

УДК 618.14-002-07-08(035.3)

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА****Петров Ю.А.***ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону,
e-mail: nastya141191@mail.ru*

Получены новые данные об адаптационных реакциях женского организма до и после лечения при различных вариантах хронического эндометрита. Доказано, что при гипопластическом варианте хронического эндометрита имеет место наибольшая частота дезадаптации. Показана высокая эффективность электроимпульсной терапии с помощью аппарата СКЭНАР в комплексном лечении различных патогенетических вариантов хронического эндометрита за счет нормализации параметров иммунореактивности. Установлено, что СКЭНАР-терапия способствует более значительному снижению неблагоприятных адаптационных реакций по сравнению с традиционным лечением хронического эндометрита.

Ключевые слова: хронический эндометрит, гистероскопические макротипы, СКЭНАР-терапия, адаптационные реакции, иммунореактивность

MODERN ASPECTS OF TREATMENT CHRONIC ENDOMETRITIS**Petrov Y.A.***Rostov state medical university, Rostov-on-Don, e-mail: nastya141191@mail.ru*

New data about adaptation reactions of a female organism before and after treatment at various pathogenetic types of the chronic endometritis is obtained. It is proved that in chronic endometritis disadaptation can be seen most frequently at the hypoplastic macrotypes. It is demonstrated high effective electric impulse therapy with using SCENAR apparatus in complex therapy by various pathogenetic types of the chronic endometritis at the expense of normalization of parameters of an immunoreactivity. It is established that SCENAR therapy promotes more considerable decrease in adverse adaptation reactions in comparison with traditional treatment of the chronic endometritis.

Keywords: chronic endometritis, hysteroscopic macrotypes, adaptation reactions, an immunoreactivity

Хронический эндометрит (ХЭ), несмотря на ряд исследований и сведения о его большой распространенности (до 60–65%), продолжает интересовать умы отечественных и зарубежных гинекологов [9, 10]. Заключение секции FIGO (Барселона, 2007), обязующее считать ХЭ причиной неразвивающейся беременности, обусловило новый всплеск интереса к проблеме хронического воспалительного процесса в матке, сделав первостепенным вопрос «кого» и «как лечить».

В несостоятельности традиционно практикуемых схем лечения ХЭ убеждает фундаментальный анализ присущих воспаленному эндометрию характеристик уже на рецепторном уровне: контрагументом пресловутому дефициту прогестерона как основной причины невынашивания выступает хронический аутоиммунный эндометрит [8]. Потребность совершенствования существующих лечебных алгоритмов ХЭ также порождена противоречивостью результатов ультразвуковых, эндоскопических и патоморфологических методов обследования, определяемых патогенетическими вариантами ХЭ, следовательно – и различными подходами [5, 6, 7].

Отдавая приоритет эмпирической антибактериальной терапии, ряд исследователей оправдывают ее назначение даже при стерильных посевах эндометрия и отдельных клинических проявлениях заболевания [4].

Вместе с тем бессистемная терапия предопределяет стертое, бессимптомное и затяжное течение эндометрита [4].

Вариабельность иммунологических расстройств определяется патогенетическими вариантами ХЭ. С этих позиций объяснима целесообразность коррекции иммунологической недостаточности, дискутируется включение в схему лечения хронических воспалительных заболеваний гениталий новых высокоэффективных технологий – разрешенной к применению в России и за рубежом СКЭНАР-терапии. Иммуномодулирующая и противовоспалительная направленность электроимпульсной терапии доказывается отдельными исследованиями: в раннем послеоперационном периоде – после хирургического лечения тубо-перитонеального бесплодия [3], при невынашивании инфекционного генеза – на фоне снижения уровня провоспалительных цитокинов урежались эпизоды развития и степени тяжести воспалительных процессов в последе [1].

Принцип действия СКЭНАРа (самоконтролируемого энергонеадаптивного регулятора) – воздействие на кожу низкочастотных электрических импульсов, инициирующее восстановление утраченных функций не за счет подавления защитно-приспособительных механизмов (вследствие чего возникают еще более тяжкие заболевания), а гармонизации собственных резервов организма [3].

Цель исследования – основываясь на данных литературы о положительном влиянии на организм электроимпульсной терапии, представляется целесообразным изучение эффективности сочетанного действия патогенетической реабилитационной терапии, включая СКЭНАР, на гематологические и иммунологические показатели при лечении ХЭ.

Материал и методы исследования

В проспективно исследуемой группе женщин (390 человек) с ранними репродуктивными потерями, (неразвивающейся беременностью (НБ), самопроизвольным выкидышем (СВ), искусственным абортom (АА), неудачами ЭКО, у 345 из них верифицирован ХЭ) комплексная реабилитационная терапия с учетом патогенетического варианта ХЭ и СКЭНАР-терапией выполнена 269 пациенткам (68,9%), без электроимпульсного лечения – 67 (17,2%). От предложенных реабилитационных мероприятий отказались 54 пациентки (13,9%), причем необходимо указать, что 34 из них – с гистологически верифицированным ХЭ. Критерии включения в исследование: наличие в анамнезе ранних репродуктивных потерь сроком до 6 месяцев после внутриматочного вмешательства.

