

Реабилитация женщин с нарушениями репродуктивной функции

На симпозиуме, организованном при поддержке компании «Пенткрофт Фарма», обсуждались вопросы реабилитации женщин после хирургической коррекции несостоятельного рубца на матке. Рассматривались клинические эффекты и механизмы действия грязей Мертвого моря. Были представлены результаты исследований, которые подтвердили эффективность внутриматочного кавитационного орошения и интравагинальной пелоидотерапии у пациенток с бесплодием, планирующих экстракорпоральное оплодотворение.



К.м.н. Е.Ю. Глухов

Как отметил доцент кафедры акушерства и гинекологии Уральского государственного медицинского университета, к.м.н. Евгений Юрьевич ГЛУХОВ, на сегодняшний день четких ультразвуковых маркеров для диагностики состояния и толщины рубца на матке при беременности и соответственно выбора метода родоразрешения не существует. «Поэтому мы считаем, что пришло время диагностировать несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения в интервальном периоде, то есть вне беременности», – пояснил докладчик.

Предположить несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения (выявить дефект стенки матки в нижнем сегменте и нефиксированный загиб матки кзади) вне беременности может и врач женской консультации. Такие пациентки должны пройти ультразвуковое

Критерии диагностики и реабилитации женщин после хирургической коррекции несостоятельного рубца на матке

исследование органов малого таза с оценкой состояния области рубца на матке. Если подозрения на несостоятельность рубца сохраняются, то пациентку направляют в клинику для проведения прицельной диагностики, включающей специализированное ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию (при отсутствии возможности выполнить магнитно-резонансную томографию – гистеросальпингографию), гистеросальпингоскопию, посев на флору из полости матки и морфологическое исследование аспирата эндометрия.

Метаанализ, посвященный оценке факторов риска и характерных симптомов несостоятельного рубца на матке, показал, что достоверность при прогнозировании несостоятельного рубца имеют такие факторы, как наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе и ретрофлексия матки. Достоверными симптомами и жалобами можно считать наличие постменструальных кровянистых выделений, альгодисменореи, бесплодия и хронической тазовой боли¹.

К основным ультразвуковым признакам несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения относятся деформация наружного

контура матки (втяжение), ниша (щель) со стороны полости матки, истончение миометрия в верхушке ниши менее 2,5 мм (рубец – полное отсутствие кровотока), жидкостные включения (мелкие кисты) в области рубца, жидкостное образование, очень крупный дефект в области рубца, истмоцеле (киста).

Оценку состоятельности рубца на матке с помощью ультразвукового исследования проводят с учетом толщины миометрия в верхушке ниши, ширины ниши, длины дефекта, ширины нижнего сегмента матки на уровне дефекта, расстояния от края дефекта до сосудистого пучка и расположения дефекта относительно внутреннего зева. В сомнительных случаях выполняется гидросонография.

С помощью магнитно-резонансной томографии можно определить размеры дефекта миометрия, толщину миометрия (рубца) в верхушке «ниши», локализацию дефекта относительно внутреннего зева, положение матки (ретрофлексия), а также наличие жидкостных образований в рубце и «вращение» мочевого пузыря в рубец.

Гистероскопическая картина при несостоятельном рубце на матке после кесарева сечения выглядит следующим образом:

¹ Taisser M.M., Nahed E.A., El Hamid El Ebeissy H.A. Caesarean section scar defects: clinical manifestations // Nat. Sci. 2012. Vol. 10. № 7. P. 11–17.

