



Преграavidарная подготовка при хроническом эндометрите

Е.С. Силантьева, Е.Ю. Волкова

Адрес для переписки: Елена Сергеевна Силантьева, essdكتور@ya.ru

Отмечается необходимость преграavidарной подготовки при различных структурно-функциональных нарушениях эндометрия, снижающих его имплантационный потенциал. Доказана целесообразность применения препаратов прогестерона и ряда других медикаментозных средств. Рассматривается возможность включения в преграavidарную подготовку терапии физическими факторами.

Ключевые слова: преграavidарная подготовка, хронический эндометрит, эндометрий, физиотерапия, прогестерон

Маточный фактор является причиной женского бесплодия в 24–62% случаев [1, 2]. Среди проблем состояния матки и полости матки в России преобладают различные структурно-функциональные нарушения в эндометрии, верифицируемые как хронический

эндометрит. При крайне скудных клинических проявлениях хронический эндометрит помимо бесплодия приводит к таким тяжелым последствиям, как невынашивание беременности, неудача имплантации в программах вспомогательных репродуктивных технологий, осложнение течения

беременности и послеродового периода. В этой связи лечение гистологически подтвержденного хронического эндометрита (полный морфологический симптомокомплекс с обязательным наличием плазмоцитов) является одним из этапов преграavidарной подготовки. К сожалению, неполная морфологическая картина хронического эндометрита (остаточные проявления и исходы хронического эндометрита), избыточная очаговая или диффузная лимфоцитарная инфильтрация или фиброз недооцениваются клиницистами и не служат поводом для каких-либо реабилитационных мероприятий. Вместе с тем остаточные проявления хронического эндометрита нарушают иммунологический гомеостаз эндометрия с преобладанием Th1-иммунного ответа.



Длительное течение такого процесса обуславливает развитие рассеянного или очагового (чаще периваскулярного и перигландулярного) фиброза стромы эндометрия, что ведет к гипоксии и вновь потенцирует воспаление. Возникают условия для реализации иных иммунологических факторов имплантационных неудач и развития нарушений гемостаза на уровне мельчайших сосудов матки, особенно при наличии генетической предрасположенности.

Таким образом, при выявлении вышеописанных структурных (лейкоцитарная инфильтрация, наличие плазмоцитов, фиброз стромы по данным морфологического исследования) или функциональных (нарушение гемодинамики в сосудах матки) нарушений на этапе, предшествующем беременности, необходимо комплексное лечение, включающее медикаментозную терапию (гестагены, противовоспалительные средства, антиоксиданты и др.) и физические факторы [2, 3]. Способность препаратов прогестерона опосредованно через прогестерон-индуцированный блокирующий фактор влиять на соотношение провоспалительных/регуляторных цитокинов, приводя к регрессу Th-1 активности в эндометрии, обосновано целым рядом доказательных работ [4, 5]. Есть данные об эффективности использования метаболической, антибактериальной, гипокоагулятивной терапии [2, 3, 6, 7].

Однако применение физиотерапии остается слабым звеном с точки зрения медицины, основанной на доказательствах. В доступных нам международных источниках нет публикаций, за исключением наших [8], посвященных эффективности лечения гинекологических заболеваний путем применения физиотерапии. Справедливо будет отметить, что не доказано и отсутствие эффекта от такого лечения.

Есть немало работ, в которых показана способность лечебных физических факторов активировать

или супрессировать экспрессию генов, то есть осуществлять эпигеномную регуляцию различных физиологических и патологических процессов, стимулировать или подавлять продукцию цитокинов и факторов роста, регулировать активность клеточных рецепторов. Эти эффекты клинически сопровождаются регрессом воспалительного процесса, ускорением репаративной регенерации, снижением выраженности рубцовых изменений [9–12]. Однако данные исследования касаются проблем травматологии, ортопедии, неврологии, эстетической медицины.

Международные реалии таковы: физиотерапия является малодоступным направлением медицины, в том числе отсутствует опыт использования физиотерапии в гинекологии. В большинстве стран нет школы и традиций физиотерапии, исследования в данной области не финансируются, отсутствует сеть структурных подразделений. Кроме того, не существует исчерпывающей теории взаимодействия физических энергий и биологических объектов. В России, напротив, на основе фундаментальных принципов отечественной школы физиологии была создана мощная школа физиотерапии. Населению реально доступна разветвленная сеть подразделений: во всех многопрофильных стационарах и поликлиниках есть отделения или кабинеты физиотерапии, функционируют тысячи санаторно-курортных учреждений. Не один десяток лет физиотерапия широко применяется для профилактики и лечения воспалительных заболеваний половых органов. Соответствующие рекомендации включены в подавляющее большинство отечественных руководств по акушерству и гинекологии [3, 13, 14]. Так, физиотерапия не только позволяет достигнуть достоверного снижения провоспалительных цитокинов непосредственно в патологическом очаге и восстановить гемодинамику в сосудах матки, но и при-

Показана способность лечебных физических факторов активировать или супрессировать экспрессию генов, то есть осуществлять эпигеномную регуляцию различных физиологических и патологических процессов, стимулировать или подавлять продукцию цитокинов и факторов роста, регулировать активность клеточных рецепторов

водит к деградации коллагена третьего типа, преобладающего в эндометрии при хроническом воспалении [2, 3, 13, 15].

