

## ЭТАПНАЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕОБРАТИМОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1; тел. 2756097. E-mail: tatyamelkonyanc@mail.ru*

В настоящее время в структуре гинекологической патологии частота хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы достигает 60–65% и не имеет тенденции к снижению. Лечение на курортах, расположенных близко к месту жительства больных, особенно важно для лиц с хроническими заболеваниями. Наиболее грозное последствие ВЗОМТ – это бесплодие, возникающее вследствие трубной окклюзии не менее чем у 40% больных.

*Ключевые слова:* воспалительные заболевания половых органов, бесплодие, курорты.

**A. M. CHULKOVA, V. A. KRUTOVA, I. E. ASLANYAN,  
D. L. VANYAN, S. A. KURILENOK, I. A. YEGOROVA**

### GRADUAL PERSONIFIED REHABILITATION IN PREVENTION IRREVERSIBLE INFERTILITY OF PATIENTS WITH GENITAL INFLAMMATIONS

*Fundamental obstetric-gynecological clinic of Kuban state medical university  
of Russian Federation healthcare department,  
Russia, 350072, Krasnodar, Zipovskaya street 4/1; tel. 2756097. E-mail: tatyamelkonyanc@mail.ru*

At present, in the structure of gynecological pathology the incidence of chronic inflammatory diseases of the reproductive system reaches 60–65%, and has no tendency to decrease. Treatment of the resorts, which are located close to the place of patients' residence, is especially important for people with chronic diseases. The most terrible consequence of inflammatory diseases of the pelvic organs – is infertility, occurs as a result of tubal occlusion not less than 40% of patients.

*Key words:* inflammatory diseases of genital organs, infertility, resorts.

Не без оснований лечебные ресурсы Кубани называют кладовой природы. Основными факторами лечения в санаториях Краснодарского края являются климат, ландшафт, минеральные источники и лечебные грязи [13].

Курортами оказания помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями являются Горячий Ключ, Ейск, Сочи – Мацеста, Хадыженск [3, 5, 11]. В районе Анапы и на Таманском полуострове имеются богатейшие запасы лечебных грязей, исчисляемые миллионами тонн. Это главным образом иловые сульфидные (сероводородные) грязи на дне многочисленных лиманов, лагун и озер, а также сопочные грязи – продукты псевдовулканических сопок [1, 5]. Грязи курорта Анапы наиболее ценные из известных типов лечебной грязи. Обладая выраженным противовоспалительным, рассасывающим, обезболивающим и бактерицидным действием, они улучшают иммунологические и восстановительные процессы, способствуют усилению обмена веществ, регенеративных и репаративных процессов, оказывают обезболивающее и десенсибилизирующее действие [3, 4, 11, 12].

Лечение на курортах, расположенных близко к месту жительства больных, особенно важно для лиц с хроническими заболеваниями, у которых процессы адаптации и дезадаптации при перемене климатических условий могут ухудшить течение заболевания [12, 13].

В настоящее время в структуре гинекологической патологии частота хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы достигает 60–65% и не имеет тенденции к снижению. Особенно настораживает тот факт, что 70% из этих пациенток составляют женщины моложе 25 лет [6, 10]. Несвоевременное и неадекватное диагностирование и, как следствие, запоздалое и неэффективное лечение – одна из главных проблем ведения больных с ВЗОМТ, оно приводит к хронизации процесса, и, наоборот, ранняя точная диагностика и немедленно начатое лечение позволяют существенно снизить последствия ВЗОМТ [2, 9, 10]. Рекомендуются для лечения воспалительных заболеваний антибиотики широкого спектра действия и иммуномодуляторы, частично купируя или «нейтрализуя» активность патологических агентов, практически не оказывают существенного воздействия на функциональное восстановление органов, в первую очередь маточных труб. В связи с этим продолжается постоянный поиск наиболее эффективных методов лечения, направленных на коррекцию определенных стадий воспалительного процесса, его основных патофизиологические проявления, фоновую патологию, иммунную систему и другие факторы [10, 13]. Это особенно актуально в свете современных знаний о причинах хронизации процесса, согласно которым ведущее значение перешло от инфекционного агента к снижению

компенсаторно-защитных реакций организма, аутоиммунной агрессии и развитию системного воспалительного ответа [9, 10].

Во всем мире воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) создают серьезные медицинские, социальные и экономические проблемы; наиболее грозное последствие ВЗОМТ – это бесплодие, возникающее вследствие трубной окклюзии не менее чем у 40% больных [2, 9, 10].

Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) составляет, по данным разных авторов, от 40% до 70%. Внедрение в клиническую практику лапароскопии позволило добиться значительных успехов в лечении многих форм женского бесплодия, в частности ТПБ [6]. Однако, частота наступления беременности после хирургического лечения ТПБ колеблется от 12% до 60% и обусловлена совокупностью факторов, среди которых возраст женщины, длительность заболевания, выраженность анатомических изменений маточных труб, а также оснащенность медицинского учреждения, техника оперативного вмешательства, напрямую зависящая от квалификации медицинского персонала [6, 8].

Известно, что при спаечном процессе в малом тазу III–IV степени распространения и нарушении проходимости маточных труб по типу сакто- и гидросальпинкса для достижения беременности должны использоваться методы ВРТ. Лапароскопию у этих больных целесообразно рассматривать в качестве этапа хирургической подготовки к программе экстракорпорального оплодотворения [6, 7].

К сожалению, в доступных литературных источниках исчерпывающих сведений о методологии проведения плановых реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику ТПБ, нет. Неудовлетворенность результатами лечения способствует поиску новых подходов к лечению больных с данной патологией. В базовой акушерско-гинекологической клинике Кубанского государственного медицинского университета (БАГК ГБОУ ВПО КубГМУ Министерства здравоохранения России), сотрудниками которой являются авторы, сложилась собственная система лечения пациенток с ВЗОМТ. Уникальное в своем роде устройство клиники, возможность доступа лечащего врача к медицинской документации любого уровня способствуют интегрированной работе всех её подразделений, повышают возможности улучшения качества лечения и разработки действенных мер профилактики гинекологических заболеваний, придают деятельности всех БАГК составляющих единое направленное поступательное движение по оздоровлению женской части населе-

ния Краснодарского края. Расположение учреждения в богатом целебными природными факторами крае дает крайне выгодную возможность продуктивного сотрудничества специалистов клиники с врачами-физиотерапевтами и курортологами региона в решении общих задач.

Большую долю обращающихся за помощью женщин составляют пациентки с ВЗОМТ. При обращении после клинико-анамнестического обследования в обязательном порядке проводятся инфекционный скрининг по выявлению специфических и неспецифических инфекционных агентов, расширенная кольпоскопия, ультразвуковое исследование органов малого таза. Первый этап лечения проводится в соответствии со стандартами терапии подобных заболеваний, приоритетное значение в нем имеет эмпирическая антимикробная терапия с учетом выявленных возбудителей, при отсутствии противопоказаний – физиотерапевтическое лечение (чаще магнитотерапия). После нормализации клинико-лабораторных показателей, в том числе после получения отрицательных результатов контрольного обследования обнаруженных инфекций, осуществляется лечение в КПШМ, по показаниям – госпитализация для оперативного лечения. Половой партнер обследуется и получает лечение у андролога клиники. Второй этап лечения, основу которого составляет применение преформированных факторов, проводится через 1,5–2 месяца всем пациенткам с ВЗОМТ, при выборе методов воздействия руководствуются совокупностью клинико-лабораторных данных и результатов инструментальных методов исследования. Санаторно-курортное лечение (третий этап) с индивидуальным подбором природных и преформированных факторов пациентки получают через 3 месяца. При отсутствии возможности проведения данного этапа лечения в учреждении соответствующего профиля предлагается альтернативный вариант – аппаратная физиотерапия, в том числе электрогрязелечение сульфидно-иловыми природными грязями, поставляемыми из города Анапы, в кабинете физиотерапии БАГК и бальнеотерапия в городской водолечебнице. Барьерная контрацепция предусмотрена на весь период лечения половых партнеров. Следует отметить, что проведение первого этапа лечения при экстренных оперативных вмешательствах (начавшийся самопроизвольный аборт, внематочная беременность, перекрут кисты яичника и др.) осуществляется в раннем послеоперационном периоде, а затем пересматривается и дополняется с учетом дальнейшего обследования пациентки в амбулаторных условиях в течение 1 месяца после госпитализации.

Таблица 1

### Результаты эндоскопического исследования

Степень выраженности спаечного процесса	n=102		Гидросальпинкс		Нарушение проходимости маточных труб	
	Абс.	%	Односторонний	Двусторонний	С одной стороны	С двух сторон
I ст.	12	11,8	–	–	3	–
II ст.	25	24,5	–	–	2	1
III ст.	42	41,2	4	7	8	8
IV ст.	23	22,5	3	6	7	10

## Длительность бесплодия

Количество больных (n=102)							
Бесплодие первичное (n=37)				Бесплодие вторичное (n=65)			
< 5 лет		> 5 лет		< 5 лет		> 5 лет	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
9	24,3	28	75,7	8	12,3	57	87,7

Таблица 3

## Неблагоприятные исходы беременности в группах (абс., %)

Неблагоприятные исходы беременности	Группа 1 (n=37)		Группа 2 (n=65)	
	Абс.	%	Абс.	%
Артифициальный аборт	12	32,4	39	60
Самопроизвольный аборт	7	18,9	15	23,1
Преждевременные роды	5	13,5	12	18,5
Внематочная беременность	2	5,4	5	7,7
Итого	26		71	

Настоящее исследование проведено с целью оценки результатов персонализированного этапного лечения пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий в преодолении необратимой инфертильности тубо-перитонеального генеза.

