DOI: https://doi.org/10.51922/2074-5044.2026.4.4

И. А. Верес, Ю. И. Степанова, О. Я. Середа

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ВЛИЯНИЯ ОВОМИНА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Обследовано 69 пациенток с перенесенным воспалением в матке после родов (средний возраст *25,8 ± 2,2*), *которые находились в послеродовом отделении 3-й городской клинической больницы имени Е. В. Клумова г. Минска. Контрольную группу составили 19 пациенток с физиологическим послеродовым периодом* (средний возраст *24,4 ± 2,6*).

В основную группу были включены 34 пациентки, которые получали медикаментозную терапию в соответствии с протоколом лечения в комплексе с курсом овомина по 1 мл раствора, содержащего 12 000 АТЕ, разведенного в 250 мл физиологического раствора, внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 7 дней. Группу сравнения составили 35 родильниц, получавших медикаментозное лечение по протоколу (внутривенное капельное введение 100 мл 0,5 %-го раствора метронидазола 3 раза в сутки и ципрофлоксацина по 400 мг один раз в сутки) в течение 7 дней. Всем пациенткам проводили утеротоническую терапию. Установлено, что включение овомина в комплексную терапию воспаления матк и способствует повышению её эффективности, что характеризуется нормализацией клинико-лабораторных параметров и снижением выраженности клинической симптоматики заболевания с 52,7 ± 10,05 до 10,3 ± 2,65 баллов (p = 0,029), что значимо отличалось от соответствующего значения после лечения в группе сравнения, составившего 19,0 баллов (p = 0,011). Эффект лечения на одну родильницу после комплексного лечения превысил в 1,25 раза эффективность общепринятой терапии (p = 0,012). Внутривенное капельное введение овомина по 1 мл раствора, содержащего 12000 АТЕ и разведенного в 250 мл физиологического раствора, 1 раз в сутки в течение 7 дней оказывает выраженное противовоспалительное и антилизосомальное воздействие, о чем свидетельствует прямая корреляционная зависимость между маточным тонусом (по размеру полости) и уровнем СРБ (r = 0,086, p = 0,0001), а также сывороточной экспрессией катепсина (r = 0,68, p = 0,021), что отражает высокую эффективность включения овомина в комплексное лечение пациенток с воспалительными заболеваниями матки.

***Ключевые слова**: овомин, воспаление, родильницы.*

I. A. Veres, Y. I. Stepanova, O. Y. Sereda

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE COMBINED INFLUENCE OF OVOMIN AND ANTIBACTERIAL THERAPY

Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel «Belarusian State Medical University», Republic of Belarus, Minsk

Sixty-nine postpartum women with postpartum uterine inflammation (mean age 25.8 ± 2.2 years) were examined in the postpartum department of the 3rd Minsk City Clinical Hospital named after E. V. Klumov. The control group consisted of 19 postpartum women with a normal postpartum period (mean age 24.4 ± 2.6 years).

The study group included 34 patients who received drug therapy according to the treatment protocol in combination with a course of ovomin (1 ml of a solution containing 12,000 ATE, diluted in 250 ml of saline), administered intravenously by drip once daily for 7 days. The comparison group consisted of 35 women in labor who received drug treatment according to the protocol (intravenous drip infusion of 100 ml of 0.5 % metronidazole solution 3 times a day and 2 g of ciprofloxacin 400 mg once a day) for 7 days. All patients underwent uterotonic therapy. It was found that the inclusion of ovomine in the complex therapy of uterine inflammation contributes to an increase in its effectiveness, which is characterized by the normalization of clinical and laboratory parameters and a decrease in the severity of clinical symptoms of the disease from 52.7 ± 10.05 to 10.3 ± 2.65 points (p = 0.029), which was significantly different from the corresponding value after treatment in the comparison group, which was

19.0 points (p = 0.011). The treatment effect per woman in labor after complex treatment was 1.25 times higher than the effectiveness of conventional therapy (p = 0.012). Intravenous drip administration of 1 ml of ovomin, a solution containing 12,000 ATE and diluted in 250 ml of saline, once daily for 7 days has a pronounced anti-inflammatory and anti-lysosomal effect, as evidenced by a direct correlation between uterine tone (based on cavity size) and CRP levels (r = 0.086, p = 0.0001), as well as serum cathepsin expression (r = 0.68, p = 0.021), reflecting the high effectiveness of ovomin in the complex treatment of patients with inflammatory uterine diseases.

***Key words**: ovomin, inflammation, women in labor.*

Актуальность проблемы, которой посвящена настоящая статья, обусловлена её высокой медико-социальной значимостью и практической направленностью. Воспалительные заболевания матки, наблюдающиеся в послеродовом периоде, способствуют формированию патологически расширенной внутриматочной полости с накоплением в ней кровянистого экссудата, который является благоприятной питательной средой для размножения микроорганизмов [2]. Длительно персистирующий воспалительный процесс, трудно поддающийся лечению, сопровождается торпидным течением, развитием интоксикации и анемии, что утяжеляет клиническое состояние пациентов и удлиняет сроки лечения. Персистенция воспалительного процесса в матке является причиной возникновения хронического эндометрита, а также обусловливает нарушение менструальной функции и развитие репродуктивной дисфункции, что приводит к вторичному бесплодию, неудачным попыткам экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона [6].