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

- на фоне розового эндометрия визуализируется ниша в виде полусферы (иногда с перемычками-хордами) с четкими, ровными краями;
- ниша (или ряд ниш в виде крупных сот) выстлана белой блестящей пленкой с выраженной сосудистой сетью – симптом «инъецированной склеры»;
- в области дефекта визуализируются «прилипшие» пузырьки газа, возможны очаги эндометриоза;
- по краям дефекта на границе с эндометрием визуализируются сосочковидные разрастания;
- нижний край ниши может граничить с внутренним зевом или переходить в цервикальный канал, у части пациенток он имеет вид «козырька» и затрудняет осмотр стенок и дна дефекта;
- кратерообразный дефект с округлыми краями белого цвета, занимающий большую часть нижнего сегмента матки, без возможности

осмотреть дно дефекта (как правило, истмоцеле);

- наличие признаков хронического эндометрита.

Е.Ю. Глухов привел собственные данные по использованию диагностики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения вне беременности. Всего была обследована 31 пациентка с несостоятельным рубцом на матке (средний возраст 33 года) с одним и более кесаревым сечением в анамнезе (впоследствии женщины были прооперированы). Гинекологические жалобы были у 54,8% женщин, в основном на постменструальное кровомазание, ретрофлексия матки – у 29%, бесплодие – у 10%. Средняя длина дефекта составила более 11 мм, средняя толщина передней стенки матки в верхушке ниши – 2,1 мм. Патологическое течение послеродового периода имело место только у 9,7% пациенток. При гистологическом исследовании ис-

сеченного рубца в 22,6% случаев выявлен эндометриоз.

По мнению докладчика, эффективным хирургическим методом коррекции несостоятельного рубца на матке является лапароскопическая метропластика. Мотивацией для выполнения лапароскопической метропластики в интервальном периоде могут служить угроза разрыва матки по рубцу во время беременности и родов, высокий риск гистерэктомии в родах при вращении последа в рубец и образовании «матовой грыжи», несостоятельный рубец с клиническими проявлениями, а также риск перфорации матки при медицинском аборте.

Существуют определенные показания к проведению лапароскопической метропластики в интервальный период:

- желание пациентки иметь последующие беременности;
- длина дефекта более 7–8 мм (более 1/3 ширины матки в области

ФОТЕК АК101

Кавитационный ультразвуковой аппарат



НИЗКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

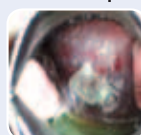
Показания:

- Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы (кольпит, вульвовагинит, цервицит и др.)
- Профилактика и лечение острого эндометрита после родов, аборта, выкидыша
- Лечение хронического эндометрита, подготовка к процедуре ЭКО
- «Экспресс-санация» половых путей перед оперативными вмешательствами с высоким риском инфекционных осложнений (внутриматочные вмешательства, эксцизия ш/м, установка сетчатых имплантантов и др.)
- Обработка раневой поверхности после хирургических вмешательств (удаление кондилом, серкляж, операции вагинальным доступом и др.) с целью снятия воспалительной реакции
- Активная санация нагноившихся послеоперационных швов передней брюшной стенки и послеродовых язв промежности

Метод позволяет:

- Очистить ткани от бактериальных пленок, гнойного и патологического налета
- Обеспечить создание депо лекарственных веществ в слизи
- Снизить микробную обсемененность тканей, уменьшить всасывание токсинов
- Создать благоприятные условия для активации местного и общего иммунитета
- Значительно сократить сроки очищения и репарации воспаленных тканей, глубоко дезинфицировать раневую поверхность
- Повысить эффективность лечения и снизить лекарственную нагрузку на пациентку

Санация влагалища и шейки матки кавитированными лекарственными растворами при кольпите



Шейка матки до обработки



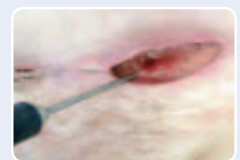
Воздействие направленной кавитационной струей



