

# Современные аспекты лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов: в фокусе — сохранение репродуктивной функции

**В последние годы все больше внимания уделяется поиску современных эффективных методов лечения хронических воспалительных заболеваний (ХВЗ) внутренних половых органов, направленных на повышение адаптивных и резервных возможностей организма. Следует отметить, что хронические воспалительные процессы сопровождаются высокой частотой осложнений, таких как нарушения репродуктивной, менструальной и сексуальной функций. К тому же хроническое воспаление развивается на фоне нарушений иммунитета, микроциркуляции, усиления гипоксии и вовлечения в процесс антиоксидантной системы. Все вышперечисленное приводит к снижению трудоспособности, большим затратам на лечение и реабилитации.**

22 сентября 2011 г. в рамках XIII съезда акушеров-гинекологов Украины «Охрана репродуктивного здоровья, профилактика материнской, перинатальной заболеваемости и смертности» при поддержке компании «Альпен Фарма АГ» был проведен симпозиум с международным участием «Хронические воспалительные заболевания половых органов с позиции репродуктивного здоровья», на котором обсуждались пути решения наиболее актуальных проблем.

Доклад «Эволюция этиогенеза хронических воспалительных заболеваний женских половых органов. Изменение подходов к терапии» вице-президента Ассоциации акушеров-гинекологов, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Одесского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Александра Алексеевича Зелинского был посвящен современным взглядам на этиологию и патогенез ХВЗ в практике акушера-гинеколога.



— Как известно, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) возникают в результате распространения инфекции из эндометрия, цервикса, которое может привести к развитию эндометрита, сальпингита, параметрита, оофорита, tuboовариальных абсцессов и пельвиоперитонита. По данным крупных международных исследований, причинами ВЗОМТ могут выступать возбудители инфекции, передаваемые половым путем, анаэробы и другие микроорганизмы, в том числе условно-патогенные. Согласно существующим взглядам на теорию воспаления различают специфическое и неспецифическое воспаление. Считается, что неспецифическое воспаление может быть вызвано любым условно-патогенным агентом, не приводящим к каким-либо специфическим и морфологическим изменениям тканей. Однако при более внимательном и глубоком патогистологическом изучении такие различия все же можно найти. Следует полагать, что отсутствие в международной классификации болезней термина «неспецифический» подтверждает его неоднозначное восприятие в научных кругах.

Говоря о ВЗОМТ, следует напомнить известные на сегодняшний день морфологические особенности ХВЗ внутренних половых органов. При длительном течении воспалительного процесса чаще всего происходит поражение эндосальпинкса, реже — перисальпинкса, далее — мышечной структуры маточных труб; отмечается развитие соединительной ткани, сужение просвета и склерозирование сосудов, обнаруживаются дистрофические изменения специализированных клеток, облитерация воронок маточных труб и десквамация покровного эпителия. Кроме того, необходимо помнить, что, как при любом воспалительном

процессе, при ХВЗ органов малого таза выявляют изменения микроциркуляции, которые являются кардинальными признаками воспалительной реакции (экссудация, повышение проницаемости сосудистой стенки, миграция форменных элементов). Исходя из современных особенностей этиопатогенеза ВЗОМТ должны формироваться методы их лечения и реабилитации.

Таким образом, к основным направлениям лечения можно отнести следующие:

- этиотропная терапия, направленная на элиминацию возбудителя;
- репаративная терапия с обязательным включением методов, направленных на улучшение трофики тканей, то есть локальное воздействие (влияние на сосудистый компонент воспаления) с использованием препаратов, обладающих дезагрегационными свойствами;
- коррекция нарушений нервной, эндокринной и других систем, учитывая наличие сопутствующих заболеваний гениталий (особенно эндометриозной гетеротопии различной локализации).

На основании нашего опыта применения в качестве репаративной терапии мы рекомендуем препарат Дистрептаза. Бренд-препарат Дистрептаза имеет высокое качество производства, подтвержденное GMP сертификатом, и зарекомендовал себя как патогенетически обоснованное лечение ВЗОМТ, что позволяет широко применять именно данный препарат в практике врача гинеколога.

Естественно, что основной целью лечения ВЗОМТ должно быть восстановление овариальной и репродуктивной функции.

Об особенностях репаративной терапии в комплексе медицинской стратегии ВЗОМТ рассказал заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Валентин Александрович Потапов.