В классификациях ВОЗ и МКБ X пересмотра воспаление матки относят в рубрику N71. (Воспалительные болезни матки (кроме шейки)), куда входят эндометрит, метрит, миометрит, пиометра и абсцесс матки. Основными подкатегориями являются следующие: острый (N71.0) хронический (N71.1) и неуточненный (N71.9) воспалительный процесс.

Известно, что одним из основных патогенетических механизмов развития инфекционного воспалительного процесса является активация избыточного тканевого протеолиза, что сопровождается повышением ферментативной активности лизосомальных ферментов гранулоцитов и мононуклеарных фагоцитов в очаге воспаления и периферическом кровотоке, нарастанием синдрома интоксикации, деструктивно-некротическим и гнойно-септическим повреждением тканей эндомиометрия [8].

Следовательно, большой научно-практический интерес представляет собой изучение активности лизосомальных ферментов, а также поиск эффективных методов их медикаментозной инактивации в комплексе с антибактериальной санацией маточной полости для предупреждения деструктивно-некротического повреждения матки, его генерализации и хронизации.

Цель исследования – оценить сочетанное влияние овомина и антибактериальных препаратов в комплексной терапии воспаления матки с учетом уровня лизосомальных ферментов, ультразвуковых критериев и особенностей системного воспалительного ответа.

Материалы и методы

Исследование проведено в рамках научно-исследовательской работы «НИР «Разработать метод медицинской профилактики послеродовых воспалительных осложнений у родильниц с субинволюцией матки» ГПНИ «Трансляционная медицина» № госрегистрации 20250238 срок выполнения 2025–2027 гг.

Обследовано 69 родильниц с перенесенным воспалением в матке после родов (средний возраст 25,8 ± 2,2), которые находились в послеродовом отделении 3-й городской клинической больницы имени Е. В. Клумова г. Минска. У всех пациенток изучали анамнез жизни (перенесенные в прошлом соматические и гинекологические заболевания, особенности менструальной, половой и репродуктивной функции, осложнения беременности, родов и послеродового периода). На обследуемых заводили индивидуальную карту, в которой регистрировали данные анамнеза, объективного клинического обследования, результаты лабораторных и инструментальных исследований. На участие в исследовании у всех пациенток было получено информированное согласие. Контрольную группу составили 19 родильниц с физиологическим послеродовым периодом (средний возраст 24,4 ± 2,6).

Для исключения субъективного подхода в назначении лечения формирование групп исследования осуществляли рандомизированно методом конвертов с указанием алгоритма лечения, половина рекомендаций для основной группы, половина – для группы сравнения. Конверт выбирался случайно после осмотра пациентки.

В основную группу были включены 34 пациентки, которые получали медикаментозную терапию в соответствии с протоколом лечения в комплексе с курсом овомина по 1 мл раствора, содержащего 12 000 АТЕ, разведенного в 250 мл физиологического раствора, внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 7 дней. Группу сравнения составили 35 родильниц, получавших медикаментозное лечение по протоколу (внутривенное капельное введение 100 мл 0,5 %-го раствора метронидазола 3 раза в сутки и ципрофлоксацина по 400 мг внутривенно капельно один раз в сутки) в течение 7 дней. Всем пациенткам проводили утеротоническую терапию.

Для клинической оценки эффективности терапии использовали модифицированную балльную шкалу [7], содержащую 12 признаков заболевания, каждый из которых имел по 2–4 градации с количественной

оценкой от 0 до 6 баллов. Оценивали следующие признаки: жалобы, уровень лейкоцитов крови, СОЭ, результаты бимануального осмотра и бактериального посева из цервикального канала, ультразвуковые параметры. Величина балльного значения признака находилась в прямо пропорциональной зависимости от его клинической выраженности. У родильниц оценивали все признаки до начала и после терапии, которые отмечали в баллах. В итоге рассчитывали суммарные балльные значения признаков и проводили их межгрупповое сравнение. Также обобщение всех признаков в баллах позволяло получить наглядное представление о динамике количественной выраженности каждого признака в процессе лечения пациенток при внутригрупповом сравнении.

Методом твердофазного иммуноферментного анализа проводили детекцию в сыворотке крови родильниц ферментативной активности катепсина, эластазы и гемоксигеназы с помощью коммерческих наборов «BTlab» (Китай), экспрессию фактора некроза опухоли α (ФНО-α) – с помощью реагентов «Вектор-Бест» (РФ) до начала и на 7-е сутки терапии. Определение сывороточного содержания С-реактивного белка (СРБ) проводили с помощью тест-наборов «Cormay» (Польша) на биохимическом анализаторе FP-900 (Финляндия) спектрофотометрическим методом. Инструментальное обследование включало трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 12.6. Все непрерывные переменные, имеющие нормальное распределение, выражали как (M ± SD) и сравнивали с помощью *t*-критерия Стьюдента внутри группы. Межгрупповое сравнение проводили с помощью однофакторного дисперсионного анализа, различия считали достоверными при $p < 0,05$. Наличие связи двух случайных величин и оценка существенности этой связи определена с помощью корреляционного анализа Пирсона, где линейный коэффициент корреляции (r) принимает значения от –1 (обратная связь) до +1 (прямая функциональная связь), а при $r = 0$ связь отсутствует. Показателям тесноты связи можно дать качественную оценку в соответствии со шкалой Чеддока: коэффициент корреляции 0,1–0,3 – связь практически отсутствует, 0,3–0,5 – связь умеренная, 0,5–0,7 – связь заметная, 0,7–0,9 – связь высокая (сильная).