Шейка матки через сутки после обработки

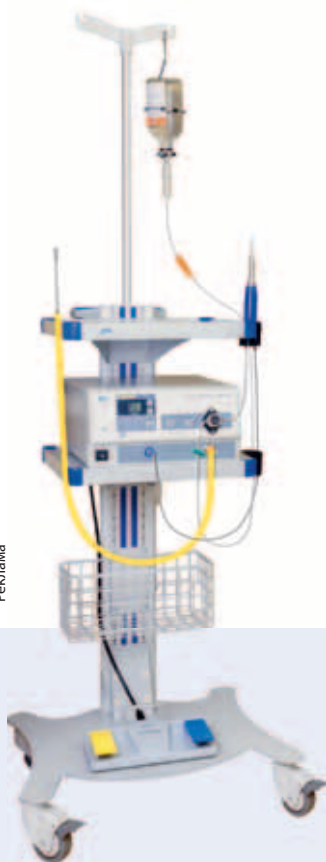


Местная санация полости матки за счет кавитационного распыления растворов при эндометрите



Ультразвуковая обработка гнойной раны передней брюшной стенки

Реклама



рубца), ширина дефекта более 4 мм;

- формирование истмощеле;
- толщина стенки матки в верхушке ниши менее 2,5 мм;
- наличие жидкостного образования в рубце;
- эндометриоз рубца (при наличии пограничных размеров);
- наличие пограничного размера дефекта в сочетании с клиническими проявлениями (дисменорея, боли, бесплодие, постменструальное кровомазание).

Непременными условиями для проведения подобной коррекции считаются локализация дефекта выше внутреннего зева и комплексная санация хронического эндометрита. «За период с 2009 по 2015 г. нами выполнена лапароскопическая метропластика 55 пациенткам с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения. Данные проведенного через четыре-пять месяцев после операции обследования показали, что толщина передней стенки матки в области рубца у них составляет свыше 7 мм», – констатировал Е.Ю. Глухов. Из 35 пациенток, прооперированных свыше года назад и имеющих возможность выполнять репродуктивную функцию, 23% не планируют беременность и используют контрацепцию, 14,3% лечат бесплодие. У 11 (31,4%) прооперированных женщин беременность наступила. Шесть случа-

ев закончились благополучными родами, три – замершей беременностью, один случай – выкидышем. Таким образом, около 35% беременностей закончились неудачно. Все пациентки с неразвивающейся беременностью имели хронический эндометрит и не были реабилитированы после хирургического вмешательства. Реабилитация после лапароскопической метропластики нижнего сегмента матки должна включать применение контрацептивов до шести месяцев с последующей прегравидарной подготовкой. При наличии хронического эндометрита показано комплексное лечение, включающее обработку полости матки кавитированными растворами антисептиков с помощью аппарата Фотек АК101 и курс интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря в сочетании с магнитотерапией (10–12 процедур). Пелоидотерапия и кавитационное ультразвуковое внутриматочное орошение также показаны при наличии бесплодия различного генеза и неразвивающейся беременности в анамнезе^{2,3}. Обработка полости матки растворами антисептиков, кавитированных ультразвуком низкой частоты, характеризуется следующими лечебными эффектами:

- прямое антимикробное воздействие за счет дезинтеграции микробной стенки;

- повышение чувствительности микроорганизмов к действию антибиотиков и антисептиков, что приводит к более быстрой их элиминации;
- увеличение терапевтической активности лекарственных средств;
- улучшение локального кровотока за счет микромассажа миометрия, что приводит к росту эндометрия при его гипоплазии (тонкий эндометрий).

Иловая грязь Мертвого моря оказывает выраженное противовоспалительное и обезболивающее, иммуномодулирующее и антиоксидантное, фибролитическое, бактерицидное и бактериостатическое действие, а также усиливает кровоток и обменные/трофические процессы в эндометрии.

Завершая выступление, Е.Ю. Глухов отметил, что нельзя недооценивать проблему несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения, тем более что число пациенток с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения, вероятнее всего, будет только увеличиваться. Целесообразно проводить оценку состояния рубца на матке на этапе прегравидарной подготовки. Частое сочетание несостоятельного рубца на матке с хроническим эндометритом требует полноценной диагностики этого состояния, предоперационной санации и последующей комплексной терапии (реабилитации).



