

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Ю.А. ТАНГИРОВА, Г.Н. ИНДИАМИНОВА, Н.И. ЗАКИРОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СУРУНКАЛИ ЭНДОМЕТРИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Ю.А. ТАНГИРОВА, Г.Н. ИНДИАМИНОВА, Н.И. ЗАКИРОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

MODERN METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS

Y.A. TANGIROVA, G.N. INDIAMINOVA, N.I. ZAKIROVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Несмотря на значительное развитие фармако-терапии, лечение хронического эндометрита в настоящее время представляет значительные трудности для клиницистов. Сложности ведения этих больных связаны с преобладанием стертых форм заболевания и отсутствием специфических клинических симптомов; со сложностями идентификации микробных агентов в эндометрии, особенно при вирусной инвазии, что приводит к проблеме выбора этиотропных препаратов при длительности заболевания более 2-х лет ; с отсутствием точных представлений о восстановлении рецептивности эндометрия на основании динамики клинических проявлений заболевания и неинвазивных методов исследования.

В научной литературе имеется много разногласий по поводу принципов терапии хронического эндометрита. Некоторые авторы считают, что в подавляющем большинстве случаев в патогенезе заболевания микробный фактор не имеет существенной роли, поэтому при отсутствии признаков обострения воспалительного процесса не считают целесообразным применять антибактериальные препараты. Основу терапии по их мнению должна составлять дифференцированная физиотерапия и циклическая гормональная терапия (1,2).

Важно отметить, что почти все указанные работы датированы последними десятилетиями прошлого века, с тех пор развитие диагностических возможностей в значительной мере изменило наши представления об этиологии и патогенезе этого заболевания. Другие авторы придерживаются диаметрально противоположенного мнения и считают, что результаты неточных микробиологических исследований в большей степени вводят в заблуждение клиницистов и не способствуют эффективному лечению, а в реальности антимикробная терапия ВЗОМТ всегда является эмпирической (3,4).

L.Eckert (9,10) доказал, что эмпирическая антимикробная терапия у пациенток с клиническими симптомами ВЗОМТ приводит к достоверному уменьшению частоты ациклических маточных кровотечений (с 60% до 29%), гнойного цервицита (с 20% до 6%), болезненности матки (с 20% до 6%), развития хронического эндометрита (с 38% до 4%) и оправдана во всех случаях субклинического течения заболевания.

Ряд авторов занимают некую срединную позицию и считают, что антибактериальная терапия при хроническом эндометрите должна быть этиотропной и основываться строго на результатах микробиологи-

ческого исследования. А при обнаружении стерильных посевов из эндометрия и цервикального канала женщины с хроническим эндометритом предложено направить лечение на нормализацию локального и общего иммунитета, предполагая наличие вирусной инвазии (5,6).

По современным представлениям комплексная терапия хронического эндометрита должна быть этиологически и патогенетически обоснованной, поэтапной и базироваться на результатах максимально тщательного обследования (8). При стерильных посевах эндометрия или невозможности проведения микробиологического исследования у пациенток с признаками хронического эндометрита всегда оправдано проведение эмпирической терапии препаратами широкого антибактериального и противовирусного действия. При патологии репродуктивной функции морфологическая «гипердиагностика» эндометрита оправдана, т.е. сомнительные случаи лучше трактовать как эндометрит, чем упустить возможность своевременного лечения, при этом всегда необходима взвешенная и обоснованная антимикробная терапия. Неадекватная и отсроченная терапия может привести к формированию клинически стертых форм эндометрита со сменой ведущего микробного агента, значительным распространением воспалительного процесса и глубоким повреждением эндометрия, что в дальнейшем будет представлять сложности восстановления репродуктивной функции.

Достаточно широким в настоящее время остается спектр антимикробных препаратов. В ряде исследований показана высокая клиническая эффективность применения при ВЗОМТ офлоксацина по 400 мг 2 раза в день в течение 5 дней (11,12).

Согласно Европейскому руководству по воспалительным заболеваниям органов малого таза, основными схемами лечения ВЗОМТ в амбулаторных условиях являются:

1. Офлоксацин по 400 мг перорально 2 раза в день плюс метронидазол по 500 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней

2. Цефтриаксон по 250 мг внутримышечно однократно или цефокситин по 2 г внутримышечно однократно, затем доксициклин по 100 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней

Некоторые авторы (15,16) считают необходимым при лечении ВЗОМТ назначать препараты на основе амоксициллина/клавулановой кислоты – амоксиклав.

В литературе обсуждается вопрос о путях введения лекарственных препаратов непосредственно в полость матки (13,14). Согласно международным протоколам лечения ВЗОМТ, классические парентеральные и пероральные пути введения антибактериальных препаратов обеспечивают их достаточную концентрацию в очаге воспаления.