— Основную роль в патогенезе ВЗОМТ играет воспалительный процесс, поэтому актуален поиск оптимальных путей решения проблем, связанных с последствиями острого воспаления органов малого таза. Как известно, в основе воспалительного процесса лежит сосудистый компонент, который развивается в результате воздействия на сосудистую стенку макрофагальных медиаторов воспаления, образующихся при активизации патогенных микроорганизмов. В результате нарушается противосвертывающий гомеостаз, активизируются процессы тромбообразования, повышается сосудистая проницаемость, что приводит к экссудации и миграции лейкоцитов из сосудов в ткани. При этом полноценное восстановление функции репродуктивных органов возможно при адекватной терапии воспаления органов малого таза.

Лечение ВЗОМТ должно проводиться в несколько этапов и включать комплекс различных мероприятий. К числу наиболее важных следует отнести использование средств, способствующих улучшению микроциркуляции.

На практике очень мало врачей следуют протоколам лечения ВЗОМТ. Как показывают опросы врачей, только антибиотикотерапия назначается в 100% случаев. О целесообразности применения препаратов, улучшающих репаративные процессы и микроциркуляцию в зоне поражения, многие врачи не знают.

В исследовании, проведенном на базе нашей кафедры, изучалась динамика восстановления кровотока на фоне лечения, которая измерялась методом ультразвуковой флуометрии. Как оказалось, уже с первых дней развития воспалительного процесса наблюдается резкое и значительное повышение сосудистого сопротивления (снижение скорости кровотока) в маточной и яичниковой артериях. Тенденция к восстановлению нормального кровотока появляется только к 18–20-му дню от начала заболевания. К моменту выписки из стационара у большинства пациенток были отмечены значительные нарушения кровотока в придатках матки. На момент клинического выздоровления и выписки из стационара восстановление показателей кровотока по отношению к аналогичным показателям у здоровых женщин наблюдалось только у 44% пациенток. У половины из них такая тенденция сохранилась и в последующие три месяца наблюдения. При отсутствии восстановления кровотока в сосудах матки и яичников через 3 месяца после лечения у 82% больных были обнаружены структурные изменения в маточных трубах и яичниках (например, увеличение размеров, жидкостные структуры в просвете труб и их непроходимость). По-видимому, это происходило вследствие неполноценной репарации тканей на фоне недостаточного кровоснабжения в раннем реконвалесцентном периоде. В связи с этим для полноценного восстановления поврежденных тканей в очаге воспаления и предупреждения стойких необратимых деструктивных процессов в эндометрии, маточных трубах и яичниках необходимы лечебные мероприятия, направленные на улучшение кровоснабжения органов малого таза, нормализацию обменно-трофических расстройств, стимуляцию процессов резорбции уже с первых дней заболевания и на этапах реабилитации.

В настоящее время среди средств, улучшающих микроциркуляцию и нормализующих обменно-трофические расстройства, можно выделить ферментный препарат Дистрептаза, содержащий 15 тыс. МЕ стрептокиназы и 1250 МЕ стрептодорназы. Стрептокиназа оказывает протеолитическое, рассасывающее и фибринолитическое действие; стрептодорназа растворяет «мостики» нуклеопротеинов мертвых клеток и липкие массы гноя, облегчает резорбцию мертвых клеток, активизирует фагоцитоз, при этом не влияет на структуру

и функцию живых здоровых клеток. Препарат выпускается в форме свечей для ректального использования. Таким образом, стрептокиназа и стрептодорназа не подвергаются первичному метаболизму в печени и действующие вещества Дистрептазы максимально концентрируются в очаге воспаления. В результате препарат оказывает минимальное системное действие, а значит, вероятность побочных явлений и аллергических реакций значительно снижена.

При изучении эффективности курса Дистрептазы в условиях стационара у 50 пациенток по схеме: 3 свечи в сутки на протяжении первых 3 дней, затем 2 свечи в сутки в течение следующих 3 дней и 1 свеча в сутки еще 15 дней отметили снижение потенциала воспалительных реакций, нормализацию гемостазиологического потенциала и улучшение репаративных реакций. В то же время на фоне применения Дистрептазы уже в конце курса лечения происходило значительное улучшение кровотока в сосудистом русле органов малого таза как в маточной, так и в яичниковой артериях. Кроме того, было отмечено достоверное уменьшение частоты объективных и инструментальных признаков неполноценной репарации (с 34 до 5,4%).

