

УДК 618.13-002.1-059:615.2+615.8

СОЧЕТАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОРФОЛИНИЙ-МЕТИЛ-ТРИАЗОЛИЛ-ТИОАЦЕТАТА И КВЧ-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

М.С. Чурикова, Г.О. Гречканев,

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Чурикова Мария Сергеевна – e-mail: mariya.churikova@mail.ru

Было обследовано 60 пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза (аднексит, эндомиометрит). В I группу вошли 40 пациенток, которым наряду с базисной противовоспалительной терапией в комплексное лечение включали гепатопротектор и антиоксидант морфолиний-метил-триазолил-тиоацетат в сочетании с 10 процедурами КВЧ-терапии. У 20 пациенток II группы проводилось только традиционное лечение. Оказалось, что наиболее эффективная коррекция клинических симптомов, функциональных показателей печени и параметров фагоцитоза нейтрофилов достигнута в I группе, что обосновывает целесообразность сочетания двух методик лечения.

Ключевые слова: острые воспалительные заболевания органов малого таза, морфолиний-метил-триазолил-тиоацетат, КВЧ-терапия, фагоцитоз.

There were examined 60 patients with acute inflammatory diseases of women's pelvic organs (adnexitis, endomyometritis). The first group included 40 female patients who underwent the basic anti-inflammatory therapy and the combined treatment of hepatoprotector and morpholinij-methyl-triazolil-thioacetate antioxidant in combination with 10 procedures of EHF-therapy. 20 patients of the 2nd group had only traditional treatment.

It was stated that the most effective correction of clinical symptoms, functional indices of liver and the parameters of phagocytosis of neutrophils was obtained in the first group, – this proves the expediency of the combination of two treatment methods.

Key words: acute inflammatory diseases of women's pelvic organs, morpholinij-methyl-triazolil-thioacetate, EHF-therapy, phagocytosis.

Введение

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются одной из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу, оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье, в том числе служат самой частой причиной трубно-перитонеального бесплодия, эктопической беременности, невынашивания, в осложненных случаях вызывают необходимость оперативных вмешательств, создавая угрозу жизни больной [1, 2].

Очевидно, что как сам воспалительный процесс, так и антибактериальная терапия, проводимая больным ВЗОМТ, оказывают негативное влияние на функцию печени, состояние иммунитета и требуют соответствующей коррекции [3]. Известно положительное влияние гепатопротектора и антиоксиданта морфолиний-метил-триазолил-тиоацетата (ММТТ) на функцию печени у различных категорий больных [4]. Накоплен значительный опыт использования преформированных физических факторов, в т. ч. КВЧ-терапии, которым присущи физиологичность воздействия, многостороннее влияние на организм, возможность моделирования его функций [5].

Целью исследования было изучение влияния морфолиний-метил-триазолил-тиоацетат (ММТТ) в сочетании с КВЧ-терапией на клинико-лабораторные показатели у больных острыми ВЗОМТ (ОВЗОМТ).

Материалы и методы

Было обследовано 60 пациенток с ОВЗОМТ (аднексит, эндомиометрит), что и служило критерием включения в исследование (средний возраст больных составил $26,2 \pm 2,3$ года). Все обследованные женщины были разделены на 2 рандомизированные по возрасту группы в зависимости от проводимого лечения: в I группу вошли 40 пациенток, которым наряду с базисной противовоспалительной терапией в комплексное лечение включали ММТТ в сочетании с 10 процедурами КВЧ-терапии на аппарате «СЕМ ТЕСН LCD». ММТТ назначался по ступенчатой схеме, согласно которой первые 5 суток препарат в дозе 100 мг (4 мл 2,5% раствора) вводился внутривенно капельно в разведении на 100 мл физиологического раствора, а с 6-го по 21-й день от начала лечения – per os в виде таблеток по 600 мг/сут. (по 2 таблетки 3 раза в день). У 20 пациенток II группы проводилось традиционное лечение с включением 1-2 антибиотиков широкого спектра действия, инфузионных сред, антигистаминных, иммуностропных препаратов, дезагрегантов, витаминов без применения ММТТ и КВЧ-терапии.