По данным исследования PEACH, при сравнительной оценке эффективности амбулаторного и стационарного вариантов лечения женщин с субклиническими (mild-to-moderate) формами ВЗОМТ (n = 831) в зависимости от возраста, расы и клинических проявлений не выявлено отличий ближайших и отдаленных (84 месяца) результатов реализации репродуктивной функции (7). Следует заметить, что не существует единого мнения по поводу показаний к проведению антибактериальной терапии при хроническом эндометрите. Так, по мнению В.П. Сметник и соавт., антибиотики могут быть использованы при появлении признаков обострения эндометрита, а назначение их в период ремиссии необосновано (17,18).

Напротив, по мнению J. Ross, до тех пор пока клиническая диагностика ВЗОМТ остается неточной, акцент следует сместить на скрининговые программы и быстрое эмпирическое использование эффективных антибиотиков для контроля за заболеванием (24).

А.В.Шуршалина и соавт. (17) предложили алгоритм комплексной поэтапной патогенетической терапии хронического эндометрита. На первом этапе лечения необходимо элиминировать повреждающий агент, а в случае вирусной инвазии снизить его активность, с этой целью используют этиотропные препараты. Принимая во внимание, что почти в 70% случаев ВЗОМТ применение рутинных методов диагностики не позволяет выявить этиологический фактор, эмпирическая антимикробная терапия при хроническом эндометрите всегда оправдана и приводит к достоверному уменьшению клинических симптомов. При этом она должна влиять на широкий спектр возможных патогенных микроорганизмов: хламидии, гонококки, трихомонады, грамотрицательные факультативные бактерии, анаэробы, стрептококки и вирусы. Оправдано назначение нескольких курсов этиотропной терапии со сменой групп препаратов. Возможные комбинации этиотропных препаратов при ХЭ:

Метронидазол+офлоксацин
Метронидазол+цефазолин+джомицин
Амоксициллин/клавулановая кислота+ джомицин

Моксифлоксацин +ацикловир

При наличии вирусной инфекции в зависимости от клинической картины применяют современные аналоги нуклеозидов (ацикловир) или валацикловир (валтрекс) в длительном режиме. При нарушении микрофлоры влагалища назначают вагинальные препараты — нео-пенотран, бетадин. Одновременно необходимо проводить коррекцию иммунных нарушений.

Второй этап лечения ХЭ направлен на восстановление морфо-функционального потенциала ткани

и устранение последствий вторичных повреждений, коррекцию метаболических нарушений, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. С этой целью используют актовегин по 1 драже 2 раза в сутки 25 дней; физиотерапевтические процедуры (электроимпульсная терапия, интерференционные токи, переменное магнитное поле) с 5 - 7-го дня менструального цикла ежедневно, всего 10-30 процедур.

Дискуссионными остаются вопросы о целесообразности использования в комплексной терапии ХЭ циклической гормональной терапии (19). Некоторые исследователи считают, что гормонотерапия приводит к стимуляции пониженной рецепторной функции яичников и матки, способствуя росту и циклическим процессам в эндометрии, а так же осуществляет гомеостатический и заместительный эффекты. Однако, в настоящее время доказано, что при ХЭ оправдано назначение гормональной терапии только при наличии гипопункции яичников или ановуляции (19).

Установлено, что нарушение функции яичников плюс потенциал к патологической пролиферации ткани, который таит в себе хроническое воспаление, при неэффективном лечении может быть причиной аномальных маточных кровотечений у больных с ХЭ (13).

Существующий подход к терапии маточных кровотечений включает два обязательных, последовательных этапа: остановка маточного кровотечения и дальнейшее лечение выявленной патологии (медикаментозное или хирургическое) с целью профилактики рецидивов кровотечения. Выбор метода лечения на этих этапах зависит от причины, приведшей к кровотечению (14,15). Арсенал средств симптоматической гемостаической терапии включает ангиопротекторные препараты, ингибиторы фибринолиза, НПВС. В качестве средств гормонального гемостаза могут использоваться эстрогены, прогестины, комбинированные эстроген-гестагенные препараты, а также агонисты гонадолиберина. Могут использоваться также методы хирургического лечения (5,6).

Аспект лечения АМК, ассоциированных с ХЭ в литературе освещен недостаточно.

Критериями эффективности терапии пациенток с ХЭ являются: купирование клинических симптомов, восстановление эхографической картины эндометрия, элиминация или снижение активности инфекционного агента, восстановление морфологической структуры ткани и восстановление фертильности (6).

