приступы появляются периодически, интенсивность боли различна, возникают диспептические расстройства, явления дискомфорта, запоры.

Хроническая форма спаечной болезни проявляется ноющими болями в животе, чувством дискомфорта, запорами, снижением веса тела и периодическими приступами острой кишечной непроходимости.

Диагностика спаечной болезни

Острую спаечную болезнь можно заподозрить на основании анамнеза (операции или травмы брюшной полости) и характерной клинической картины. Лапароскопия в большинстве случаев противопоказана. При исследовании крови обнаруживают лейкоцитоз, С-реактивный белок, ускоренную СОЭ. При рентгенологическом исследовании отмечают пневматизацию кишечных петель и уровни жидкости в них (чаши Клойбера), замедленный пассаж бариевой взвеси по кишечнику, вплоть до остановки ее на уровне препятствия.

Рентгенодиагностика интермиттирующей и хронической форм спаечной болезни основывается на выявлении при полипозиционном исследовании различного вида деформаций, необычной фиксации, изменений положения и контуров, сращений с брюшной стенкой или соседними органами вовлеченного в процесс органа (органов). Методика исследования и особенности рентгенологической картины зависят от характера спаечного процесса (ограниченный или распространенный перивисцерит), степени его выраженности и локализации. Для выявления спаек тонкой кишки прибегают к введению бариевой взвеси через зонд, а при периколите — к ирригоскопии. Сращения внутренних органов с брюшной стенкой, возникающие на почве перенесенных операций или ранений живота, лучше выявляются при исследовании на боку.

Спайки кишечника ведут к стойкой деформации кишки, изменению обычного положения ее петель, ограничению пассивной и активной подвижности и сужению просвета различной степени, иногда с супрастенотическим расширением кишки, метеоризмом и нарушением пассажа бариевой взвеси. Контур суженного участка четкие, неровные, зазубренные, с характерными остроконечными выступами, меняющими свою форму и размеры в процессе

исследования, особенно при дозированной компрессии или раздувании газом. Вызванные сращениями резкие перегибы и сужения кишки обуславливают соответствующую рентгенологическую картину. При спаянии между собой соприкасающихся соседних петель может образоваться нерасправляющаяся во время исследования так называемая «двустволка». Характер подобной деформации лучше определяется в условиях двойного контрастирования кишки. При этом изучают состояние рельефа слизистой оболочки и эластичности стенок, особенно в зоне деформации и перегибов кишки. Складки слизистой оболочки в подобных случаях хотя и деформируются, перекручиваются и меняют обычное направление или сглаживаются, однако в отличие от опухолевого процесса прослеживаются на всем протяжении, не обрываясь. О спаечном процессе говорит также отсутствие ригидности стенок кишки, что свойственно злокачественной опухоли.

Диагностика спаечной болезни в гинекологии

Группу риска составляют пациентки, в прошлом перенесшие ВЗПО, хирургические операции на органах малого таза и брюшной полости и женщины, страдающие эндометриозом.

Гинекологический осмотр позволяет предположить наличие спаечного процесса в брюшной полости с вероятностью 75%.

Непроходимость маточных труб по данным гистеросальпингографии и ультразвуковое исследование с большой степенью достоверности указывает на наличие спаечного процесса, однако проходимость маточных труб не позволяет исключить наличие спаек, серьезно препятствующих наступлению беременности, а также свидетельствующих о причине тазовых болей. Обычное ультразвуковое исследование не позволяет достоверно обнаружить наличие спаек малого таза.

Перспективным в диагностике спаечного процесса является метод ядерного магнитного резонанса.

Главным методом диагностики спаечного процесса является метод лапароскопии. Он позволяет не только обнаружить наличие спаек и оценить тяжесть спаечного процесса, но и провести лечение.

По данным лапароскопии различают три стадии спаечного процесса:

- I стадия: спайки располагаются вокруг маточной трубы, яичника или в другой области, но не мешают захвату яйцеклетки;
- II стадия: спайки располагаются между маточной трубой и яичником либо между этими органами и другими структурами и могут мешать захвату яйцеклетки;
- III стадия: происходит либо перекрут маточной трубы, либо ее закупорка спайками, либо полная блокада захвата яйцеклетки.

Лечение

Предсказать течение спаечной болезни практически невозможно. В зависимости от показаний, лечение может быть консервативным или оперативным.