Результаты и обсуждение

При анализе медико-социальных характеристик пациенток двух групп не были выявлены статистически значимые различия по возрасту, особенностям менструальной функции, частоте соматической и гинекологической патологии. Установлено, что распространенность хронических очагов инфекции в сравниваемых группах составила 35,2 % случаев в основной и 34,3 % – в группе сравнения, анемии беременных – 26,4 и 28,6 % соответственно, частота гестоза средней и тяжелой степени составила соответственно 14,7 % и 14, 3 % ($p > 0,05$).

Выраженность в баллах всех проявлений воспаления матки у пациенток в двух группах до лечения была сопоставима и не имела значимых различий. У всех родильниц при поступлении в стационар отмечались жалобы на тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела свыше 37,4°, кровянистые выделения из половых путей в различной степени выраженности. Воспалительные изменения крови характеризовались лейкоцитозом свыше $11,0 \times 10^9$/л, повышением уровня палочкоядерных нейтрофилов свыше 8 % и СОЭ выше 35,0 мм/ч.

При вагинальном исследовании у всех родильниц определялась замедленная инволюция матки, ее болезненность при пальпации, раскрытие шейки матки, патологические кровянистые лохии, расширение внутриматочной полости по данным УЗИ ОМТ. Анемию легкой степени регистрировали в 25 случаях в основной группе и в 25 случаях – в группе сравнения ($p > 0,05$), средней степени – у 9 и 10 родильниц ($p > 0,05$) соответственно. Ультразвуковыми критериями воспалительного процесса в полости матки явились формирование патологически расширенной полости с наличием децидуальной ткани, оболочек, сгустков крови, а также повышенной эхогенности стенок полости матки и наличием жидкости в малом тазу. С целью удаления патологического субстрата из полости матки родильницам производили кюретаж.

Выявлено, что при физиологическом течении пуэрперия большинство выделенных микроорганизмов составили факультативно-анаэробные представители семейства *Enterobacteriaceae* – в 9 (47,4 %) и *Escherichia coli* – в 2 (10,5 %) случаях в незначительной степени обсемененности (до 10^4 КОЕ/мл), что было обусловлено физиологическим течением послеродового периода.

Анализ количественного состава микроорганизмов у пациенток групп исследования до лечения продемонстрировал у 43 (62,3 %) родильниц выраженный рост выделенной микрофлоры, для 26 (37,7 %) пациенток был характерен умеренный рост, что в целом сопровождалось удлинением пуэрперальных инволютивных процессов в матке. У родильниц этих групп был отмечен обильный рост *Escherichia coli* (>10^6 КОЕ/мл), что можно объяснить кишечным заносом из-за анатомической близости прямой кишки, а также *Enterococcus spp.* (10^6 КОЕ/мл).

В основной группе наибольший удельный вес составили следующие виды микроорганизмов: *Enterococcus faecalis* – у 5 (14,7 %) родильниц, *Enterococcus faecium* – у 6 (17,6 %), *Escherichia coli* – у 12 (35,3 %), *Staphylococcus epidermidis* – у 5 (14,7 %) женщин, *Streptococcus sp.* – у 2 (5,9 %). Очевидно, что в прогрессировании патологического процесса немаловажную роль сыграли не только оппортунистическая инфекция, но и патогенные штаммы, такие как *Staphylococcus aureus* – выявлен у 2 (5,9 %) пациенток, *Streptococcus agalactiae* – у 2 (5,9 %) лиц.

У родильниц группы сравнения было выявлено 8 видов микроорганизмов, среди которых наибольший удельный вес составили следующие: *Enterococcus faecalis* – у 5 (14,3 %) *и Staphylococcus aureus* – у 3 (8,5 %) пациенток, а также *Enterococcus faecium* – у 7 (20 %), *Escherichia coli* – у 12 (34,3 %) лиц, *Staphylococcus epidermidis* – у 7 (20 %) и *Klebsiella pneumonia* – у 1 (2,3 %) женщин.