До начала курса СКЭНАР-терапии и по его завершении в мазке периферической крови подсчитывалась лейкоцитарная формула. Согласно работам Г. Селье, стресс – неспецифическая основа развития патологических состояний – характеризуется лейкоцитозом, анэозинофилией, лимфопенией и нейтрофилезом. В соответствии с представлениями Л.Х. Гаркави и соавт. [2], в зависимости от меры, количества раздражителя, с одной стороны, и индивидуальных особенностей организма – с другой, могут развиваться качественно различные реакции: тренировка, спокойная и повышенная активация, переактивация, стресс. Все они характеризуются соответствующими показателями, прежде всего, лейкоцитарной формулы.

Оптимальным для организма являются состояния тренировки и спокойной или повышенной активации, при которых повышается уровень неспецифической резистентности организма, позволяющей ему справляться с возникшими проблемами.

Для лечения использовалась одна из самых лучших и современных моделей, разработанная создателем СКЭНАРов А.А. Карасевым, VX 735 v 5Ag. Обработке подвергались зоны общего действия (позвоночник по ходу остистых отростков и две паравертебральные линии на расстоянии ширины электрода от позвоночника; шесть точек – места выхода тройничного нерва на лице, по три с каждой стороны; шейно-воротниковая зона) и местные области (крестцово-поясничная, надлобковая, печени, надпочечников и др.). Лечение проводилось в постоянном и индивидуально-дозированном режимах с учетом признаков малой асимметрии. Процедуры в количестве 8–10 выполнялись ежедневно, продолжительностью 20–40 минут каждая.

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.0. и программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ адаптационных реакций в зависимости от наличия и характера реабилитационных мероприятий показал, что до лечения при различных гистероскопиче-

ских макротипах ХЭ одинаково часто преобладала реакция тренировки (РТ): 61,3% при смешанном, 65,8% – при гипопластическом, 63,2% – при гиперпластическом.

С целью устранения аутоиммунной агрессии наряду со СКЭНАР-терапией использовали средства, составляющие основу комплексной противовоспалительной терапии (гоновакцина, «пирогенал», УФ- или лазерное облучение аутокрови, ГБО), с противовоспалительным действием, осуществляли эрадикацию микробного возбудителя при его выявлении, на втором этапе – в зависимости от патогенетического варианта ХЭ – ЗГТ, ФЭ, дюфастон.

Эффективность комплексной реабилитации в сочетании со СКЭНАРом подтверждают результаты, отличные от показателей в когортах, лечебно-оздоровительный курс которых не включал физиотерапевтический фактор и в отсутствие самих мероприятий. Регистрация реакции спокойной активации (РСА) спустя неделю возросла в сравнении с исходными значениями при всех макротипах ХЭ, однако в наименьшей степени – при гипопластическом варианте (7,5 и 15,6%, соответственно) ($p < 0,05$). Сокращение реакции тренировки (РТ) оказалось наиболее выраженным при смешанном (с 61,3 до 28,8%) и гипопластическом макротипах ХЭ (с 65,8 до 38,5%) ($p < 0,05$).

Отличительной адаптивной особенностью при гипопластическом варианте ХЭ выступал значительный – практически в четыре раза прирост эпизодов реакции повышенной активации (РПА) (с 8,3 до 31,3%) ($p < 0,05$). Встречаемость реакции хронического стресса (РХС) сократилась, однако в наибольшей степени – при гипопластическом (с 18,3 до 9,4%) ($p < 0,05$) и гиперпластическом макротипах ХЭ (с 11,4 до 4,9%) ($p < 0,05$).

В отсутствие комплексной реабилитации (без СКЭНАР-терапии) наименьшая частота встречаемости РТ констатирована при смешанном макротипе ХЭ (23,1%) ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция при данном варианте ХЭ отмечена в отношении РСА (19,2%) ($p < 0,05$), тогда как при гипопластическом макротипе показатели оказались сопоставимы (15,6 и 13,3%), независимо от объема реабилитационных мероприятий. Примечателен рост РПА – практически в три раза (38,5%) в сравнении со значением при восстановительном курсе, предусматривающем физиотерапевтическое воздействие (13,7%) ($p < 0,05$). «Избирательная» восстановительная терапия определяла возрастание РХС – при гиперпластическом макротипе ХЭ практически в два раза в сравнении с показателем в когорте, курс которых предусматривал СКЭНАР-терапию ($p > 0,05$). Представительниц с гипопластическим вариантом ХЭ отличал значительный при-

рост реакции острого стресса (РОС) (с 5,2 до 20%) ($p < 0,05$), прогнозируемый на фоне низких значений РСА, РПА, РХС. При смешанном макротипе ХЭ частота эпизодов РОС оказалась сопоставимой (6,8 и 7,7% соответственно), независимо от включения в реабилитационный курс СКЭНАР-терапии. Отсутствие реабилитационных мер минимизировало регистрацию РСА в когортах, преобладала РХС – в наибольшей степени – при гипопластическом макротипе ХЭ (55,6%), при смешанном и гиперпластическом – в среднем составила 40,1%.