Показания к операции могут возникнуть при остром приступе спаечной непроходимости кишечника, при рецидивирующем течении спаечной болезни. При экстренной операции производят острый адгезиолизис с предварительной гидравлической препаровкой плоскостных спаек 1-2% гелем метилцеллюлозы, резекцию некротизированного участка кишки. При хронической форме спаечной болезни выполняют операцию Нобля или ее модификации.

В гинекологии главным методом лечения спаечного процесса является лапароскопический адгезиолизис, который возможно выполнить путём лазеротерапии, аквадиссекции, либо электрохирургии. При этом риск образования повторных спаек связан с длительной компрессией органов брюшной полости и ухудшением микроциркуляции брюшины, вызванной высоким давлением углекислого газа при создании искусственного пневмоперитонеума.

Профилактика

Основные методы профилактики спаечной болезни включают:

- своевременное выполнение оперативного вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости без применения грубых дренажей и тампонов;
- промывание брюшной полости, иногда - проведение перитонеального диализа;
- антибиотикопрофилактику и антибиотикотерапию по показаниям;
- применение антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин), глюкокортикоидов (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон в разведении с новокаином);
- стимуляция моторики кишечника (раннее вставание после операции, прозерин);
- использование **фибринолитических ферментов** (фибринолизин, стрептокиназа, тканевой активатор плазминогена - алтелплаза).
- использование протеолитических ферментов (химотрипсин, трипсин, урокиназа, гиалуронидаза, лидаза).

Для профилактики образования новых послеоперационных спаек во время лапароскопии используются следующие методы:

- оснащение инсуффлятора кондиционером, подающим увлажнённый и подогретый до температуры тела газ;
- введение в пространство между анатомическими структурами различных барьерных жидкостей (декстраны – полиглюкин, реополиглюкин; гемодез- поливинилпирролидон);
- окутывание маточных труб и яичников полимерными высокомолекулярными соединениями (3% гель метилцеллюлозы, рассасывающиеся мембраны и пленки метилцеллюлозы, натрий-карбоксиметилцеллюлозы,).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ (АЛЛОПАТИЧЕСКОЙ) И АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Выбор тактики традиционной терапии воспалительных заболеваний женских половых органов проводится с учётом этиологии, патогенеза и особенностей клинического течения.

Объём и направленность терапевтического воздействия подбирается индивидуально, может включать следующие направления:

- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия;
- нормализация микробиоценоза влагалища и кишечника;
- инфузионно-трансфузионная терапия (восстановление ОЦК, детоксикация, профилактика синдрома ДВС);
- экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, ультра- и гемофильтрация, гемодиализ, аутооттрансфузия, УФО крови);
- иммунотерапия;
- системная ферментная терапия;
- хирургические методы лечения;
- преформированные и природные методы лечения.

Антигомтоксическую терапию (АГТ) рассматривают как синтез достижений современной биологической науки, традиционной медицины и гомеопатической технологии. Антигомтоксические препараты (АГТП) представляют собой комплекс компонентов растительного, минерального и животного происхождения, в том числе внутриклеточные биокатализаторы, нозоды, суисорганые компоненты и аллопатические препараты. Их взаимопотенцирующее действие проявляется в направлении системной регуляции обмена, детоксикации и иммунорегуляции. Это приводит к активации собственных защитных сил организма, восстановлению нарушенного баланса регулирующих и дезинтоксикационных механизмов [6,7,8,11].

Применение АГТ возможно как в виде монотерапии так и в сочетании с традиционной терапией, Это зависит от характера и вида патологического процесса

БИОСТРЕПТА (НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ).

ИСТОРИЯ РАЗРАБОТКИ ПРЕПАРАТА «БИОСТРЕПТА».

Изучение патогенеза спаечной болезни, в основе которой лежат процессы адгезио- и фиброгенеза, позволило широко внедрить в практическую медицину фибринолитические ферменты как с лечебной, так и с профилактической целью.

В то же время, нерешённой оставалась проблема профилактики и лечения спаечной болезни на фоне ВЗПО женщин, при которой центральное место патогенеза занимает состояние эндогенной интоксикации и наличие патологического субстрата клеточно-бактериального состава.