Профессор
Т.Е. Белокриницкая

Эффективность интравагинальной пелоидотерапии у пациенток с бесплодием, планирующих экстракорпоральное оплодотворение

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Читинской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор Татьяна Евгеньевна БЕЛОКРИНИЦКАЯ представила эпидемиологические данные распространенности бесплодия в ряде регионов Сибирского фе-

дерального округа. Так, частота бесплодных браков в Томской области составляет 17,4%, в Кемеровской области – 20,3%, в Иркутской области варьирует от 16,4 до 21%, в Забайкальском крае оценивается в 25,3%.

В Забайкалье объектом исследования были в основном женщины

² Глухов Е.Ю., Богданова А.М., Козырева Е.Н. Использование низкочастотного ультразвука в лечении пациенток с хроническим эндометритом, страдающих различными формами бесплодия // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 1. С. 32–37.

³ Мелкозерова О.А., Башмакова Н.В., Глухов Е.Ю. и др. Эффект ультразвуковой кавитации в восстановлении эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом после прерывания регрессирующей беременности // Практическая медицина. 2015. № 1. С. 25–32.



Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

фертильного возраста (18–35 лет). Исследование показало, что соотношение числа инфертильных (25,3%) и фертильных женщин (74,7%) составляет 1:3. В структуре инфертильности преобладало вторичное бесплодие (56,3%). Следует отметить, что из числа опрошенных 44% женщин были добровольно бесплодны, поскольку не обследовались и не лечились. Среди причин бесплодия у женщин раннего фертильного возраста преобладала трубно-перитонеальная форма (44,6%). Два фактора имели место в 10,5% случаев. Наиболее частым сочетанием были трубно-перитонеальный фактор + хронический эндометрит и трубно-перитонеальный фактор + недостаточность лютеиновой фазы. Существуют ли альтернативные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия и пути повышения эффективности стандартизированных методов?

Одним из наиболее распространенных методов использования естественных физических средств в гинекологии считается грязелечение⁴. Пелоиды являются одним из наиболее физиологических факторов, нормализующих гормональную функцию яичников⁵. Пелоидотерапия восстанавливает рецептивность и трофику эндометрия. Грязи широко использовались в гинекологической практике еще в дореволюционной России, а влагалищные грязевые тампоны впервые были применены в 1896 г. на Старорусском курорте при лечении ряда гинекологических заболеваний.

Влияние грязелечебных процедур обусловлено тремя факторами: температурным (большая теплоемкость, малая теплопроводность, отсутствие конвекции), химическим (неорганические кислоты, органические соединения – гумины,

битумы и другое, микроэлементы, гормоноподобные вещества и т.д.) и механическим (давление, трение).

Самым соленым и большим в мире минеральным источником является Мертвое море, которое в своих нынешних очертаниях существует более 500 лет, толщина осадочного слоя составляет 100 м. Лечебная грязь Мертвого моря относится к группе хлорсульфидных илов и отличается очень высокой минерализацией, то есть высокой концентрацией тех компонентов, которые обладают лечебными свойствами (в 1 л грязи содержится 300 г действующих веществ). Иловая грязь Мертвого моря характеризуется уникальным составом, благодаря которому и достигается мощный целебный эффект. Показания для применения грязи в гинекологической практике очень разнообразны и включают:

- хронические воспалительные заболевания внутренних гениталий с частыми обострениями (но не ранее четырех недель после очередного обострения);
- хронический сальпингоофорит, параметрит с выраженными рубцово-спаечными процессами в малом тазу;
- хронические воспаления придатков матки в сочетании с неспецифическими кольпитами, эндоцервицитами;
- первичное и вторичное бесплодие трубно-перитонеального генеза;
- синдром хронических тазовых болей;
- бактериальный вагиноз;
- хронический атрофический вагинит;
- недержание мочи;
- спаечный процесс в области малого таза и брюшной полости.