Спектр реакций, оцениваемых в исследуемых когортах по истечении месяца после первоначального анализа, показал доминанту благоприятного адаптивного ответа после комплекса реабилитации в совокупности со СКЭНАР-терапией: частота РСА возросла практически в полтора раза при смешанном макротипе ХЭ (64,4%) ($p < 0,05$), в два – при гиперпластическом (62,2%) ($p < 0,05$). Наименьший прирост эпизодов РСА отмечен при гипопластическом варианте ХЭ (с 15,6 до 52,1%) ($p < 0,05$). Сократилась регистрация РТ – в полтора раза – при гипо- и гиперпластическом вариантах ХЭ (27,1 и 26,8%, соответственно) ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция отмечена в отношении частоты эпизодов РПА, за исключение гипопластического варианта, при котором подобная реакция отмечена у каждой пятой (19,8%) пациентки. Эпизоды РХС в когортах пациенток, чей реабилитационный курс включал СКЭНАР-терапию, оказались единичны.

Вне физиотерапевтического воздействия следует констатировать тенденцию к повышению встречаемости при всех макротипах ХЭ РТ, в сравнении с исходными показателями некоторый прирост по истечении месяца отмечен только для смешанного варианта (23,1 и 38,5%).

Примечательно, что частота РПА оказалась сопоставима при всех вариантах ХЭ, месячный интервал способствовал возрастанию эпизодов таковой при гипо- и гиперпластическом макротипах (26,7 и 21,1% соответственно). РСА оказалась присуща когорте с неполной реабилитационной терапией в значительно меньшей степени, чем при включении в комплекс мероприятий СКЭНАР-терапии. Снижение данного показателя отмечено только при гиперпластическом макротипе ХЭ (с 26,3 до 21,1%), при гипопластическом и смешанном вариантах таковой остался неизменным. Констатация учащения эпизодов РХС по истечении месяца после неполного курса реабилитационной терапии (при смешанном макротипе – в два раза, 19,2%) убеждает в необоснованности подобного «избирательного» подхода.

Отсутствие реабилитационных мероприятий продемонстрировало усугубление

имеющихся репродуктивных расстройств в динамике – возросла встречаемость РХС, в наибольшей степени – при гипопластическом варианте (с 55,6 до 66,7%). Количество эпизодов РПА сократилось в два раза при смешанном макротипе ХЭ (с 16,75 до 8,3%), при гиперпластическом – осталось без динамики (7,7%). Показатели РСА остались неизменны при всех вариантах ХЭ, в отношении РТ контраст оказался разительным: частота таковой сократилась при гиперпластическом (с 46,2 до 38,5%) и гипопластическом (с 33,3 до 22,2%).

Выводы

Адекватная реабилитационная терапия для патогенетических вариантов ХЭ в когортах с ранними репродуктивными потерями в совокупности с электроимпульсной терапией высокоамплитудными коротковолновыми низкочастотными электрическими сигналами определяла максимальное восстановление измененной иммунореактивности, соответствующее благоприятным адапционным реакциям организма.

Список литературы

1. Боровкова Л.В., Артифксова А.А., Колобова С.О. Влияние СКЭНАР-терапии на течение беременности, родов, состояние новорожденного и ребенка первого года жизни у женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 53–57.
2. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – 3-е изд., доп. – Ростов н/Д.: Изд-во Рос. ун-та, 1990. – 223 с.
3. Холмогорова И.Е. Применение импульсной электро-терапии в раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
4. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит. В книге «Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению» / под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2005. – С. 404–410.
5. Boudhraa K., Jellouli M.A., Kassaoui O. et al. Role of the hysteroscopy and laparoscopy in management of the female infertility: about 200 cases // Tunis Med. – 2009. – Vol. 87, №1. – P. 55–60.
6. Caserta L., Labriola D., Torella M. et al. The use of transvaginal ultrasound following voluntary interruption of pregnancy to reduce complications due to incomplete curettage // Minerva Ginecol. – 2008. – Vol. 60, №1. – P. 7–13.
7. Cicinelli E., Tinelli R., Colafiglio G. et al. Reliability of narrow-band imaging (NBI) hysteroscopy: A comparative study // Fertil. Steril. – 2008. – Vol. 90, №4. – P. 1191–6.
8. Giordano G. Value of immunohistochemistry in uterine pathology: common and rare diagnostic dilemmas // Pathol. Res. Pract. – 2009. – Vol. 205, №10. – P. 663–76.
9. Johnston-MacAnanny E.B., Hartnett J. et al. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization // Fertil. Steril. – 2010. – Vol. 93, №2. – P. 437–441.
10. Kitaya K. Prevalence of chronic endometritis in recurrent miscarriages // Fertil. Steril. – 2011. – Vol. 95, №3. – P. 1156–1158.

Рецензенты:

Авруцкая В.В., д.м.н., зав. поликлиническим отделением, в.н.с. ФГУ «РНИИАП» Минздравсоцразвития, г. Ростов-на-Дону;

Линде В.А., д.м.н., профессор, директор ФГУ «РНИИАП», г. Ростов-на-Дону.

Работа поступила в редакцию 20.11.2011.