Перед разработчиками была поставлена задача создания нового ферментсодержащего препарата с определёнными фармакологическими эффектами:

- **вызывать быстрый лизис гнойных масс и сгустков крови в очаге воспалительной реакции;**
- **улучшать кровообращение и микроциркуляцию в очаге воспаления;**
- **увеличивать концентрацию лекарственных средств в очаге воспаления;**
- **быстро ликвидировать инфильтрацию, отёк и клинических проявления воспаления;**
- **предупреждать развитие и обеспечивать лечение спаечного процесса.**

В результате был зарегистрирован препарат **БИОСТРЕПТА «BIOMED»**, содержащий внеклеточные белки с ферментной активностью - **стрептокиназа и стрептодорназа**, полученный путём культивирования различных неблезнетворных видов бета-гемолитических стрептококков.

Завод по производству сывороток и вакцин в Варшаве «BIOMED» является известной и пользующейся уважением фармацевтической компанией – производителем вакцин, антитоксинов, ферментных препаратов, продуктов, получаемых из крови, диагностикумов и биологических питательных сред. История завода берёт начало с 1951 года, продолжая успешно реализовывать решение задач, начатых в 1939 году в отделе сывороток и вакцин Государственного Института Гигиены.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА БИОСТРЕПТА (ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ)

БИОСТРЕПТА – ректальные суппозитории, в состав 1 суппозитория входят действующие вещества:

- Стрептокиназа 15000 МО;
- Стрептодорназа 1250 МО;

вспомогательные вещества:

- **масло минеральное**
- **витепсол Н15.**

Стрептокиназа - фермент выделяемый из культуры b-Streptococcus haemolyticus группы С.

Активность стрептокиназы определяют по способности препарата лизировать в определенных условиях сгусток фибрина, образованный смесью растворов фибриногена и тромбина, и выражают в интернациональных (международных) единицах (ИЕ, или МЕ).

Принадлежит к группе фибринолитических ферментов.

При взаимодействии с плазминогеном (профибринолизин), стрептокиназа образует специфический активаторный комплекс, который стимулирует как системный, так и тканевой фибринолиз (переводит неактивный плазминоген крови и кровяных сгустков в его активную форму – плазмин – фибринолизин). Стрептокиназа вызывает лизис нитей фибрина кровяных сгустков, деградацию фибриногена и др. плазменных протеинов, в т.ч. V (акцелерин) и VII (конвертин) факторов свертывания крови. Растворяет тромбы, действуя как на их поверхности, так и изнутри. Наиболее эффективна при свежих сгустках фибрина (до ретракции); восстанавливает проходимость тромбированных кровеносных сосудов. Фибринолиз осуществляется только тогда, когда вводится избыточное количество препарата, в связи с тем, что стрептокиназа является белком с антигенными свойствами (стрептококковым антигеном) и часть его нейтрализуется циркулирующими в крови антителами. Период полувыведения - 6 часов.

Образующийся плазмин может инактивироваться циркулирующими в крови ингибиторами, такими как ингибитор альфаплазмина и альфамакроглобулин. Период полувыведения комплекса стрептокиназа-плазминоген, активирующего плазмин, составляет около 23 минут

Стрептокиназа как базовое тромболитическое лекарственное средство прежде всего успешно применяется в хирургической и терапевтической (кардиология) практике при лечении тромбозов внетазовой локализации, хотя ее дозы при этом существенно выше. Так, в острой стадии инфаркта миокарда рекомендуемая доза фермента составляет 1 500 000 МЕ, т.е. в 100 раз больше, чем его содержится в 1 суппозитории биострепты. При

использовании препарата в форме ректальных суппозиториях системного тромболитического действия не наблюдается, вследствие этого риск кровотечения любой локализации минимален.

Стрептодорназа – фермент дезоксирибонуклеаза, продуцируемый некоторыми штаммами гемолитического стрептококка, разрушает ДНК в результате ее глубокой деполимеризации. Стрептодорназа растворяет межмолекулярные связи нуклеопротеинов мертвых клеток и гноя, облегчает резорбцию олигопротеинов, активизирует фагоцитоз, не влияет на структуру и функцию здоровых клеток, способствует разжижению гноя. Наряду со стрептокиназой используется для улучшения дренажа при ведении гнойных ран в хирургии.

Вспомогательные субстанции облегчают всасывание и попадание активных компонентов в кровеносное и лимфатическое русло органов малого таза [3].

Механизм действия препарата БИОСТРЕПТА основан на уникальном сочетании активных компонентов препарата, что обуславливает быстрый лизис некротических масс, отложений фибрина и тромбов, улучшение кровообращения и микроциркуляции в очаге воспаления, увеличение в нем концентрации антибактериальных и других лекарственных средств, быстрое уменьшение инфильтрации, отека и клинических проявлений воспаления, предупреждение развития и ликвидацию спаечного процесса.