Больные обследовались общепринятыми методами, для мониторинга функционального состояния печени использовали показатели активности трансаминаз – АлАТ и АсАТ и холестаза – общий билирубин. Исследования

осуществляли трехкратно: до лечения, через 6 дней (I контроль) и по окончании курса противовоспалительного лечения (через 21 день).

Изучение способности нейтрофилов крови к захвату частиц производили на модели поглощения частиц латекса. Для этого 0,2 мл суспензии этих клеток смешивали с 0,02 мл взвеси латекса диаметром 1,7 мкм (108 частиц/мл (ВНИИСК, г. С.-Петербург). После одночасовой инкубации при 37°C из взвеси готовили мазок. Мазки высушивали, фиксировали метанолом и окрашивали по Романовскому-Гимзе. С помощью иммерсионной микроскопии учитывали активность фагоцитоза – процент нейтрофилов, захвативших хотя бы одну частицу латекса, интенсивность фагоцитоза – число поглощенных микросфер латекса в 100 подсчитанных нейтрофилах и фагоцитарное число – число поглощенных микросфер латекса на один фагоцит. Данное исследование проводили дважды – до начала и после окончания лечения. Обработку данных проводили в программе Microsoft Excel, для каждого ряда рассчитывали среднее арифметическое M, стандартную ошибку среднего арифметического – m. Достоверность различий в сравниваемых рядах проверяли с использованием критерия Стьюдента и принимали при 5% уровне значимости.

Результаты и их обсуждение

Динамика клинической картины во всех группах по таким критериям, как купирование болевого симптома, нормализация температуры тела, практически не различалась. По показателям маркеров острого воспаления положительная динамика также была сопоставимой (таблица 1).

ТАБЛИЦА 1.

Влияние сочетанного лечения с использованием ММТТ и КВЧ-терапии (I группа) и традиционного лечения (II группа) на некоторые показатели воспалительного процесса у больных ОВЗОМТ

Группы больных	СО2, мм/ч			Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$			С-реактивный белок, мг/л		
	До лечения	I контроль	После лечения	До лечения	I контроль	После лечения	До лечения	I контроль	После лечения
II (n=40)	37,8±1,4	26,0±2,3*,**	13,7±1,8*,**	20,4±2,1	16,7±1,0*	8,0±0,4*	48,1±1,1	41,6±1,3	3,5±0,03***
сравнения (n=20)	34,8±0,9	32,5±1,2	20,2±1,9*	18,4±1,5	16,3±1,1	8,2±0,3*	45,2±4,1	42,7±3,6	4,5±0,06*

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями;

** - $p < 0,05$ по сравнению с традиционным лечением.

ТАБЛИЦА 2.

Влияние сочетанного лечения с использованием ММТТ и КВЧ-терапии (I группа) и традиционного лечения (II группа) на некоторые показатели функции печени больных ВЗОМТ

Группы больных	АсАТ, ед./л			АлАТ, ед./л			Билирубин общий, мкм/л		
	До лечения	I контроль	После лечения	До лечения	I контроль	После лечения	До лечения	I контроль	После лечения
I (n=40)	40,5±2,1	40,3±1,1	15,8±2,0*,**	46,3±1,9	37,8±2,5	13,2±1,6*,**	25,4±3,3	20,7±1,8	12,0±0,9*,**
II (n=20)	41,1±5,5	44,9±2,6	32,2±5,3*	47,5±4,6	47,1±1,8	28,6±3,1*	26,6±1,3	25,9±4,2	18,5±1,3*

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями;

** - $p < 0,05$ по сравнению с традиционным лечением.

До начала лечения уровни АсАТ, АлАТ и билирубина у всех пациенток были повышены. К 6-м суткам исследования отмечена тенденция к снижению изучаемых показателей в I и II группах (таблица 2). К концу лечения в I и II группе активность ферментов АсАТ и АлАТ не отличалась от нормативных значений. В группе больных, получавших традиционную терапию, данные показатели по завершении лечения находились на верхней границе нормы, однако в 2 раза превышали значения I группы. Уровень общего билирубина в плазме крови во II группе превышал данный показатель в I в 1,5 раза ($p < 0,05$).