Полученные нами результаты идентификации видового спектра возбудителей инфекционного процесса в матке согласуются с литературными данными. В настоящее время, по мнению М. Е. Шляпникова (2015), к основным возбудителям заболевания относятся *Escherichia coli* (35,1 %), *Staphylococcus spp.* (32 %), *Enterococcus spp.* (16,2 %) [9]. По данным И. А. Верес (2021) среди условно-патогенных возбудителей послеродового эндометрита, выделенных из полости матки, наиболее часто встречается *Escherichia coli* (69,5 %), среди патогенных – *Klebsiella pneumoniae* (19,4 %) и *Proteus mirabilis (13,9 %)* [2]. С этими возбудителями ассоциированы инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц, послеродовый сепсис и послеоперационный перитонит. Установлено, что более 50 % серотипов *Escherichia coli* резистенты к препаратам пенициллинового и цефалоспоринового ряда [6], которые широко используется при лечении беременных и родильниц, что затрудняет своевременное назначение эффективных этиотропных антибиотиков и часто сопровождается их неоднократной заменой.

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о необходимости проведения не только этиотропной антибактериальной и противовоспалительной терапии при воспалительных заболеваниях матки, но и назначения антилизосомальных препаратов для подавления протеазной активности в очаге воспаления, развитие которой доказано нами ранее в экспериментальном исследовании [3].

Проведено морфологическое исследование биоптатов эндометрия у 26 родильниц (13 в основной группе, 12 в группе сравнения), которые получали путем выскабливания полости матки с целью удаления патологического субстрата:

При гистологическом исследовании соскобов полости матки были обнаружены морфологические изменения в виде лейкоцитарной инфильтрации эндометрия – в 26 (100 %) случаев и децидуальной ткани – в 20 (77 %), а также признаки некроза и кровоизлияний – в 10 (38,5 %) (рис. 1). В толще измененного эндометрия, а также вокруг желез отмечалась диффузно-очаговая воспалительная инфильтрация, представленная сегментоядерными нейтрофилами, лимфоцитами, макрофагами. Эпителий некоторых маточных желез был разрушен, однако чаще наблюдалось уплотнение и отек железистого эпителия вследствие инфильтрации воспалительными клеточными элементами. Обнаружен выраженный отек и воспаление глубокого базального слоя эндометрия (рис. 2).

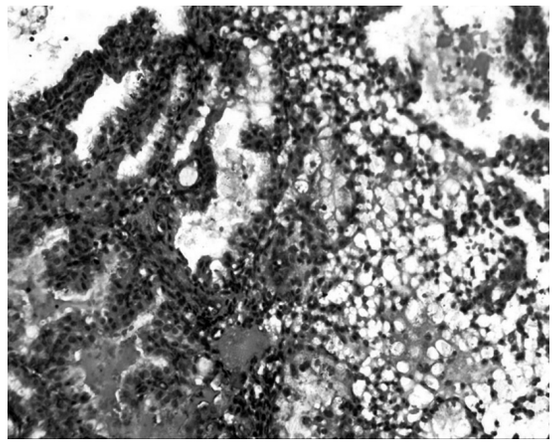


Рис. 1. Структурная организация соскоба эндометрия. Децидуально измененный эндометрий, маточные железы, окруженные очагами кровоизлияний (окраска гематоксилином и эозином, х200)

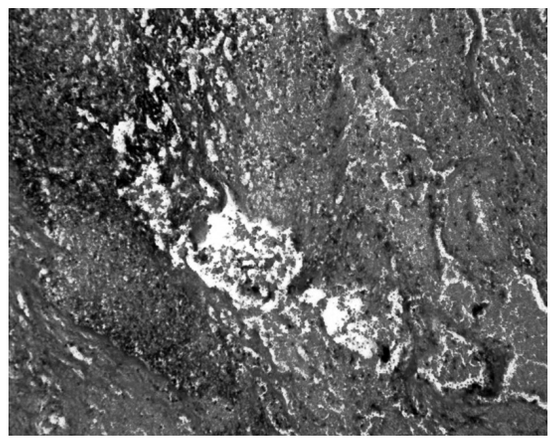


Рис. 2. Воспалительные инфильтраты с зонами распада в глубоких слоях эндометрия (окраска гематоксилином и эозином, х100)

В литературе активно обсуждается вопрос о роли морфологического исследования при диагностике эндометрита после родов [1, 4, 5, 9]. Группой белорусских ученых во главе с профессором Л. Ф. Можейко в 2012 установлено, что при послеродовом эндометрите у 84,6 % родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути, и у 67,6 % родильниц после кесарева сечения в воспалительный процесс вовлекается только эндометрий. Однако распространение воспаления на миометрий выявляется у каждой третьей родильницы после оперативного родоразрешения [5].

В диссертационной работе М. А. Куперта (2006) проведен корреляционный анализ между клиническими проявлениями послеродового эндометрита и морфологическими изменениями эндо- и миометрия [4]. Установлено, что степень тяжести воспаления зависит от локализации, распространенности и характера воспалительного процесса в матке. При тяжелом течении заболевания отмечается вовлечение

в воспалительный процесс не только эндометрия, но и миометрия.