## Материалы и методы исследования

Для достижения цели исследования был проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациенток, обратившихся в клинику по поводу бесплодия, которым впервые проведена лечебно-диагностическая лапароскопия и подтверждены наличие хронического воспалительного процесса органов малого таза и тубо-перитонеальный характер бесплодия. На догоспитальном этапе проводились обследование и лечение супружеской пары, предусмотренные первым этапом ведения пациентов с воспалительными заболеваниями. Наличие сочетанного бесплодия и эндокринного фактора исключалось проведением тестов функциональной диагностики, гормонального обследования с привлечением эндокринолога. В исследование вошли 102 женщины в возрасте от 24 до 37 лет (в среднем  $28 \pm 2,3$  года) с длительностью бесплодия от 2 до 11 лет (в среднем  $5 \pm 1,2$  года). Интраоперационно определялись степень выраженности спаечного процесса в малом тазу, наличие сопутствующей патологии органов малого таза, состояние маточных труб, проходимость

и её степень определяли с помощью хромосальпингоскопии с метиленовым синим. Результаты лапароскопии представлены в таблице 1.

По результатам лапароскопии пациенток распределены на две группы. Первая группа сформирована из 37 (36,3%) обследуемых с I–II степенью выраженности спаечного процесса органов малого таза, вторая – из 65 (63,7%) больных с III–IV степенью. При наличии спаечного процесса I–II степени нарушение проходимости маточных труб диагностировано у 6 пациенток (16,2%) ( $p > 0,05$ ). Во второй группе нарушение проходимости маточных труб отмечалось в 33 случаях (50,8%), с образованием гидросальпинкса – у 20 (30,8%) ( $p < 0,05$ ).

Возраст пациенток первой группы – от 24 до 32 лет (в среднем  $26 \pm 1,1$  года), второй – от 26 до 37 лет (в среднем  $28 \pm 1,6$  года). Впервые обратились за гинекологической помощью 3 (8,1%) пациентки из первой группы и 7 (10,8%) женщин из второй. Факторы риска формирования воспалительных заболеваний половых органов известны, не всегда достоверны, существенно не отличались в выбранных группах, характерный скудный набор жалоб не отличал группы, данные сведения не представлены. Отметим лишь, что антимикробная терапия на догоспитальном этапе потребовалась большему числу больных второй группы.

Длительность бесплодия в первой группе – от 2 до 7 лет (в среднем  $5 \pm 0,7$  года), во второй – от 4 до 11 лет

Таблица 4

## Частота реабилитационных мероприятий при неблагоприятных исходах беременности в группах (абс., %)

Неблагоприятные исходы беременности	Группа 1		Группа 2	
	Абс.	%	Абс.	%
Артифициальный аборт (n=12)	12	100	2	5,1
Самопроизвольный аборт (n=7)	5	71,4	3	2
Преждевременные роды (n=5)	0	0	0	0
Внематочная беременность (n=2)	2	100	0	0
Итого	19	73,1	5	7,0

(в среднем  $7 \pm 2,3$  года). При этом бесплодие до 5 лет в первой группе было у 24% женщин, во второй – у 12,3% обследуемых ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Соотношение первичного и вторичного бесплодия в первой группе – 15 к 22 (0,68), во второй – 7 к 48 (0,35).

Для изучения причин, способствующих формированию трубно-перитонеального бесплодия, перспективного в лечении только при использовании вспомогательных репродуктивных технологий, был проведен анализ течения заболевания, характера и объема оказанной помощи до обращения по поводу отсутствия беременности.

Во второй группе беременность закончилась искусственным абортом в 39 случаях, в 11 из них с осложнениями воспалительного характера, только двум женщинам проведено 2 этапа реабилитации, остальные рекомендации врача не выполнили, проведен только первый этап лечения. Внематочная беременность была у 5 женщин, консервативно-хирургическое лечение у всех, в 2 случаях лечение проводилось в условиях клиники, реабилитационная терапия рекомендована была, не проведена по причине неявки пациенток. Самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки имело место у 27 женщин, самопро-

Таблица 5

### Гинекологические заболевания в группах (абс., %)

Гинекологические заболевания	Группа 1 (n=37)		Группа 2 (n=65)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хронические ВЗОМТ	28	75,7	52	80
Острые ВЗОМТ	4	10,8	11	17
Полипы эндометрия	16	43,2	21	32,3
Итого	48		84	