Можно с уверенностью утверждать, что Дистрептаза оказывает выраженный противовоспалительный эффект, способствует улучшению кровоснабжения, а соответственно, и тканевого дыхания в воспаленных тканях, улучшению репарации и восстановлению репродуктивной функции, предупреждает развитие спаечного процесса.

Заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Вера Ивановна Пирогова акцентировала внимание на особенностях клинического течения и лечения замершей беременности (ЗБ) и хронического эндометрита (ХЭ).



— Основной причиной возникновения ХЭ и, как следствие, ЗБ является персистирующая инфекция органов малого таза. При беременности, которая не развивается, условно-патогенные микроорганизмы в эндометрии выявляются у 20% пациенток, а у 70% женщин при посевах определяются вирусно-бактериальные ассоциации. Даже в случае отсутствия прямого специфического действия инфекционных агентов на плод, морфо-функциональные нарушения репродуктивной системы, вызванные персистенцией микроорганизмов в эндометрии с формированием ХЭ, ведут к нарушению развития эмбриона.

В современных условиях происходит трансформация течения инфекционных воспалительных заболеваний под влиянием ряда факторов, связанных с усилением влияния условно-патогенных и вирусных микроорганизмов, резистентностью возбудителей к антибактериальным препаратам, увеличением частоты стертых и атипичных клинических форм заболеваний.

Продолжение на стр. 48.

## Современные аспекты лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов: в фокусе — сохранение репродуктивной функции

Продолжение. Начало на стр. 47.

Клиническими критериями для постановки диагноза ХЭ служат: нарушение менструального цикла (у 45-55% женщин), метроррагии, меноррагии, контактные кровотечения (80-90%), олиго-, опсоменорея (5-7%), альгодисменорея (35-37%), аменорея (2-4%). Нарушение репродуктивной функции отмечается у 40-50% женщин, при этом привычное невынашивание составляет 60-80%, бесплодие — 60-70%, неудачные попытки экстракорпорального зачатия — 35-37%. При эхографии можно обнаружить следующие характерные признаки ХЭ: участки повышенной эхогенности различной величины и формы в зоне срединного М-эха; пузырьки газа, иногда с характерным акустическим эффектом, так называемым хвостом кометы; четкие гиперэхогенные образования диаметром 0,1-0,2 см (фиброз и кальциноз), расширенную полость матки (0,2-0,7 см) за счет наличия жидкости. При гистероскопии могут определяться признаки воспалительного процесса в эндометрии, такие как неравномерная его толщина, полиповидные разрастания, неравномерная окраска, гиперемия, точечные кровоизлияния, очаговая гипертрофия слизистой оболочки. Морфологическая диагностика, являющаяся окончательным этапом верификации ХЭ, базируется на ряде признаков: воспалительные инфильтраты, которые состоят в основном из лимфоидных элементов, расположенных вокруг желез и сосудов, реде диффузно; наличие плазматических клеток, очагового фиброза стромы, склеротических изменений стенок спиральных артерий эндометрия.

Основным звеном в патогенезе ХЭ является развитие неравномерного фиброза стромы эндометрия, который приводит к снижению кровотока вследствие редукции капиллярного русла. В результате возникает асинхронность рецепторного аппарата эндометрия, что обуславливает неполноценную секреторную трансформацию, нарушает прегравидарную перестройку слизистой матки, что в итоге приводит к нарушению репродуктивной функции. У 48,8% пациенток в базальном слое эндометрия наблюдаются дистрофические изменения маточных желез, иногда с элементами некроза, выраженной фибробластной трансформацией элементов стромы, явлениями мальформации эндометриальных сосудов (прекапилляров, венул, лимфатических сосудов), тромбоза сосудов, тромбоза сосудов, тромбоза сосудов.

На сегодняшний день тактика ведения пациенток с ХЭ, которые потеряли беременность, однозначно не определена. В то же время проведение своевременного лечения и адекватная реабилитация данной категории пациенток имеют решающее значение не только для предупреждения непосредственных воспалительных осложнений, но и для последующей реализации репродуктивной функции и сохранения репродуктивного здоровья в целом.