Результаты оценки выраженности заболевания по балльной шкале у пациенток двух групп до и после лечения представлены в табл. 1. В основной группе на фоне комплексного лечения продемонстрировано снижение выраженности клинической симптоматики заболевания с 52,7 ± 10,05 до 10,3 ± 2,65 баллов (p = 0,029), что значимо отличалось от соответствующего значения после лечения в группе сравнения, составившего 19,0 баллов (p = 0,011). Кроме того, эффект лечения на одну родильницу после комплексного лечения превысил в 1,25 раза эффективность общепринятой терапии (p = 0,012).

Таблица 1. **Суммарное значение выраженности признаков воспаления матки в группах исследования до и после лечения в баллах**

Показатель	Группа основная, n = 34		Группа сравнения, n = 35	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Суммарный балл на всех родильниц в группе	1791	351*,**	1854	666 *
Средний балл на 1 родильницу в группе	52,7	10,3*,**	53,0	19,0*
Эффект лечения на 1 родильницу по среднему баллу	42,4 **		34	

Примечание. *p – статистически значимая разница между данными пациентов в группе до и после лечения;**p – статистически значимая разница между данными основной группы и группы сравнения.

Ультразвуковыми критериями воспаления матки явились увеличение переднезаднего размера матки и ее объема по сравнению с физиологическими показателями, наличие жидкости в малом тазу, а также формирование патологически расширенной полости с наличием децидуальной ткани, оболочек, сгустков крови, что представлено на рис. 3 и 4.



Рис. 3. Ультразвуковая картина воспаления матки (с расширением полости до 25,2 мм) на 3-е сутки после родов



Рис. 4. Ультразвуковая картина воспаления матки (с расширением полости до 22,4 мм) на 5-е сутки после родов

В табл. 2 представлена динамика размеров полости матки по данным УЗИ у родильниц с воспалением матки в сравниваемых группах под влиянием проведенного лечения.

Таблица 2. **Размеры полости матки у родильниц всех групп исследования в динамике лечения, (Mean ± Sd)**

Группы	Контрольная группа (n = 19)	Основная группа (n = 34)		Группа сравнения (n = 35)	
	3–7-е сутки после родов	3-е сутки после родов	6-е сутки терапии	3-е сутки после родов	6-е сутки терапии
Размер полости матки, мм	6,1 ± 0,4	24,3 ± 0,4 p = 0,002 p_1 – НЗ	9,6 ± 0,3 p – НЗ p_1 = 0,022 p_2 = 0,032	25,4 ± 0,6 p = 0,003	14,4 ± 0,7 p = 0,034 p_2 = 0,032

Примечание: p – статистически значимая разница между данными основной/сравниваемой групп и контрольной группы; p_1 – статистически значимая разница между данными основной группы и группы сравнения в соответствующие сроки наблюдения; p_2 – статистически значимая разница между данными основной группы/группы сравнения на 3-е и 6-е сутки наблюдения; *НЗ* – различия между группами статистически незначимы

На 6-е сутки комплексного лечения, включающего овомин, в основной группе наблюдалась нормализация размеров полости матки и достоверное их уменьшение в 2,5 раза в сравнении с исходными значениями (24,3 ± 0,4 и 9,6 ± 0,3 мм соответственно; p_2 = 0,032), так и с данными в группе сравнения (9,6 ± 0,3 и 14,4 ± 0,7 мм соответственно; p_1 = 0,022). У пациенток, получавших только унифицированную терапию, размеры полости матки снизились по сравнению с исходной величиной в 1,6 раза (p_2 = 0,032), однако их уровень значимо превышал таковой в контрольной группе, что отражало сохранение симптомов гипотонии матки, несмотря на лечение.

Для установления характера зависимости между размером полости матки и биохимическими показателями, характеризующими активность воспалительных и протеолитических процессов, у обследуемых пациенток двух групп проводили корреляционный анализ, результаты которого отражены на рис. 5–8.

Следует отметить, что исходно до лечения взаимосвязь между уровнями СРБ и катепсина характеризовалась сильной и прямой зависимостью у всех пациенток (рис. 5, 6), что отражает ведущую роль снижения мышечного тонуса матки в развитии ее воспалительного поражения.

После комплексного антилизосомального и противовоспалительного лечения в основной группе наблюдалось сохранение прямой ассоциативной взаимосвязи между маточным тонусом (размер полости) и сывороточной экспрессией катепсина и СРБ (рис. 7): r = 0,68 (p = 0,021) и r = 0,87 (p = 0,000) соответственно, что свидетельствует об эффективности проводимых терапевтических мероприятий и снижении активности лизосомального аппарата эндомиометрия.

Следовательно, в основной группе продемонстрирована стабилизация протеолитического статуса за счет мембраностабилизирующего эффекта проводимого лечения, включающего овомин, что способствовало ограничению зоны воспалительной альтерации эндомиометрия.