К противопоказаниям относятся общие противопоказания к сана-

торно-курортному лечению, индивидуальная непереносимость компонентов продукта, злокачественные новообразования и подозрение на них, беременность и менструация.

На сегодняшний день женщины могут пройти курс пелоидотерапии во внекурортных и домашних условиях. Это стало возможным благодаря современной форме выпуска пелоидов Мертвого моря. Гель на основе грязи Мертвого моря выпускается в одноразовых инъекторах, содержащих до 60 мл геля, вместе с одноразовыми влагалищными/ректальными катетерами. В упаковке шесть инъекторов и шесть катетеров.

Методика влагалищного введения проста и может быть выполнена самой пациенткой. Последовательность действий такова:

- с инъектора снимают колпачок и надевают катетер;
 - через катетер выдавливают немного геля и смазывают им кончик катетера;
 - в положении на спине с разведенными ногами катетер вводят во влагалище на 8–10 см и выдавливают гель из инъектора;
 - в течение 20–25 минут пациентке следует оставаться в горизонтальном положении (до окончания процедуры);
 - затем гель удаляют из влагалища спринцеванием водой 37–38 °С (расход воды на спринцевание составляет 300–500 мл).
- Пилотное плацебоконтролируемое исследование по оценке влияния пелоидов на гормональный уровень, проведенное профессором Е.Ф. Кира и Н.В. Артымук (2010), показало, что пелоиды достоверно значимо ($p < 0,001$) повышают уровень прогестерона и эстрадиола по сравнению с плацебо⁶. На фоне пелоидотерапии улучшался кровоток в яичниковых ар-

акушерство

⁴ Гинекология. Руководство для врачей / под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. М.: Литтерра, 2008. С. 478–485.

⁵ Дикке Г.Б., Кира Е.Ф., Маев Э.З. и др. Клиническое применение соли и грязи Мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин: клинические рекомендации. М., 2010.

⁶ Артымук Н.В., Кира Е.Ф., Кондратьева Т.А. Эффективность и безопасность интравагинального применения геля, изготовленного на основе грязи Мертвого моря, у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы // Журнал акушерства и женских болезней. 2010. Т. 59. № 4. С. 24–29.

Таблица. Первичные и вторичные исходы лечения

Критерий	Пелоиды (n = 44)	Фонофорез/ультразвук (n = 47)	χ^2 , $p\chi^2$	ОШ (95% ДИ)
Первичный исход				
Нормализация подвижности матки и придатков	19 (43,2%)	8 (17,0%)	6,25, p = 0,01	2,6 (1,3–6,2)
Восстановление уровней гормонов	5 (11,4%)	1 (2,1%)	1,83, p = 0,18	5,4 (1,8–10,8)
Изменение состояния эндометрия	25 (56,8%)	3 (6,4%)	24,82, p = 0,00	8,8 (3,0–11,6)
Восстановление овуляции	7 (15,9%)	1 (2,1%)	3,80, p = 0,51	7,6 (2,2–11,7)
Вторичный исход				
Наступление беременности	17 (38,6%)	5 (10,6%)	8,27, p = 0,004	3,6 (1,7–7,5)
Спонтанный выкидыш на малом сроке	1 (2,3%)	1 (2,1%)	0,45, p = 0,504	1,1 (0,1–7,8)
Беременность завершилась родами	16 (36,4%)	4 (8,5%)	4,30, p = 0,038	6,1 (1,8–8,2)

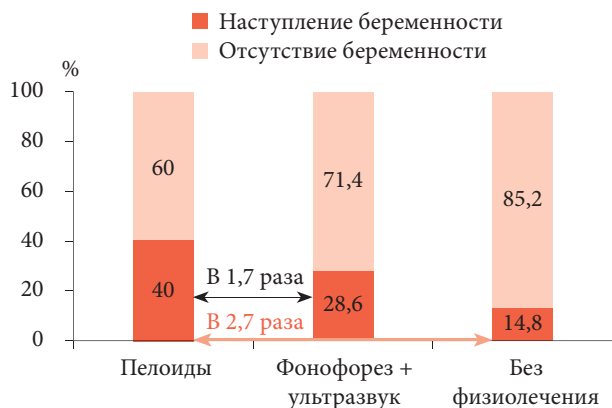


Рисунок. Результативность ЭКО у пациенток сравниваемых групп (n = 51)