Одним из путей оптимизации лечения служит вагинальное или ректальное введение лекарственных средств, что позволяет уменьшить дозу медикаментозных противовоспалительных средств при сохранении максимальной эффективности в очаге поражения, снизить частоту возникновения побочных системных реакций и аллергии организма. Известно, что препарат Дистрептаза обуславливает быстрый лизис некротических масс, отложений фибрина и тромбов, улучшая таким образом микроциркуляцию и репарацию тканей органов малого таза. Кроме того, Дистрептаза способствует проникновению антибиотиков

в очаг поражения, тем самым усиливая их эффективность. Учитывая это, мы изучили эффективность препарата Дистрептаза в профилактике воспалительных осложнений и нарушений репродуктивной функции после эвакуации ЗБ. Участники исследования разделили на три группы: в первой группе пациентки начали получать Дистрептазу на 2-й день после эвакуации плодного яйца, во второй — на 5-й, в третьей (контроль) больные не получали Дистрептазу. В остальном лечение проводилось в соответствии с клиническими протоколами. При анализе результатов исследования оказалось, что у пациенток второй и третьей группы на протяжении первых трех дней отмечался выраженный болевой синдром, что потребовало назначения спазмолитических и обезболивающих средств. У 30% больных контрольной группы на 6-е сутки вследствие задержки выделений на фоне субинволюции матки отмечено повышение температуры тела и усиление болевого синдрома. Пациентки первой группы, принимавшие препарат Дистрептаза, не испытывали схваткообразную боль в течение первых 3 суток и к 6-м суткам не имели жалоб, связанных с задержкой выделений. При этом интенсивность кровянистых выделений у женщин, получавших Дистрептазу, не превышала допустимую. В некоторых случаях на 2-е сутки от начала приема препарата имелось незначительное увеличение интенсивности выделений, при этом общая продолжительность кровянистых выделений составила в первой группе 4,6 дня, во второй — 7 дней и достоверно отличалась в сравнении с группой контроля (8-9 дней). Показатели бактериальной микрофлоры влагалища у женщин первой и второй группы уже через месяц после элиминации ЗБ приблизились к состояниям нормоценоза, тогда как в третьей группе у 25% пациенток были отмечены выраженные явления дисбиоза с преобладанием в посевах грибковой микрофлоры, сопровождавшиеся клинической симптоматикой и требовавшие назначения соответствующей этиотропной терапии. Кроме того, у пациенток, получавших Дистрептазу, отмечена более ранняя нормализация менструального цикла.

Таким образом, можно с уверенностью говорить о том, что включение Дистрептазы в комплекс ранних реабилитационных мероприятий у женщин с ЗБ способствует ускорению процессов инволюции матки и восстановлению нормобиоценоза в нижних отделах генитальных путей, уменьшает длительность пребывания пациенток в стационаре, эффективно предупреждает развитие нарушений менструальной функции и альгодисменореи. Применение Дистрептазы начиная со 2-го дня после эвакуации плодного пузыря безопасно и не вызывает возникновения кровотечения при условии тщательного удаления элементов ЗБ из полости матки.

На современных подходах к восстановлению менструальной и репродуктивной функции у пациенток с ВЗОМТ остановился **заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Киевского медицинского университета Украинской ассоциации народной медицины, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Яковлевич Сенчук.**

Ведущую роль в развитии нарушений менструальной функции играет первичное повреждение рецепторного аппарата органов-мишеней (шейки и тела матки), а также фолликулярного аппарата яичников. Учитывая это, в комплекс лечебных мероприятий необходимо включать методы, направленные на коррекцию нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой

функции. В настоящее время для ее нормализации используется заместительная гормональная терапия (ЗГТ), однако при



применении таких препаратов необходимо учитывать ряд абсолютных и относительных противопоказаний. Кроме того, при использовании ЗГТ часто возникают различные негативные реакции, такие как кровотечение, мастодиния, тошнота, диспепсия, головная боль, увеличение массы тела и др.

Поскольку применение ЗГТ по разным причинам может быть затруднено, особого внимания заслуживают препараты негормональной природы, например Дисменорм. Препарат способствует повышению эффективности лечения воспалительных процессов внутренних половых органов, восстановлению нормального менструального цикла и предупреждает развитие отдаленных осложнений, связанных с патоморфологической перестройкой рецепторов эндометрия яичников.