Напротив, в группе сравнения ассоциативная взаимосвязь между уровнем катепсина и размером матки отсутствовала (r = –0,13, p = 0,043), что свидетельствует о недостаточной эффективности проведенного лечения и сохранении локальной лизосомальной

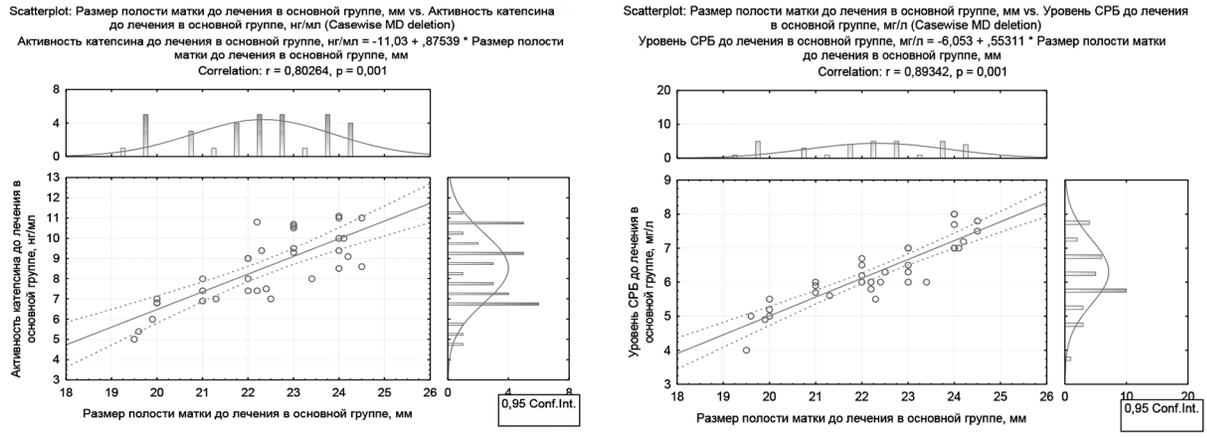


Рис. 5. Корреляционные взаимосвязи между размером полости матки и уровнями катепсина и СРБ у пациенток основной группы до лечения

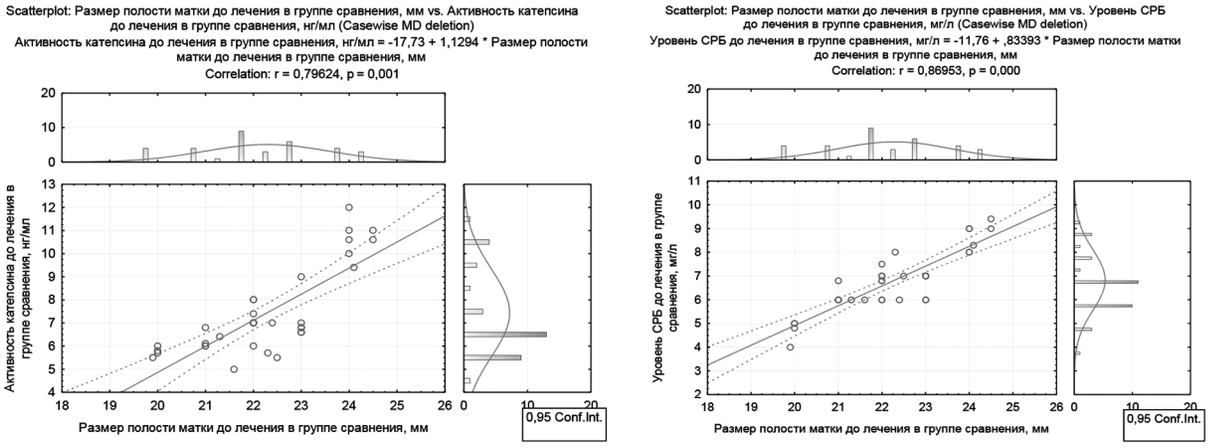


Рис. 6. Корреляционные взаимосвязи между размером полости матки и уровнями катепсина и СРБ у пациенток группы сравнения до лечения

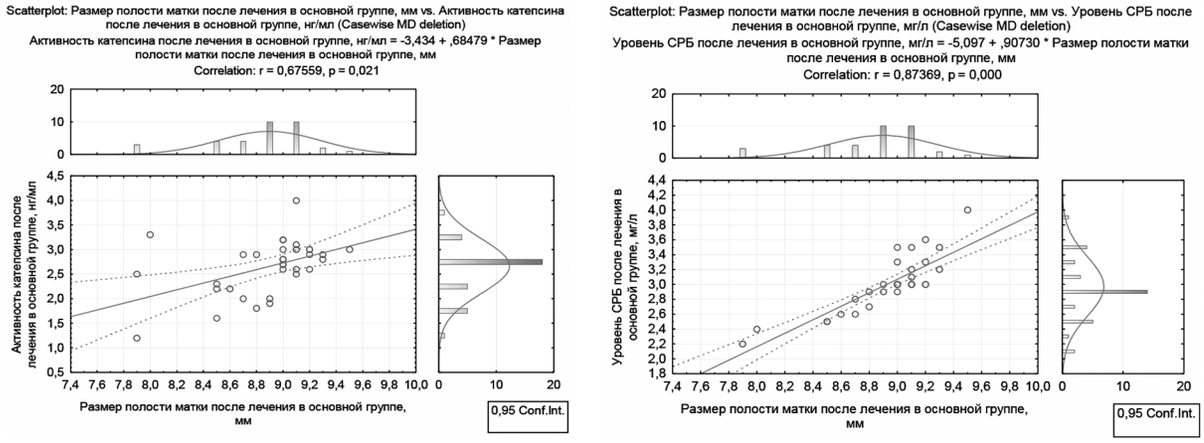


Рис. 7. Корреляционные взаимосвязи между размером полости матки и уровнями катепсина и СРБ у пациенток основной группы после лечения