Фармакокинетика и фармакодинамика препарата БИОСТРЕПТА являются производным вышеуказанных показателей применительно к каждой из составных частей препарата [9].

При ректальном пути введения наблюдается эффективное всасывание препарата, что обуславливает высокие показатели скорости и силы его действия. Время достижения максимальной концентрации препарата **БИОСТРЕПТА** 23 минуты. Поскольку нижние геморроидальные вены, через которые происходит всасывание, впадают в систему нижней полой вены, а не в портальную вену, препарат поступает в общий кровоток минуя печень, не подвергаясь инактивации на этапе пресистемного метаболизма.

Стрептокиназа, поступая в системный кровоток, активирует плазминоген, превращая его в плазмин, который и оказывает собственно фибринолитическое действие; устраняет сладж-синдром форменных элементов крови, что приводит к улучшению микроциркуляции в очаге воспаления и уменьшению отека, увеличению доступа и концентрации антибиотиков и других лекарственных средств, увеличению хемотаксиса макрофагов и других иммунокомпетентных клеток.

В присутствии **Стрептодорназы** значительно возрастает концентрация фагоцитов, улучшается их подвижность, увеличивается процент завершеного фагоцитоза. В результате одновременного действия вышеуказанных ферментов сгустки крови, гной, деградирующие лейкоциты подвергаются полному лизису и элиминации из очага воспаления.

Показания к применению препарата БИОСТРЕПТА в гинекологии:

- острые и хронические ВЗПО (сальпингит, оофорит);
- воспалительные болезни матки (эндометрит острый и хронический);
- послеоперационные инфильтраты в малом тазу;
- доброкачественные функциональные кисты яичников;
- дисменорея;
- комплексная терапия эндометриоза;
- синдром хронической тазовой боли и спаечный процесс в малом тазу;
- профилактика спаечного процесса при оперативных вмешательствах;
- бесплодие неясного генеза.

Преимущества использования препарата БИОСТРЕПТА:

- повышает эффективность и сокращает сроки лечения ВЗПО;
- способствует уменьшению рецидивов;
- предупреждает развитие спаечного процесса.

Дозы активных субстанций являются оптимальными, в рекомендуемом режиме введения значительно меньшими (в 20-50 раз) по сравнению с парентеральным путём введения, что обеспечивает необходимый терапевтический эффект и отсутствие негативного системного действия. Препарат оказывает преимущественно местное рассасывающее действие с созданием максимальных концентраций действующего вещества в очаге воспаления. Ректальный способ введения препарата признан наиболее безопасным в плане минимизации риска аллергических осложнений. Именно ректальный способ введения обеспечивает максимальную эффективность компонентов препарата для лечения заболеваний женской репродуктивной сферы.

Удобная форма (ректальная свеча), высокая комплаентность, локальный эффект на органы малого таза, отсутствие воздействия на весь организм, изученность механизма действия каждого компонента и препарата в целом, длительный опыт применения препарата Биострепта при различной патологии делает его незаменимой в повседневной практике врача-гинеколога.

Рекомендуемый способ применения препарата БИОСТРЕПТА:

При **тяжелом** течении ВЗПО **БИОСТРЕПТА** назначается по схеме:

- 1 суппозиторий ректально 3 раза в сутки в течение 3 дней,
- 1 суппозиторий 2 раза в сутки в последующие 3 дня,
- 1 суппозиторий 1 раз в сутки на протяжении 3 дней.

При **среднетяжелом** и легком течении ВЗПО **БИОСТРЕПТА** назначается по схеме:

- 1 суппозиторий ректально 2 раза в сутки в течение 3-5 дней,
- 1 суппозиторий 1 раз в сутки на протяжении последующих 4 дней.

В среднем на курс лечения 7-10 дней 8-18 суппозиториев

NB! Допускается пролонгация курса лечения до 24 дней при условии введения меньших доз препарата (1 суппозитория на ночь через день).

После прекращения введения препарата **БИОСТРЕПТА** рекомендовано:

- 1 курс 6-8 дней местной терапии (влагалищные тампоны); с применением **дезагрегантов** (Гепарина, Троксевазина, Гирудина);
- 1 курс 6-8 дней местной терапии **нестероидными противовоспалительными средствами** (ректальные свечи).