На фоне лечения исследовались показатели фагоцитоза нейтрофилов крови (таблица 3), которые имели отклонения от нормы, характерные для острого воспалительного процесса.

ТАБЛИЦА 3.

Влияние сочетанного лечения с использованием ММТТ и КВЧ-терапии (I группа) и традиционного лечения (II группа) на показатели фагоцитоза нейтрофилов крови

Показатель	II группа (n=50)		III группа (n=30)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Активность фагоцитоза, %	25,3±1,8	55,3±1,7*,**	23,9±1,2	21,0±1,7
Интенсивность фагоцитоза, усл.ед.	16,2±0,3	10,5±0,4*,**	15,2±0,5	14,9±0,6
Фагоцитарное число, усл.ед.	2,1±0,2	5,4±0,3*,**	2,3±0,2	2,1±0,1

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями;

** - $p < 0,05$ по сравнению с традиционным лечением.

Так, было показано, что активность фагоцитоза во всех трех группах значительно снижена по сравнению с нормой (58,4±1,78%) и составляет в I группе 25,3±1,8%, во II 23,9±1,2%, что достоверно не отличается ($p > 0,05$). Статистически достоверные изменения (таблица 3) были выявлены после лечения только в I группе, там данный показатель вырос в 2,18 раза до 55,3±1,7 ($p < 0,05$).

Интенсивность фагоцитоза, которая исходно была несколько выше нормы, в I группе уменьшилась с 16,2±0,3 усл. ед. до 10,5±0,4 усл. ед., т. е. в 1,54 раза ($p < 0,05$). Фагоцитарное число при исходном снижении увеличилось в I группе с 2,1±0,2 усл. ед. до 5,4±0,3 усл. ед., т. е. в 2,57 раза ($p < 0,05$).

Полученные нами данные об эффективной коррекции функциональных показателей печени у больных ОВЗОМТ не противоречат литературным [4] и обусловлены фармакологическими свойствами морфолиний-метилтриазилил-тиоацетата [4]. Динамика показателей фагоцитоза под влиянием КВЧ-терапии также обоснована, поскольку в основе метода лежит применение физиологичных частот, которые соответствуют генетически обусловленным ритмам человеческого организма. При воздействии на органы или ткани частотами, близкими к их собственным, в соответствии с законом резонанса, создаются условия для восстановления нормальной жизнедеятельности и полноценного функционирования всех систем [5].

Заключение

Сочетанное использование морфолиний-метилтриазилил-тиоацетата и КВЧ-терапии у больных ОВЗОМТ сопровождается нормализацией показателей функции печени и параметров фагоцитоза нейтрофилов крови, что имеет патогенетическое значение для клинического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов в оперативной и неоперативной гинекологии. Методические рекомендации. М. 2005. 40 с.
2. Практическая гинекология / под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова, проф. В.Н. Прилепской. М: Медпресс-информ, 2006. С. 177-253.
3. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Пескова Е.О., Никогосян С.Д. Опыт применения препарата «Галавит» у гинекологических больных с гнойными воспали-

тельными заболеваниями органов малого таза. Медицинский альманах. 2012. № 5. С. 78-81.

4. Мазур И.А., Волошин Н.А., Чекман И.С. Тиотриазолин: фармакологические аспекты и клиническое применение. Запорожье. 2005. 156 с.
5. Безбах И.В. Структурно-резонансная электро- и электромагнитная терапия в восстановительном лечении больных хроническим сальпингоофоритом: Автореф. дис. ... канд. мед биол. наук. М. 2008. 24 с.
6. Кузовлев О.П., Лактионова Л.В. Инновационная технология структурно-резонансной терапии в реабилитации и лечении. Медицина экстремальных ситуаций. 2006. № 1 (15). С. 78-85.