Дисменорм — препарат, созданный на основе натуральных компонентов. В его состав входят: авраамово дерево, пульсатилла, розмарин, анис. Главный компонент Дисменорма — авраамово дерево — обладает выраженным пролактинингибирующим действием, которое обеспечивает нормализацию менструального цикла при дисменорее, гипо- и гиперменструальном синдроме, бесплодии, предменструальном синдроме. Действие главного компонента Дисменорма усиливают три дополнительных компонента, которые обладают противовоспалительным, спазмолитическим, болеутоляющим, противоотечным действием, улучшают кровообращение, нормализуют психоэмоциональный фон.

Комплексный состав Дисменорма гарантирует нормализацию цикла уже после первого месяца приема, а к концу 3-месячного курса терапии менструальный цикл стабильно восстанавливается. Благодаря негормональному составу и мягкому действию он не вызывает побочных эффектов, свойственных ЗГТ. Показаниями к назначению Дисменорма являются нарушения менструального цикла и предменструальный синдром.

С участием нашей кафедры было проведено неинтервенционное мультицентровое сравнительное исследование по изучению эффективности лечения и реабилитации женщин репродуктивного возраста, страдающих острым и подострым сальпингоофоритом и нарушениями менструального цикла, препаратами Дистрептаза и Дисменорм.

До начала лечения всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое показало наличие нарушений со стороны гемостаза (снижение количества тромбоцитов, повышение их агрегационной способности, значительное увеличение концентрации фибриногена во время обострения, повышение содержания растворимого фибрина, свободного гепарина) и гемодинамики в яичниковых артериях (спазм сосудов микроциркуляции и снижение скоростных показателей кровотока).

Анализ результатов исследования показал, что при включении Дистрептазы и Дисменорма в комплексную терапию острых и подострых сальпингоофоритов нормализовалось количество тромбоцитов, улучшалась их функция, достоверно снизилась концентрация фибриногена. Кроме того, уже через 2 недели в 2,5 раза уменьшилась частота выявления аэробных и анаэробных возбудителей инфекции и на 14%

увеличился уровень лакто- и бифидобактерий. Дальнейшее изучение показало, что при использовании Дистрептазы элиминация патогенных возбудителей достигла 100%, что объясняется значительным облегчением доступа антибактериальных препаратов непосредственно в очаг воспаления. На момент выписки из стационара не удалось достичь полного и достоверного возобновления кровотока в яичниковых артериях, однако в группе пациенток, получавших Дистрептазу и Дисменорм, уже через месяц было достигнуто достоверное улучшение показателей гемодинамики в отличие от группы женщин, в комплексное лечение которых эти препараты не включали. На фоне применения Дисменорма отмечалось достоверное снижение концентрации пролактина через 3 месяца в сравнении с показателями до лечения. Время нахождения в стационаре пациенток, принимавших Дистрептазу и Дисменорм, также достоверно уменьшилось (на 5 дней). Кроме того, анализ отдаленных результатов лечения (6-9 мес от начала терапии) продемонстрировал стойкий отдаленный эффект от проведенной терапии (клинико-биохимические показатели, данные УЗИ, доплерометрии, менструальная функция, качество жизни пациенток и т.д.).

Таким образом, недостаточная нормализация кровообращения в сосудах бассейна яичниковых артерий у пациенток, получавших общепринятую терапию, является основой хронизации воспалительного процесса и дальнейшего формирования спаек, нарушений менструального цикла, бесплодия и т.д. Полученные результаты позволяют говорить об обоснованности применения в практике врача предложенной схемы терапии ВЗОМТ с включением Дистрептазы и Дисменорма с первого дня лечения. Позитивный эффект терапии связан не только с тромболитическим, рассасывающим и протеолитическим действием Дистрептазы, но и с комплексным действием компонентов Дисменорма, направленным на нормализацию менструального цикла.

Алгоритм ведения больных с хроническими воспалениями половых органов по сохранению репродуктивной функции представила **доктор медицинских наук, профессор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Ольга Валентиновна Грищенко.**



— За последние 5 лет частота воспалительных заболеваний женской половой сферы выросла на 30,5% и составляет 60-80% в структуре гинекологической патологии. 70% таких больных составляют женщины в возрасте до 25 лет, 75% — нерожавшие женщины, при этом у каждой четвертой из них возникают осложнения, угрожающие бесплодием. Даже после однократно перенесенного заболевания частота бесплодия колеблется от 5 до 18%. 30% больных ВЗОМТ направляются на стационарное лечение.