Противопоказания к применению препарата БИОСТРЕПТА:

- наличие свежей послеоперационной раны или шва (в месте контакта со свечой), поскольку действие препарата может привести к расслаблению последнего и, как следствие, к кровотечению из раны;
- период беременности и лактации.

Побочные эффекты препарата БИОСТРЕПТА:

- аллергические реакции;
- повышение температуры тела;
- склонность к кровотечениям.

NB! Постмаркетинговый контроль на протяжении 20 лет не приводит ни одного сообщения о побочных эффектах препарата Биострепта.

Симптомы передозировки препарата БИОСТРЕПТА не описаны [1].

Возможные патогенетические варианты методов лечения при ВЗПО:

стадия обострения – а) антибиотики, десенсибилизирующие, противовоспалительные, адаптогены, витамины, рассасывающая терапия (БИОСТРЕПТА) с 1 го дня терапии; б) эубиотики;

хронический процесс (синдромом тазовых болей) – противогерпетическая (противохламидийная) терапия, иммуномодуляторы/иммуностимуляторы, рассасывающая терапия (**БИОСТРЕПТА**).

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

а) предоперационная подготовка (6 суток)

Свечи с **гиалуронидазой**, конъюгированной с Полиоксидонием (водорастворимым высокомолекулярным носителем, который защищает фермент от действия ингибиторов, способствует увеличению ферментативной активности, значительно уменьшает количество побочных действий гиалуронидазы). Гиалуронидаза расщепляет основной цементирующий компонент соединительной ткани – гиалуроновую кислоту (мукополисахарид, в состав которого входят ацетилглюкозамин и глюкуроновая кислота), уменьшает её вязкость, повышает тканевую и сосудистую проницаемость, облегчает движение жидкостей в межтканевых пространствах, уменьшает отечность ткани, размягчает и уплощает рубцы, предупреждает гиперплазию соединительной ткани.

Свечи с гиалуронидазой 3000 МЕ для вагинального применения один раз в сутки на ночь.

б) послеоперационный период

- при малоинвазивной хирургии (эндоскопические технологии) **БИО-СТРЕПТА** 1 суппозиторий 1 раз в сутки на протяжении 7-10 суток, начиная с 1-х суток после операции.

- при полостных вмешательствах путём чревосечения либо в случае выполнения операций влагалищным доступом:

1. Свечи с гиалуронидазой 3000 МЕ для вагинального применения один раз в сутки на ночь на протяжении 6 суток, либо свечи для ректального применения 1 свеча вводится 1 раз в 3 дня (курс 2 свечи)

2. **БИОСТРЕПТА** 1 суппозиторий 1 раз в сутки на протяжении 7-10 суток, начиная с 6-х суток после операции.

NB! Эффективность препарата **БИОСТРЕПТА** выше в случае предварительного введения блокатора 5 липоксигеназы **Кверцетина** 2 г per os, либо **Корвитина** (в/в форма Кверцетина).

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

№ 70 САЛЬПИНГИТ И ООФОРИТ (АДНЕКСИТ)

При острой форме эффективна **традиционная** терапия в сочетании с АГТП

При хронической форме эффективна **монотерапия АГТП.**

Базисная терапия АГТП

Gynasoheel (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 3-5 нед.
Traumeel S (амп. или таб.)	По 2,2 мл п/к или в/м 2 раза в сут. или по 1 таб. 3 раза в сут. Курс лечения 4-5 нед.

Санация гнойно-воспалительного процесса, профилактика спаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально в зависимости от тяжести процесса (1-3 раза в сутки) в течение 7-10 дней.
---------------------------	--

Дополнительные препараты:

Echinacea compositum (амп.)	При сниженном иммунитете по 2,2 мл п/к или в/м 2 раза в нед. в зону проекции придатков. Курс лечения 3 нед.
Mulimen (кап.)	При нарушении менструального цикла по 15-20 кап. 3-5 раз в сут.
Viburcol (свечи)	При остром болевом синдроме по 1 свече rectum каждые 30 мин. до уменьшения боли.
Agnus Cosmoplex S (свечи)	При выделениях воспалительного характера по 1 свече во влагалище на ночь. Курс лечения 10-15 сут.
Ovarium compositum (амп.)	После исчезновения симптомов воспаления для укрепления эффекта по 2,2 мл в/м 1-2 раза в нед. Более эффективно п/к введение в зону проекции придатков. Курс лечения 5 нед.
Psorinoheel (кап.)	В тяжёлых случаях для детоксикации. Приём препарата начинают с 1 капли. Разовую дозу постепенно увеличивают через день на 1 каплю и доводят до 8-10 капель 1-2-3 раза в сут. Курс лечения 6-8 нед.
Trichomonaden-Fluor-Injeel (нозод), (амп.)	По 1,1 мл п/к или в/м 1-3 раза в нед. в том числе сегментарно с кровью пациента. Курс лечения 3 недели.