Все вышеизложенное обуславливает необходимость разработки эффективных методов лечения больных с ХЭ, включающих, наряду с активным воздействием на все звенья патогенеза болезни, рациональное использование антибактериальных средств.

Большое внимание в литературе уделено поиску новых эффективных методов лечения, а именно, нетрадиционным путям введения лекарственных веществ в очаг поражения при хроническом эндометрите (2). Так, разработан метод внутриорганный введения лекарственных веществ непосредственно в слизистую оболочку матки при ХЭ, который имеет

преимущества перед пероральным и парентеральным путями введения препаратов (18). Метод обеспечивает создание высокой концентрации лекарственных веществ в очаге хронического воспаления, благотворно влияет на функцию яичников. У 86,5% больных ХЭ наступало стойкое выздоровление, у 10,5% больных отмечалось улучшение состояния.

Т. Ндайзейе (11) использует у больных с ХЭ в острой стадии метод парасакрального введения комплекса лекарственных средств (антибиотики, витамины, антигистаминные препараты, обезболивающие средства).

В последние годы появляется все больше сторонников местной санации полости матки у больных с ХЭ. Авторы высказываются за рациональность местного воздействия лекарственными веществами: непосредственно на слизистую оболочку матки (8).

Таким образом, анализ литературы, отражающий методы и средства лечения больных с ХЭ, позволяет констатировать, что методы лечения больных, направленные на ограничение медикаментозной нагрузки, а, следовательно, и на профилактику нежелательных осложнений, связанных с ней, немногочисленны.

Поэтому изыскание новых более эффективных нетрадиционных методов лечения с местным применением преформированных факторов является одной из важнейших задач. Большие возможности в этом плане открываются при использовании медицинского озона.

Возможности применения медицинского озона в гинекологии, в частности при лечении ХЭ

Гинекологические заболевания являются областью, где использование озонотерапии оказалось чрезвычайно эффективным, в связи с применением широкого спектра ее методик (2).

По данным литературы хронические воспалительные заболевания органов малого таза у 80% пациенток приводят к бесплодию, у 40% вызывают нарушение менструальной функции, у 60% - сексуальной функции, являются причиной внематочной беременности (3,4). Традиционные схемы применения антибактериальных средств зачастую оказываются малоэффективными, и могут вести к хронизации процесса. Не наблюдается тенденции к снижению стертых клинических форм воспаления, характеризующихся длительным, рецидивирующим течением. Социальные аспекты проблемы включают следующие моменты: снижение трудоспособности в группе наиболее трудоспособного контингента женщин, необходимость длительного пребывания в стационаре, потребность в использовании дорогостоящих препаратов для адекватной патогенетической терапии.

Целым рядом исследователей было установлено положительное лечебное действие озонотерапии при различных заболеваниях женской половой сферы (13). Отмечено, что озонотерапия в комплексе с традиционными средствами у больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза способствовала более быстрому купированию основных клинических симптомов, нормализации (в 78% случаев) нарушенных показателей иммунитета. Данный

метод показал высокую эффективность в отношении вируса простого герпеса и цитомегаловируса (83%), а также хламидий и мико-плазм (69%) (2,12).

В гинекологической практике применяются следующие формы использования медицинского озона: внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора, ректальные инсуффляции озон-кислородной смеси, аутогемотерапия, внутриматочные орошения озонированной дистиллированной водой (2).

Обычно, на фоне проводимой антибактериальной терапии, назначаются внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора или ректальные инсуффляции озон-кислородной смеси. Ректальные инсуффляции озон-кислородной смеси являются предпочтительными и проводятся по общепринятой методике из расчета 75 мкг озона на 1 кг массы пациентки. Объем вводимого газа - 300 - 600 мл, концентрация озона 10-40 мг/л. Инфузии озонированного физиологического раствора проводятся ежедневно по 200 - 400 мл, в течение 8 — 10 дней.

Для обеспечения полноценного контакта с очагом воспаления и исключения повреждающего действия на слизистую при острых послеродовых, послеабортных эндометритах с целью лечения используют внутриматочные орошения озонированной дистиллированной водой в количестве 400 мл, с концентрацией озона 4 - 5 мг/л (11).

В сочетании с базисной противовоспалительной терапией такая санация полости матки предотвращает генерализацию воспалительного процесса, сокращает сроки лечения, позволяет отказаться от других препаратов для диализа (15).

Применение озонотерапии позволяет сократить использование медикаментов, оказывающих детоксическое, реологическое, антиоксидантное, иммунокорректирующее, анальгетическое, седативное действие.

В послеоперационном периоде озонотерапия может быть использована в качестве реабилитационного курса.