Распространению и развитию инфекции способствуют: инвазивные гинекологические процедуры (гидротубация, гистеросальпингография, гистероскопия, зондирование полости матки), прерывание беременности (криминальный аборт), внутриматочные контрацептивы, эндокринные и обменные нарушения, перенесенная экстрагенитальная патология, неправильное питание, переохлаждение, переутомление, стрессовые ситуации. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, в большей или меньшей степени повторяющая первичный патологический процесс. При длительном хроническом течении отмечаются выраженные склеротические и дистрофические изменения всех структурных компонентов органов малого таза, что сопровождается их структурными

и функциональными изменениями. При постановке диагноза ВЗОМТ необходимо учитывать основные факторы риска: неадекватное или несвоевременное лечение острых ВЗОМТ; наличие заболеваний, передаваемых половым путем, в анамнезе; использование внутриматочной спирали (хронические ВЗОМТ встречаются в 3-5 раз чаще); самопроизвольные и искусственные аборт в прошлом.

Клинические ВЗОМТ могут проявляться болевым синдромом, нарушениями менструального цикла, психоэмоциональными расстройствами, изменением сексуальной функции, наличием выделений из влагалища, расстройствами мочеиспускания, разнообразными нарушениями репродуктивной функции. Кроме анамнеза, клинической картины, данных гинекологического осмотра, существенную роль в постановке диагноза играют ультразвуковое исследование органов малого таза, бактериологическое исследование, ПЦР, иммунофлуоресцентный анализ, гистологическое исследование эндометрия, общеклинические анализы, лапароскопия и гистеросальпингография.

В алгоритме ведения пациенток с ВЗОМТ очень важным звеном является патогенетическая терапия, которая включает три этапа. На первом этапе после определения иммунного статуса назначают иммунокорректоры, на втором – антибиотики, НПВП, индукторы интерферона, энзимотерапию, препараты, улучшающие микроциркуляцию, на третьем – местные антимикотики и эубиотики (местно и per os).

Сотрудники нашей кафедры принимали участие в многоцентровых исследованиях по изучению эффективности и безопасности препарата Дистрептаза, который включает два фермента – стрептокиназу и стрептодорназу. Препарат назначали в комплексной терапии при лечении обострений хронических сальпингоофоритов у женщин разного возраста и с различной этиологией заболевания. Анализ результатов исследований показал, что при включении Дистрептазы в комплекс терапии на 10-е сутки после лечения патогенная и условно-патогенная флора не определялась. Особенно следует отметить значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома у обследованных больных, а также уменьшение количества больных с резко ограниченной подвижностью матки, которое достоверно снижалось и было на 17,9% меньше, чем в группе контроля, а явления инфильтрации отсутствовали у 100% пациенток (в группе контроля только у 20%). Также на фоне лечения Дистрептазой в 2 раза снизилось количество случаев наличия выпота в брюшную полость по сравнению с контрольной группой (5 против 10%). Во время проведения исследования серьезных побочных эффектов (в том числе аллергических реакций) или побочных эффектов, достоверно связанных с приемом Дистрептазы, нами выявлено не было. Кроме того, ни в одном из наблюдений мы не встретили нарушений менструальной функции или появления кровянистых выделений из влагалища.

Таким образом, Дистрептаза – это уникальный препарат, представленный на фармацевтическом рынке Украины, который наряду с высоким уровнем безопасности и переносимости обладает высокой эффективностью в комплексной противовоспалительной терапии ВЗОМТ. Ее свойства улучшать микроциркуляцию и проникновение антибиотических средств в очаг воспаления позволяют значительно снизить частоту появления различных осложнений. Исходя из вышесказанного, препарат особенно показан для лечения и реабилитационных мероприятий у женщин, которые перенесли воспалительные заболевания, но планируют беременность и хотят сохранить репродуктивную функцию.

Подготовил **Владимир Савченко**

## Представительство компании *Alpen Pharma AG (Швейцария)* в Украине выражает глубокую благодарность всем кураторам и врачам, которые принимали участие в исследовании «Комплексная реабилитационная терапия у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза – залог сохранения репродуктивной функции», Украина 2010-2011 гг..