N71 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ МАТКИ (ЭНДОМЕТРИТ ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ)

При острой форме рекомендована **традиционная** системная терапия, в сочетании с АГТП, по показаниям **внутриматочный диализ**,

При хронической форме рекомендован **внутриматочный диализ**, по показаниям **традиционная** системная терапия в сочетании с АГТП,

Базисная терапия

Traumeel S (таб.)	По 1 таб. под язык 3 раза в сут.
Viburcol (свечи)	По 1 свече 3-4 раза в сут per rectum.

Санация гнойно-воспалительного процесса, профилактика спаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально в зависимости от тяжести течения процесса (1-3 раза в сутки) в течение 7-10 дней.
---------------------------	--

Дополнительные препараты:

Mulimen (кап.)	По 10-20 кап. 3-5 раз в сут.
Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.

N73 ДРУГИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ (БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОВУЛЯТОРНОГО ПЕРИОДА, ДИСМЕНОРРЕЯ, СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ)

Традиционная системная терапия НПВС в сочетании с системной ферментной терапией и АГТП

Базисная терапия

Traumeel S (таб.)	По 1 таб. под язык 3 раза в сут.
Viburcol (свечи)	По 1 свече 3-4 раза в сут per rectum.

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней.
---------------------------	---

Дополнительные препараты:

Mulimen (кап.)	По 10-20 кап. 3-5 раз в сут.
Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.

NB! Варианты ассоциации синдрома хронической тазовой боли с :

- генитальным герпесом
- фантомом, обусловленным спаечным процессом в малом тазу
- варикозной болезнью вен таза
- тазовым ганглионевритом

A50-A64 ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩЕЕСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

Традиционная системная терапия противовирусными препаратами (ацикловир, валацикловир) при условии существования активной фазы репликации вируса (острая фаза первичного процесса или реинфицирования) и/или иммунотерапия в сочетании с АГТП.

Базисная терапия

Herpes simplex-Nosode-Injeel (амп.)	По 1,1 мл п/к или в/м 2 раза в нед. Курс лечения 3-4 нед.
Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 нед.

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней.
---------------------------	---

Дополнительные препараты:

Engystol (таб.)	По 1 таб. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 нед. В острый период по 1 таб. рассасывать через 15 мин. на протяжении 2-х часов, или местно во влагалище 3 раза в сут.
Echinacea compositum (амп.)	При сниженном иммунитете по 2,2 мл п/к или в/м 2 раза в нед. Курс лечения 3-4 нед.

ХЛАМИДИОЗ

Традиционная системная терапия антибактериальными препаратами при условии существования активной фазы внутриклеточного накопления ретикулярных телец и/или иммунотерапия в сочетании с АГТП. Антигомотоксическая терапия повышает эффективность лечения в целом, уменьшает риск возникновения побочного действия антибактериальных препаратов.

Базисная терапия

Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.
Traumeel S (амп.)	По 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций.

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней.
---------------------------	---

Дополнительные препараты:

Echinacea compositum* (амп.)	По 2,2 мл п/к или в/м 3 раза в нед. Со 2-й нед. – 2 раза в нед. Курс лечения 10 инъекций. Первые 5 инъекций рекомендовано с кровью пациента.
Solidago compositum (амп.)	По 2,2 мл в/м 1 раз в 5 дней. Курс лечения 10 инъекций
Engystol (таб.)	По 1 таб. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 нед. В острый период по 1 таб. рассасывать через 15 мин. на протяжении 2-х часов, или местно во влагалище 3 раза в сут.
Ubichinon compositum (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций

* Кровь пациента, потенцированная антигомотоксическими препаратами, является аутозодом, что повышает иммунную защитную реакцию организма.

МИКОПЛАЗМОЗ

Традиционная системная терапия антибактериальными препаратами при условии КОЕ в биологической среде $> 10^4$ в сочетании с АГТП. Антигомотоксическая терапия повышает эффективность лечения в целом, уменьшает риск возникновения побочного действия антибактериальных препаратов.