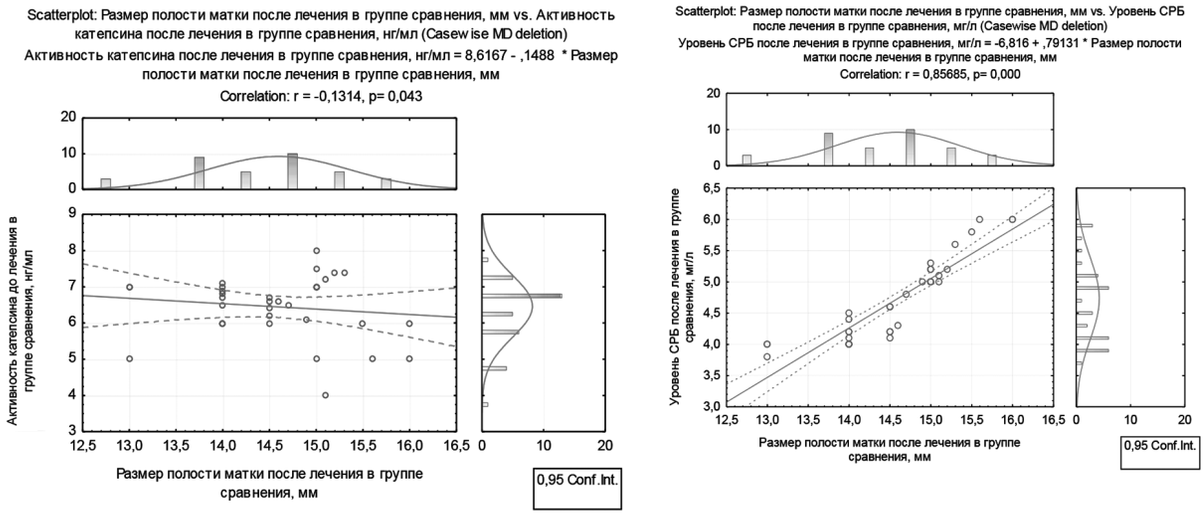


Рис. 8. Корреляционные взаимосвязи между размером полости матки и уровнями катепсина и СРБ у пациенток группы сравнения после лечения

активности в эндомиометрии пациенток (рис. 8). При этом экспрессия СРБ находилась в выраженной прямой зависимости от тонуса матки, что представлено на рисунке 8 (r = 0,086, p = 0,0001).

Критериями эффективности комплексной терапии явилось достоверное снижение частоты рецидива заболевания до 2 (5,7 %) случаев в группе сравнения родильниц (z = 2,01; 94,3 % ДИ, p < 0,001) против родильниц основной группы. На 15-е сутки после родов у 2 (5,7 %) родильниц группы сравнения был диагностирован послеродовой эндометрит с наличием патологически расширенной полости и гноевидных выделений из половых путей на фоне воспалительных изменений крови, повышения температуры тела до 38°.

Данные бимануального исследования у этих пациенток характеризовались пастозностью, болезненностью матки при пальпации, размягчением стенок, наличием кровянистых выделений из половых путей, проходимость цервикального канала более 4-х см, что было связано с формированием застойно-воспалительных процессов в полости матки вследствие ее гипотонии. Результаты УЗИ подтверждали данные воспаления матки и лохиометры (патологическое расширение полости до 27,2 ± 0,6 мм с наличием неоднородных включений по сравнению с 0,70,02 мм в контрольной группе). Данные общего анализа крови свидетельствовали о наличии острой стадии воспалительного процесса (лейкоцитоз более 20х10^9/л, количество палочкоядерных нейтрофилов более 8 %, ускорение СОЭ более 45 мм/час). Родильницам выполняли выскабливание стенок матки на фоне терапии левофлоксацином по 500 мг внутривенно капельно через 24 часа в течение 7 дней.

Таким образом, нами патогенетически обоснована целесообразность использования овомина в комплексном лечении воспаления матки, сопровождающегося застойными явлениями в полости матки. Продемонстрировано позитивное влияние комплексной терапии на ликвидацию воспалительного процесса в эндомиометрии пациенток основной группы.

Выводы

1. Включение овомина в комплексную терапию воспаления матки способствует повышению её эффективности, что характеризуется нормализацией клинико-лабораторных параметров и снижением выраженности клинической симптоматики заболевания с 52,7 ± 10,05 до 10,3 ± 2,65 баллов (p = 0,029), что значимо отличалось от соответствующего значения после лечения в группе сравнения, составившего 19,0 баллов (p = 0,011). Эффект лечения на одну родильницу после комплексного лечения превысил в 1,25 раза эффективность общепринятой терапии (p = 0,012).