### ЛЬВОВ

Вера Ивановна Пирогова, д.м.н., профессор  
Игорь Валерьевич Козловский, к.м.н., доцент  
Любовь Ивановна Голота, к.м.н.  
Валентина Александровна Складарова, к.м.н.  
Любовь Николаевна Бобрик  
Мария Владимировна Третьякова  
Роксолана Йосиповна Пурпура  
Надежда Георгиевна Саганская  
Наталья Мироновна Галишич  
Юлия Юрьевна Пономаренко

### ХМЕЛЬНИЦКИЙ

Оксана Валерьевна Лусте  
Жанна Викторовна Пшеничная  
Элла Петровна Головчук  
Татьяна Николаевна Савина  
Мария Петровна Скобяк

### ЧЕРНОВЦЫ

Оксана Анатольевна Андриец, д.м.н., профессор  
Татьяна Александровна Лавренчук

### ИВАНО-ФРАНКОВСК

Галина Ивановна Колесник

### УЖГОРОД

Анна Юрьевна Палагусинец

### ХАРЬКОВ

Ольга Валентиновна Грищенко, д.м.н., профессор  
Ирина Алексеевна Тучкина, д.м.н., профессор  
Анна Вадимовна Сторчак, к.м.н., доцент  
Татьяна Анатольевна Струк, к.м.н.  
Ольга Владимировна Головина  
Оксана Васильевна Бережная  
Ирина Михайловна Ренева  
Людмила Ивановна Антонова  
Елена Юрьевна Толстая  
Юлия Васильевна Подбельцева  
Анжела Аркадиевна Эйжвертина  
Ольга Дмитриевна Савенкова  
Елена Сергеевна Шаповалова  
Татьяна Александровна Лещинская  
Наталья Александровна Иванченко  
Анна Витальевна Рудавина  
Эрика Леонидовна Торяник  
Ольга Сергеевна Новикова  
Галина Сергеевна Скавронская  
Мария Александровна Цокур  
Галина Сергеевна Бакшеева  
Галина Сергеевна Уварова  
Юлия Юрьевна Демченко  
Оксана Валентиновна Головатюк  
Виктория Геннадиевна Ивахненко

### КИЕВ

Анатолий Яковлевич Сенчук, д.м.н., профессор  
Ирина Борисовна Венцковская, д.м.н., профессор  
Василий Васильевич Бенюк, д.м.н., профессор  
Лилия Дмитриевна Москаленко, к.м.н., доцент  
Инна Александровна Доскоч, к.м.н.  
Виталий Борисович Рымаренко  
Людмила Ивановна Химич  
Нила Александровна Ребекевша  
Наталья Григорьевна Скурятина  
Дженнетти Юрьевна Берая  
Ольга Петровна Семенченко  
Лариса Владимировна Мартынюк  
Елена Викторовна Гутникова

Инна Владимировна Левицкая  
Инна Юлиановна Федоренко  
Юлия Анатольевна Шевчук  
Мария Петровна Франковская  
Оксана Николаевна Анохина  
Анна Николаевна Гура  
Светлана Михайловна Сафина  
Наталья Анатольевна Кужель  
Оксана Федоровна Шматко  
Наталья Адамовна Шарма  
Марина Степановна Безверхая  
Виктория Викторовна Ищук  
Лариса Валерьевна Волкова

### АР КРЫМ

Игорь Исаакович Иванов, д.м.н., профессор  
Марина Владимировна Черипко, к.м.н., доцент  
Елена Николаевна Прочан, к.м.н.  
Александра Александровна Трышкевич, к.м.н., доцент  
Юлия Петровна Вяжвич, главный детский акушер-гинеколог  
Тамила Казимовна Аметова  
Инна Геннадиевна Гилюк  
Татьяна Даниловна Карапетова  
Ирина Васильевна Карева  
Елена Александровна Кириченко  
Наталья Александровна Регушевская  
Светлана Петровна Клименко  
Лиля Рузаковна Кулиева  
Елена Николаевна Легчаева  
Инна Юрьевна Мамоненко  
Эльвира Эскендеровна Мусаева  
Османова Лютфи Меметовна  
Садава Елена Васильевна  
Дикун Ольга Григорьевна