териях, что способствовало нормализации гормонального фона организма. Доказано, что применение грязей приводит к увеличению концентрации прогестерона и эстрадиола как у женщин с нормальной функцией яичников, так и с недостаточностью гормональной функции желтого тела⁷. Профессор Т.Е. Белокрыницкая представила результаты собственного когортного проспективного

исследования по оценке эффективности интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря у женщин с бесплодием⁸. В исследование были включены 118 пациенток раннего репродуктивного возраста с бесплодием трубно-перитонеального генеза и/или в сочетании с хроническим эндометритом или недостаточностью лютеиновой фазы. Женщины были разделены на три сопоставимые группы. В первой (основной) группе 44 пациентки получали интравагинальную терапию грязями Мертвого моря в течение десяти дней. Во второй группе (сравнения) 47 пациенткам проводились лекарственный фонофорез и ультразвуковая терапия. В третьей группе (контроля) 27 женщин готовились к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) и отказались от любых физиотерапевтических процедур. Полученные результаты продемонстрировали значимое преимущество интравагинальной терапии пелоидами Мертвого

моря. Оценка первичных исходов показала, что на фоне применения пелоидов у пациенток отмечалось восстановление уровней гормонов в 5,4 раза чаще, изменение состояния эндометрия в пользу нормализации гистологической структуры – в 8,8 раза чаще, восстановление овуляции – в 7,6 раза чаще, чем в группе сравнения. Все это способствовало увеличению частоты наступления беременности в основной группе. Согласно анализу вторичных исходов лечения, при пелоидотерапии в 3,6 раза чаще наступала беременность, которая в 6,1 раза чаще завершалась родами, чем в группе сравнения, при одинаковой частоте спонтанных выкидышей на малом сроке в сравниваемых группах (таблица). После пелоидотерапии у девяти (31,0%) пациенток с проксимальной окклюзией маточных труб и хроническим эндометритом, планировавших ЭКО, наступила спонтанная беременность. Тем пациенткам, у кого беременность не наступила спонтанно (n = 51), было выполнено ЭКО. Сравнение исходов ЭКО в трех группах показало, что интравагинальное введение пелоидов Мертвого моря повышало эффективность ЭКО в 1,7 раза по сравнению с фонофорезом/ультразвуком (40 против 28,6%) и в 2,7 раза по сравнению с отсутствием физиолечения (40 против 14,8%) (рисунок). «Таким образом, интравагинальная терапия пелоидами Мертвого моря у пациенток раннего репродуктивного возраста с бесплодием способствует повышению частоты спонтанного наступления беременности в 3,6 раза и существенно улучшает результаты ЭКО, увеличивая вероятность наступления биологической беременности в 1,7–2,7 раза», – подчеркнула профессор Т.Е. Белокрыницкая в заключение.

⁷ Bromirska D. Effect of hyperthermic and isothermic mud application on hormonal function on normal and insufficient corpus luteum in women // Ann. Acad. Med. Statin. 1993. Vol. 39. P. 133–146.

⁸ Белокрыницкая Т.Е., Фролова Н.И., Глотова Е.Ю. и др. Эффективность интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря у женщин с бесплодием // Акушерство и гинекология. 2014. № 7. С. 68–73.