Конкретный метод физиолечения определяет непосредственно врач-физиотерапевт, принимая во внимание фазу процесса, сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания, а также возможности конкретного кабинета, отделения физиотерапии или курорта. В частности, не утратило своей актуальности применение таких доступных видов лечения, как электрофорез различных лекарственных веществ импульсными токами, ультразвук в импульсном режиме [3, 14]. Доказана эффективность электроимпульсной терапии [6, 15], интерференционных токов [15], низкочастотной магнитотерапии [15], токов надтональной частоты [3], импульсного электростатического поля низкой частоты [14], лазеротерапии [13, 16]. Количество курсов физиолечения не более трех, расстановочность – от нескольких недель до нескольких месяцев в зависимости от последствий конкретного фактора. Необходимо крайне взвешенно относиться к срокам подготовки эндометрия у пациенток с тенденцией к снижению овариального резерва. В ряде случаев подготовку эндометрия следует начинать только после получения достаточного запаса ооцитов и/или эмб-



рионов для последующего (после физиотерапии) использования в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Большое значение имеет последовательность применения средств прегравидарной подготовки. Противовоспалительная (в том числе антибактериальная терапия, если она показана) терапия может либо предшествовать физиолечению, либо сочетаться с ним. Метаболическая

терапия может сопутствовать физиолечению, но лучше проводить ее в периоде последствия. Вазоактивные препараты следует назначать также после физиотерапии. Прием препаратов прогестерона возможен как во время физиолечения, так и в период последствия. Циклическую гормональную терапию (если она показана) предпочтительно проводить в периоде последствия физиотерапии или после его истечения [3].

Для России с ее «абортной культурой», высокой частотой инфекций, передаваемых половым путем, и невынашиванием беременности патология эндометрия – проблема, гораздо более актуальная, чем для развитых стран Европы и Северной Америки. Именно поэтому так важна полноценная прегравидарная подготовка, включающая весь арсенал существующих медикаментозных и физических методов. ☺

Литература

1. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народонаселение. 2004. № 3. С. 60–66.
2. Шуриалина А.В., Дубницкая Л.В., Сухих Г.Т. Хронический эндометрит: эффективность комплексной терапии // Клиническая гинекология: избранные лекции / под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2007. С. 58–65.
3. Силантьева Е.С. Предгравидарная подготовка эндометрия с использованием преформированных физических факторов // Гинекология: Руководство для врачей / под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Киры. М.: Литтерра, 2008. С. 810–825.
4. Szekeres-Bartho J., Balasch J. Progestagen therapy for recurrent miscarriage // Hum. Reprod. 2008. Vol. 14. № 1. P. 27–35.
5. Druckmann R., Druckmann M.A. Progesterone and the immunology of pregnancy // J. Steroid Biochem. Mol. Biol. 2005. Vol. 97. № 5. P. 389–396.
6. Мартынов С.А. Возможности электротерапии в подготовке пациенток с хроническим эндометритом к программам ВРТ: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
7. Miwa I., Tamura H., Takasaki A. et al. Pathophysiologic features of 'thin' endometrium // Fertil. Steril. 2009. Vol. 91. № 4. P. 998–1004.
8. Silantjeva E.S., Shurshalina A.V. Preparing of women with chronic endometritis to IVF // Hum. Reprod. 2006. Vol. 21. Suppl. 1 «Abstracts of the 22nd Annual Meeting of the ESHRE». P. 193.
9. Shankar V.S., Simon B.J., Bax C.M. et al. Effects of electromagnetic stimulation on the functional responsiveness of isolated rat osteoclasts // J. Cell. Physiol. 1998. Vol. 176. № 3. P. 537–544.
10. Physical Medicine and Rehabilitation. Principles and practice. 4th ed. / ed. by J.A. Delisa. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
11. Ciombor D.M., Lester G., Aaron R.K. et al. Low frequency EMF regulates chondrocyte differentiation and expression of matrix proteins // J. Orthop. Res. 2002. Vol. 20. № 1. P. 40–50.
12. Aaron R.K., Boyan B.D., Ciombor D.M. et al. Stimulation of Growth Factor Synthesis by Electric and Electromagnetic // Clin. Orthop. Relat. Res. 2004. Vol. 419. P. 30–37.
13. Пономаренко Г.Н., Силантьева Е.С., Кондрина Е.Ф. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии. СПб.: Наука, 2008.
14. Стругацкий В.М. Медицинская реабилитация в гинекологии и акушерстве // Медицинская реабилитация: руководство / под ред. В.М. Боголюбова. Т. 3. Пермь: Звезда, 1998. С. 462–501.
15. Силантьева Е.С. Физические методы структурно-функционального ремоделирования эндометрия у женщин с нарушением репродуктивной функции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.

Pregravid preparation under chronic endometritis

Ye.S. Silantjeva, Ye.Yu. Volkova

Clinical hospital 'Lapino'

Contact person: Yelena Sergejevna Silantjeva, essdoktor@ya.ru

It is noted a necessity to perform a pregravid preparation under different structural and functional impairments of endometrium that lower its implantation potential. Feasibility of using progesterone-based drugs and other medicinal agents has been proved. A possibility to include physical therapy into pregravid preparation is discussed.

Key words: pregravid preparation, chronic endometritis, endometrium, physical therapy, progesterone