### ОДЕССА

Александр Алексеевич Зелинский, д.м.н., профессор  
Татьяна Алексеевна Ермоленко, д.м.н., профессор  
Игорь Зиновьевич Гладчук, д.м.н., профессор  
Наталья Николаевна Рожковская, д.м.н., профессор  
Александр Петрович Рогачевский, к.м.н., доцент  
Сергей Васильевич Деришов, к.м.н.  
Валентина Викторовна Лукьяненко  
Татьяна Борисовна Агеева  
Людмила Никифоровна Савченко  
Виктория Михайловна Савченко  
Наталья Владимировна Битченко  
Татьяна Владимировна Опарина  
Светлана Васильевна Лашина  
Надежда Николаевна Измириди  
Наталья Викторовна Червенкова  
Марина Анатольевна Карлюга  
Людмила Валерьевна Вегержинская  
Ирина Маратовна Козакова  
Галина Александровна Морий  
Лариса Николаевна Чепрас

### ДНЕПРОПЕТРОВСК

Валентин Александрович Потапов, д.м.н., профессор  
Галина Ивановна Резниченко, д.м.н., профессор  
Наталья Николаевна Полион, д.м.н., профессор  
Екатерина Дмитриевна Вишневецкая  
Валентина Вениаминовна Таранцова  
Людмила Кузьминична Мусиенко  
Наталья Дмитриевна Алабьева  
Наталья Николаевна Крупко  
Марта Степановна Клокова  
Вера Юрьевна Вовк  
Татьяна Викторовна Корзаченко  
Марина Евгеньевна Ищенко

Татьяна Сергеевна Зорина  
Лариса Владимировна Поливода  
Лилия Петровна Гарбуз  
Валентина Васильевна Гниненко  
Татьяна Владимировна Морозова  
Юрий Алькоревич Чесак  
Ирина Николаевна Кравец  
Татьяна Борисовна Похиленко  
Елена Альбертовна Сирокваша  
Светлана Робертовна Хмара  
Татьяна Васильевна Стрюг  
Татьяна Николаевна Миронюк  
Елена Витальевна Землянова  
Лариса Владимировна Боровская  
Алла Михайловна Дяченко

### ДОНЕЦК

Андрей Викторович Чурилов, д.м.н., профессор  
Елена Николаевна Носенко, д.м.н., профессор  
Валентина Павловна Кващенко, д.м.н., профессор  
Сергей Викторович Кушнир, к.м.н., доцент  
Марина Юрьевна Сергиенко, к.м.н.  
Виктория Юрьевна Яценко, к.м.н.  
Ольга Ивановна Остапенко  
Наталья Сергеевна Толкач  
Юлия Георгиевна Филатова  
Илона Анатольевна Кузнецова  
Марина Ивановна Клименко  
Лариса Петровна Челпан  
Ольга Николаевна Азохова  
Наталья Евгеньевна Калиновская  
Ирина Владимировна Подолька  
Светлана Александровна Пономарева  
Татьяна Васильевна Улановская  
Татьяна Васильевна Бороденко  
Инна Викторовна Кононенко  
Зоряна Ивановна Донец  
Арминэ Юриковна Григорян  
Евгения Викторовна Павлова  
Лариса Андреевна Лихачева  
Елена Георгиевна Расторгуева  
Елена Александровна Алексеенко  
Юлия Андреевна Помельникова  
Елена Васильевна Малышева  
Елена Николаевна Метелица  
Майя Витальевна Кипиана  
Виктория Николаевна Соснина  
Наталья Федоровна Котенжи  
Юлия Александровна Малова  
Адиля Фаридовна Презднякова  
Лилия Владимировна Еремеева  
Оксана Николаевна Мишук  
Ольга Владимировна Воронина  
Татьяна Ивановна Слосар  
Ольга Петровна Листатенко  
Татьяна Геннадьевна Петренко  
Татьяна Александровна Марченко  
Лариса Васильевна Татарченко  
Татьяна Михайловна Остапенко  
Любовь Ивановна Кретьова  
Анна Витальевна Трошенко  
Валентина Андреевна Пилипец  
Татьяна Петровна Арнаутова  
Ирина Николаевна Калашникова  
Лилия Николаевна Тюленева  
Татьяна Петровна Бодунова  
Нелля Семеновна Странговская  
Светлана Михайловна Вовк  
Лариса Александровна Борлова  
Лариса Анатольевна Третьякова  
Оксана Борисовна Мельник  
Вероника Александровна Исаева  
Марина Юрьевна Кривич  
Ирина Николаевна Гончарова  
Валентина Глебовна Ильюк  
Инна Степановна Тимошенко  
Елена Леонидовна Сугоняка