2. Внутривенное капельное введение овомина по 1 мл раствора, содержащего 12000 АТЕ и разведенного в 250 мл физиологического раствора, 1 раз в сутки в течение 7 дней оказывает выраженное противовоспалительное и антилизосомальное воздействие, о чем свидетельствует прямая корреляционная зависимость между маточным тонусом (по размеру полости) и уровнем СРБ (r = 0,086, p = 0,0001), а также сывороточной экспрессией катепсина (r = 0,68, p = 0,021), что отражает высокую эффективность включения овомина в комплексное лечение пациенток с воспалительными заболеваниями матки.

Литература

1. *Акушерство.* Национальное руководство. Под ред. Савельевой Г. М., Сухих Г. Т., Серова В. Н., Радзинского В. Е. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.

2. *Верес, И. А.* Характеристика микробиоценоза при инфекционном и гипотоническом вариантах послеродового эндометрита / И. А. Верес // Мед. журн. – 2021. – № 4. – С. 5–11.

3. *Верес, И. А.* Экспериментальное обоснование нового метода лечения воспаления матки / И. А. Верес [и др.] // Медицинский журнал. – 2026. – № 1. – С. 38–45.

4. *Куперт, М. А.* Клинико-морфологические параллели при эндометритах после родов / М. А. Куперт, Ю. В. Солодун, А. Ф. Куперт // Бюл. Вост.-Сиб. науч. центра СО РАМН. – 2004. – Т. 1, № 2. – С. 167–169.

5. *Можейко, Л. Ф.* Послеродовой эндометрит – современный взгляд на проблему / Л. Ф. Можейко, М. С. Вербицкая // Инфекции в акушерстве и гинекологии: междунар. конф., Витебск, 21–22 окт. 2009 г. – [Опубл. в журн.] Охрана материнства и детства. – 2009. – № 2. – С. 105–106.

6. *Радзинский, В. Е.* Хронический эндометрит: современные аспекты / В. Е.Радзинский, Ю. А.Петров, М. Л. Полина // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. 24(5). С. 69–74.

7. *Способ* количественной оценки выраженности послеродового эндометрита: пат. BY 20970 / И. А. Верес. – Опубл. 30.04.2017.

8. *Чикин, В. Г.* Активность лизосомальных ферментов при неосложненном послеродовом периоде и эндометрите / В. Г. Чикин, А. А. Ерохина, В. В. Пчелинцев // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова, – 2014. – Том 22, № 2. – С. 31–35.

9. *Шляпников, М. Е.* Комплексная терапия послеродового эндомиометрита / М. Е. Шляпников [и др.] // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3, № 6. – С. 38–43.

References

1. *Akusherstvo.* Nacional'noe rukovodstvo. Pod red. Savel'evoj G. M., Suhih G. T., Serova V. N., Radzinskogo V. E. 2-e izd., pererab. i dop. M.: GEOTAR-Media; 2019.

2. *Veres, I. A.* Harakteristika mikrobiocenoza pri infekcionnom i gipotonicheskom variantah poslerodovogo endometrita / I. A. Veres // Med. zhurn. – 2021. – № 4. – S. 5–11.

3. *Veres, I. A.* Eksperimental'noe obosnovanie novogo metoda lecheniya vospaleniya matki / I. A. Veres [i dr.] // Medicinskij zhurnal. – 2026. – № 1. – S. 38–45.

4. *Kupert, M. A.* Kliniko-morfologicheskie paralleli pri endometritah posle rodov / M. A. Kupert, Yu. V. Solodun, A. F. Kupert // Byul. Vost.-Sib. nauch. centra SO RAMN. – 2004. – T. 1, № 2. – S. 167–169.

5. *Mozhejko, L. F.* Poslerodovoj endometrit – sovremennyj vzglyad na problemu / L. F. Mozhejko, M. S. Verbickaya // Infekcii v akusherstve i ginekologii : mezhdunar. konf., Vitebsk, 21–22 okt. 2009 g. – [Opubl. v zhurn.] Ohrana materinstva i detstva. – 2009. – № 2. – S. 105–106.

6. *Radzinskij, V. E.* Hronicheskij endometrit: sovremennye aspekty / V. E. Radzinskij, Yu. A. Petrov, M. L. Polina // Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik. 2017. 24(5). S. 69–74.

7. *Sposob* kolichestvennoj ocenki vyrazhennosti poslerodovogo endometrita: pat. BY 20970 / I. A. Veres. – Opubl. 30.04.2017.

8. *Chikin, V. G.* Aktivnost' lizosomal'nyh fermentov pri neoslozhnennom poslerodovom periode i endometrite / V. G.Chikin, A. A. Erohina, V. V. Pchelincev // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I. P. Pavlova, – 2014. – Tom 22, № 2. – S. 31–35.

9. *Shlyapnikov, M. E.* Kompleksnaya terapiya poslerodovogo endomiometrita / M. E. SHlyapnikov [i dr.] // Vopr. ginekologii, akusherstva i perinatologii. – 2004. – T. 3, № 6. – S. 38–43.

Поступила 01.09.2026 г.