Базисная терапия

Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.
Traumeel S (амп.)	По 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций.

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней.
---------------------------	---

Дополнительные препараты:

Echinacea compositum* (амп.)	По 2,2 мл п/к или в/м 3 раза в нед. Со 2-й нед. – 2 раза в нед. Курс лечения 10 инъекций. Первые 5 инъекций рекомендовано с кровью пациента.
Solidago compositum (амп.)	По 2,2 мл в/м 1 раз в 5 дней. Курс лечения 10 инъекций
Mucosa compositum (амп.)	По 2,2 мл в/м 1 раз в 5 дней Курс лечения 10 инъекций

* Кровь пациента, потенцированная антигитоксическими препаратами, является аутонозодом, что повышает иммунную защитную реакцию организма.

УРЕАПЛАЗМОЗ

Традиционная системная терапия антибактериальными препаратами при условии КОЕ в биологической среде $> 10^4$ в сочетании с АГТП. Антигитоксическая терапия повышает эффективность лечения в целом, уменьшает риск возникновения побочного действия антибактериальных препаратов

Базисная терапия

Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.
Traumeel S (амп.)	По 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций.

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней.
---------------------------	---

Дополнительные препараты:

Echinacea compositum* (амп.)	По 2,2 мл п/к или в/м 3 раза в нед. Со 2-й нед. – 2 раза в нед. Курс лечения 10 инъекций. Первые 5 инъекций рекомендовано с кровью пациента.
Solidago compositum (амп.)	По 2,2 мл в/м 1 раз в 5 дней. Курс лечения 10 инъекций
Engystol (таб.)	По 1 таб. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 нед. В острый период по 1 таб. рассасывать через 15 мин. на протяжении 2-х часов, или местно во влагалище 3 раза в сут.
Ubichinon compositum (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций

* Кровь пациента, потенцированная антигемотоксическими препаратами, является аутонозодом, что повышает иммунную защитную реакцию организма.

N74 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ, КЛАССИФИЦИРУЕМЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

ЭНДОМЕТРИОЗ

Традиционная системная терапия гестагенами, агонистами рилизинг-гормонов, блокаторами прогестероновых рецепторов в сочетании с комплексной противовоспалительной, рассасывающей симптоматической терапией и/или АГТП. Антигемотоксическая терапия повышает эффективность лечения в целом, уменьшает риск возникновения побочного действия гормональных препаратов

Базисная терапия

Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.
Traumeel S (амп.)	По 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций.

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	В зависимости от характера воспалительного процесса 1 суппозиторий ректально 1-3 раз в сутки в течение 7-10 дней, либо по 1 свече через день на протяжении до 24 дней.
---------------------------	--

Дополнительные препараты:

Mulimen (крап.)	По 15-20 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 4-6 нед.
Viburcol (свічі)	При болевом синдроме по 1 свече per rectum каждые 30 мин. до уменьшения боли

Coenzyme compositum* (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций
Ubichinon compositum (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций

* Курс Coenzyme compositum чередуют с Ubichinon compositum

БЕСПЛОДИЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Антигомотоксическая – терапия выбора, направленная на активацию процессов саморегуляции.

Базисная терапия

Gynacoeheel (кап.)	По 10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 нед.
---------------------------	--

Профилактика и лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней. Курс лечения 3 менструальных цикла.
---------------------------	---

Дополнительные препараты:

Galium-Heel (кап.)	Для активации процессов детоксикации в клетках и матриксе. По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 менструальных цикла.
Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 8 дней.
Psorinoheel (кап.)	Приём препарата начинают с 1 капли. Разовую дозу постепенно увеличивают через день на 1 каплю и доводят до 8-10 капель 1-2-3 раза в сут. Курс лечения 6-8 нед.
Coenzyme compositum* (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций
Ubichinon compositum (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций
Ovarium compositum (амп.)	Для стимуляции эндокринной функции по 2,2 мл в/м на 5, 8, 12, 14-й день менструального цикла в 16-18 час, или п/к в зону проекции придатков в режиме аутогемотерапии. Курс лечения 3 менструальных цикла.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ

Традиционная системная терапия монофазными синтетическими прогестинами, агонистами рилизинг-гонадотропинов. При выявлении воспалительного процесса, вызванного хламидией или Вирусом простого герпеса – системная этиотропная в сочетании с АГТП.