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

Клинические эффекты и механизмы действия высокоминерализованного пелоида в реабилитации женщин с нарушениями репродуктивной функции

В настоящее время самыми актуальными репродуктивными проблемами являются бесплодие, где наибольшее значение имеют трубно-перитонеальный фактор, хронический эндометрит и состояния, которые ему сопутствуют. По данным, которые привела профессор РУДН, д.м.н. Галина Борисовна ДИККЕ, частота хронического эндометрита при бесплодии составляет 12–68%, неудачах ЭКО – 60–80%, привычном невынашивании беременности – 70%, а при самопроизвольных абортках и неразвивающейся беременности – 90–92%. Существенный вред репродуктивному здоровью также наносят опорожнение матки методом кюретажа при самопроизвольном выкидыше, что, как показывают данные многочисленных исследований, значительно повышает риск преждевременных родов при последующей беременности. Доказано, что риск самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов уменьшается при изменении соотношения используемых для опорожнения матки методов в пользу медикаментозного⁹. В развитых странах дилатация и кюретаж не применяются в случае неразвивающейся беременности, самопроизвольного аборта и неполного аборта (уровень доказательности рекомендаций А)¹⁰. В нашей стране до сих пор нет четких критериев поэтапной диагностики хронического эндометрита и программы восстановления репродуктивной функции женщин с хроническим эндометритом и повреждением рецепторного аппарата. Анализ данных литературы показывает, что, как правило, ре-

билитационные мероприятия проводятся в два этапа. Первый этап включает устранение инфекции и коррекцию иммунных нарушений, второй этап – восстановление морфофункционального потенциала ткани эндометрия и устранение последствий вторичных повреждений. Если устранение инфекции с помощью антибактериальной терапии показано только тем, у кого выявлена инфекция, то в восстановлении эндометрия и устранении хронического эндометрита нуждаются все пациентки. Восстановительная медицина предусматривает коррекцию метаболических нарушений и последствий ишемии (усиление тканевого обмена, активация энергетических процессов в клетках, устранение последствий гипоксии ткани), применение препаратов метаболической терапии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия, в том числе с помощью физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения. Пелоидотерапия относится к сильнодействующим лечебным средствам, и ее осуществляют на многих грязевых курортах. Лечебные грязи отличаются друг от друга основным компонентом механизма действия – химическим, то есть по составу и концентрации минералов, которые содержатся в лечебной грязи. Грязь Мертвого моря обладает уникальным составом – содержание активных веществ в ней в 4–30 раз выше, чем в других известных грязевых месторождениях. Клиническая эффективность геля на основе грязи Мертвого моря изучалась в целом ряде российских



Профессор Г.Б. Дикке

исследований, как в небольшом рандомизированном контролируемом, так и в проспективных сравнительных с уровнем доказательности В, результаты которых дают основание рекомендовать данный вид терапии к применению в клинической практике^{6, 8, 11–13}. Далее профессор Г.Б. Дикке подробно рассмотрела наиболее значимые лечебные эффекты грязи Мертвого моря. Исследованиями доказано, что лечебная грязь Мертвого моря оказывает выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие, которое превосходит другие физиотерапевтические воздействия в 1,8 раза. В основе механизма этого действия – подавление простагландинового каскада, что обусловлено действием содержащихся в грязях активных субстанций: витаминов, микроэлементов, органических соединений. Лечебная грязь Мертвого моря обладает дефибрирующим (адгезиолитическим) свойством, которое превосходит другие физиотерапевтические воздействия в 1,5 раза. При этом частота морфологических признаков хронического эндометрита у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием снижается в 2,5 раза после проведенной терапии, а у женщин с вы-

⁹ Oliver-Williams C., Fleming M., Wood A.M., Smith G. Previous miscarriage and the subsequent risk of preterm birth in Scotland, 1980-2008: a historical cohort study // BJOG. 2015. Vol. 122. № 11. P. 1525–1534.

¹⁰ Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. London: RCOG, 2012.

¹¹ Устинова Т.А. Влияние интравагинальной пелоидотерапии на биоценоз влагалища у пациенток с бесплодием // Мать и дитя в Кузбассе. 2011. № 1. С. 323–327.