Использование озонотерапии у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза позволяет добиться более стойкого эффекта от лечения, снижает число рецидивов заболевания почти в 4 раза, удешевляя затраты на лечение (18).

Лечебные эффекты озона основаны на известных механизмах его биологического действия: при наружном применении высоких концентраций озона его высокий окислительный потенциал обеспечивает бактерицидный, фунгицидный и вирусоцидный эффект против основных видов грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов, грибов, а также ряда патогенных простейших; эффект парентерального введения средних и низких концентраций озона при патологиях, сопровождающихся гипоксическими расстройствами, основан на активации кислородзависимых процессов; озониды, образующиеся в результате озонлиза ненасыщенных жирных кислот, модифицируют структурно - функциональное состояние клеточных мембран, обеспечивают интенсификацию ферментных систем и тем самым усили-

вают обменные процессы выработки энергетических субстратов; иммуномодулирующее действие озона позволяет мягко корректировать как иммунодефициты, так и гиперергические состояния; модификация мембран форменных элементов крови и ультраструктурной организации сосудистого русла, снижение вязкости крови приводят к улучшению микрогемодинамики и газообмена на тканевом уровне.

Медицинский озон, обладающий бактерицидным действием при местном применении, способствует санации полости матки, сокращает сроки лечения. Показано, что озон потенцирует действие антибиотиков, при этом доза последних может быть снижена (18).

Таким образом, все вышеизложенное обуславливает поиски путей повышения эффективности лечения ХЭ (в том числе и в случае нарушения менструальной функции на фоне ХЭ). Использование в комплексной терапии медицинского озона, известного своими антимикробными свойствами, имеет большие перспективы.

Литература:

1. Агабекян Г.Г., Вартнян Н.Д., Канаян С.А., Канаян А.С. Роль хронического воспаления в патогенезе маточных кровотечений в перименопаузальном периоде. // Росс. Вестник ак.-гинеколога. — 2005. - '3. - с56-59
2. Алехина СП., Щербатюк Т.Г. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты. - Саров. - 2004.
3. Кулаков В.И., Шуршалина А.В. Гистероскопия в диагностике хронического эндометрита. Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя» М. 2005. С. 424-425
4. Кулаков В.И., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит как причина нарушений репродуктивной функции. Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя» . М. 2005. С.425.
5. Кулаков В.И., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит. // Гинекология. -2005.-т. П.-'5. с 5-8.
6. Лебедев В.А., Пашков В.М., Клиндухов И.А. Современные принципы терапии больных с хроническим эндометритом // Трудный пациент. 2012. ' 5.
7. Лихачев В.К. Практическая гинекология. Руководство для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 664 с.
8. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Руководство по озонотерапии. — Н.-Новгород, 2005. - 269с
9. Мотовилова Т.М., Качалина Т.С., Аникина Т.А. Альтернативный подход к лечению больных с хроническим неспецифическим эндометритом. РМЖ, 2013, '14
10. Ндайзейе Т. Лечение острых неспецифических воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин с применением парасакрального введения комплекса лекарственных средств: Дисс. ...канд. мед. наук. - Минск, 1990. - 260с.
11. Рудакова Е.Б., Мозговой С.И. и др. Хронический эндометрит: от современного диагностического подхода к оптимизации лечения // Лечащ. врач. 2008. ' 10
12. Сидорова И.С., Макаров И.О., Унанян А.Л. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита (клиническая лекция) // Акушерство, гинекология и репродукция. 2010. ' 3. С. 21–24.
13. Стругацкий В.М., Маланова Н.Б., Арсланян К.Н. Физioterapia в практике акушера-гинеколога: клинические аспекты и рецептура. — М., 2005. 276 с.
14. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 64 с
15. Munro MG, Critchley HOD , Broder MS, Frasere IS.; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age Intern J Gynecol Obstet 113 (2011) 3–13
16. Ness RB, Trautmann G, Richter HE, Randall H, Peipert JF, Nelson DB, Schubeck D, McNeeley SG, Trout W, Bass DC, Soper DE. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: a randomized trial. Obstet Gynecol. 2005 Sep;106(3):573-80.
17. Reports from WHO about antibiotic resistance. <http://www.euro.who.int/>
18. Sweet R.L. Pelvic Inflammatory Disease: Current Concepts of Diagnosis and Management // Curr. Infect. Dis. Rep. 2012. Vol. 2.
19. Краснопольский В.И. и др. Лечение хронического эндометрита в прегравидарной подготовке женщин с невынашиванием беременности: Пособие для врачей. — М., 2006
20. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: современные взгляды на проблему // Consilium Medicum (женское здоровье). 2011. ' 6. Т. 13. С. 36–39.