Возможна **монотерапия АГТП**

Базисная терапия

Galium-Heel (кап.)	Для активации процессов детоксикации в клетках и матриксе. По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 менструальных цикла.
Lymphomyosot (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. Курс лечения 3-4 нед.
Psorinoheel (кап.)	По 8-10 кап. 1 раз в сут. Курс лечения 3-4 нед.

Лечение микроспаек:

Биострепта (свечи)	1 суппозиторий ректально 2 раза в сутки в течение 3-5 дней, затем 1 суппозиторий 1 раз в сутки на протяжении последующих 4 дней.
Кверцетин (Корвентин)	По 1 порошку (2 г) per os 2 раза в сут. за 1 час до введения суппозитория Биострепта . Курс лечения 10 дней.
Дезагреганты - Гепарин, Троксевазин, Гирудин (мазь, гель)	влагалищные тампоны 1 раз в сут. на ночь. Курс лечения 6-8 дней.
НПВС - Диклофенак, Кетопрофен, Индометацин (свечи)	1 суппозиторий ректально через день 1 раз в сутки. На курс лечения 6-8 суппозиториев

Дополнительные препараты:

Traumeel S (таб.)	По 1 таб. под язык 3 раза в сут.
Aesculus compositum (кап.)	По 8-10 кап. 3 раза в сут. за 30 мин. до, или через 1 час после приёма пищи, Курс лечения 3-4 нед.
Ubichinon compositum (амп.)	Для активации ферментов по 2,2 мл в/м 2 раза в нед. Курс лечения 5-10 инъекций

ВЫВОДЫ:

1. Методические рекомендации содержат информацию про оптимизацию лечения воспалительных заболеваний половых органов и профилактики спаечного процесса у женщин репродуктивного возраста, основанную на сочетании комплексной традиционной и антигоммотоксической терапии. Предложенная методика применения препарата БИОСТРЕПТА в качестве средства этиотропной терапии и профилактики спаек в брюшной полости при различных патогенетических вариантах воспалительных процессов половых органов женщин, является оригинальной, позволяет снизить частоту и выраженность спаечной болезни, в том числе при проведении различных диагностических и лечебных операциях в гинекологии.

2. Информация, изложенная в методических рекомендациях поможет практикующим врачам акушерам-гинекологам сделать взвешенный выбор между средствами аллопатической и антигоммотоксической терапии, профилактировать осложнения, связанные с гипермедикализацией, квалифицированно применять методы антигоммотоксической терапии в гинекологии, что позволит повысить эффективность и безопасность лечения.

3. Методические рекомендации предназначены для врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики (семейной медицины).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування препарату БІОСТРЕПТА (BIOSTREPTA) ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.04.2009 № 219 Реєстраційне посвідчення № UA/9543/01/01

2. Липатов В.А. К вопросу профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости. / Материалы Третьей международной научно-практической конференции “Здоровье и образование в XXI веке”, 29-31 марта 2002 г., г. Москва, -С. 256-257.

3. Машковский М.Д. «Лекарственные средства». Т.1 и 2, 2000.

4. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии: практическое руководство. – М.: Литтерра, 2009. – 256с.

5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – 3-е изд.стер. – М.: Медицинское информагентство, 2002. – 501с.

6. Справочник “Комплексные антигомтоксические препараты” (2-ое издание). Под общей редакцией информационно-клинического отдела фирмы “Каскад-Медикал”. 2004.

7. Тези науково-практичної конференції “Перспективи використання антигомтоксичних препаратів в комплексному лікуванні захворювань ургентальної патології”. – Київ, 2002 р.

8. Тираспольский И.В. “Антигомтоксическая терапия в практике акушера-гинеколога” (Краткое справочное руководство). – Арнебия. Москва. 2001г.

9. Харкевич Д.А.. «Фармакология». М.,1999 г.

10. Lower AM, Hawthorn RJ, Ellis H, O'Brien F, Buchan S, Crowe AM. The impact of adhesions on hospital readmissions over ten years after 8849 open gynaecological operations: an assessment from the Surgical and Clinical Adhesions Research Study. Br J Ob Gyn. 2000; 107:855-862.

11. Ordinatio antihomotoxica et materia medica (издание на русском языке). 1998 г. Под общей редакцией научного отдела фирмы Биологише Хайльмитель Хеель ГмбХ Biologische Heilmittel Heel GmbH, Dr.-Reckeweg-Str. 2-4, D-76532 Baden- Baden. ФРГ.