¹² Василенко Г.И., Дикке Г.Б. Курорт Мертвого моря на дому. Возможность повышения эффективности лечения трубно-перитонеального бесплодия у женщин // Фарматека. 2013. № 12. С. 74–79.

¹³ Царькова М.А. Комплексное лечение и профилактика рецидивов бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // Медицинский совет. 2014. № 2. С. 68–71.

ГРЯЗИ МЕРТВОГО МОРЯ

в лечении бесплодия
у женщин и хронических
заболеваний половых
органов у женщин
и мужчин



реклама

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР:
ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
Тел./факс (495) 788-77-46,
e-mail:pentcroft@mail.ru
WWW.REPRO21.RU

кидышами в анамнезе – в 3,3 раза по сравнению с плацебо. В основе механизма действия – влияние на пролиферацию клеток, миграцию фибробластов и клеточную активность, что было показано в исследованиях на лабораторных животных. Лечебная грязь Мертвого моря улучшает гормональную функцию яичников и способствует восстановлению овуляции, повышая уровни эстрадиола и прогестерона в среднем в два раза. Было показано, что грязелечение не только оказывает прямое нормализующее влияние на гормонообразование в яичниках, но и воздействует на рецепторный аппарат половых органов, восстанавливая его чувствительность к половым стероидам.

Лечебная грязь Мертвого моря улучшает кровообращение в органах малого таза, в наибольшей степени в яичниковых артериях на стороне формирования желтого тела с улучшением его трофики.

Иммуномодулирующий и антиоксидантный эффект реализуется за счет общего влияния пелоидотерапии. Иммунологические сдвиги при

пелоидотерапии обусловлены их общефизиологическим действием на организм, прежде всего на гипоталамо-гипофизарно-адреналовую систему. Физическая модуляция иммунного ответа основывается на неспецифическом раздражении лимфоидной ткани и последующей ее реакции на раздражитель.

Антимикробное свойство иловой грязи Мертвого моря подтверждено лабораторными исследованиями. Доказано прямое подавляющее влияние лечебной грязи Мертвого моря в экспериментах на тестовые микроорганизмы (*Propionibacterium* и *Candida albicans*). Выраженный антимикробный эффект объясняется высоким содержанием сульфидных групп, ионов брома и цинка в лечебной грязи Мертвого моря.

Резюмируя вышесказанное, профессор Г.Б. Дикке констатировала, что все перечисленные механизмы действия и создают тот уникальный лечебный эффект пелоидотерапии, благодаря которому грязь Мертвого моря может широко применяться для комплексного лечения нарушений репродуктивной функции.

Заключение

Восстановление фертильности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и хроническим эндометритом остается трудной задачей. Повысить эффективность терапии можно с помощью комплексного подхода с использованием внутриматочного орошения кавитированными лечебными растворами и лечебной грязи Мертвого моря.

Применение интравагинальной пелоидотерапии у пациенток раннего репродуктивного возраста с бесплодием трубного генеза и/или в сочетании с хроническим эндометритом или недостаточностью лютеиновой фазы способствует повышению частоты спонтанного наступления беременности в 3,6 раза и существенно улучшает результаты ЭКО, увеличивая вероятность наступления беременности в 1,7–2,7 раза.

Терапия с использованием внутриматочного кавитационного орошения и высокоминерализованных пелоидов Мертвого моря в сочетании с магнитотерапией также показана в качестве реабилитации после лапароскопической метропластики нижнего сегмента матки у женщин с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения.

Клиническая эффективность геля на основе грязи Мертвого моря изучалась в целом ряде российских исследований, результаты которых дают основание рекомендовать пелоидотерапию к применению в клинической практике. На сегодняшний день женщины могут пройти курс влагалищного грязелечения в амбулаторных условиях благодаря современной форме выпуска геля на основе грязи Мертвого моря в виде одноразовых инъекторов, содержащих до 60 мл геля, вместе с одноразовыми влагалищными/ректальными катетерами. ◻