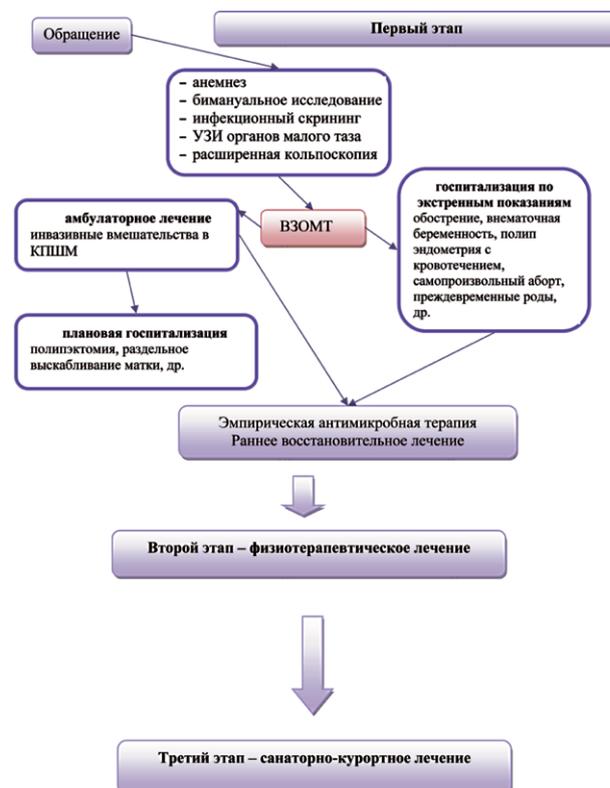
Таблица 6

### Частота реабилитационных мероприятий при гинекологических заболеваниях в группах (абс., %)

Гинекологические заболевания	Группа 1		Группа 2	
	Абс.	%	Абс.	%
Хронические ВЗОМТ (n=28)	27	96,4	–	–
Острые ВЗОМТ (n=4)	1	25	–	–
Полипы эндометрия (n=16)	12	75	6	28,6
Итого	40	83,3	6	7,1

### Результаты исследования и их обсуждение

При анализе исходов беременностей у женщин со вторичным бесплодием в первой группе искусственные аборты произведены в 12 случаях. Всем женщинам до операции проведено обследование и начато лечение, предусмотренное первым этапом ведения пациенток с ВЗОМТ, после операции – второй этап, а при наличии осложнений – третий. Самопроизвольное прерывание беременности в первом триместре было у 7 женщин, проводилось выскабливание полости матки, только в 2 случаях пациентки не выполнили рекомендаций врача, этапного лечения не получили. Внематочная беременность была у двух, во всех случаях проведено эндоскопическое консервативно-хирургическое лечение, курс реабилитационной терапии с обязательным включением всех этапов получили все оперированные. Детей имели четыре женщины, из них роды были преждевременными у двух, у трех после преждевременных родов детей не было. Осложненное течение беременности в виде угрозы прерывания, урогенитальных инфекций во время беременности, воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, преждевременного отхождения околоплодных вод, послеродового эндометрита, внутриматочных оперативных вмешательств отмечено у трех, лечение проводилось во время беременности, после родов, состояло только в антимикробной терапии.



Алгоритм персонализированной реабилитации при ВЗОМТ

извольный аборт – у 15, преждевременные роды – в 12 случаях, реабилитационные мероприятия проведены у трех после аборта. Детородная функция реализована у 13 женщин, 6 из них указывали на инфекционные осложнения течения беременности, родов и послеродового периода, получали только антимикробную терапию во время или после беременности. Данные о неблагоприятных исходах беременности и проведении реабилитационных мероприятий представлены в таблицах 3, 4.

Из гинекологических заболеваний в первой группе женщин наличие хронического воспалительного процесса матки и/или придатков отмечали 28 женщин. Острое воспаление или обострение воспалительного процесса со стационарным лечением было в 4 случаях. Реабилитационные мероприятия в полном объеме проводились 28 пациенткам, все они наблюдались в БАГК. Полипы эндометрия имели место в 16 случаях, с проведением первого этапа амбулаторно или в стационаре в зависимости от клинических проявлений заболевания и с последующей реабилитацией второго, в некоторых случаях, третьего уровня – в 12 наблюдениях.

Пациентки, входящие во вторую группу, отмечали наличие и лечение по поводу хронического воспалительного процесса гениталий в 52 наблюдениях, в связи с чем получали антимикробную терапию в женской консультации по месту жительства, в основном по поводу выявленных урогенитальных инфекций. Упоминание о проведении физиотерапевтического лечения, как правило однократного, имело место в 12 случаях, сведения о санаторно-курортном лечении пациентками не предоставлены. Госпитализация при обострении воспалительного процесса отмечена 11 больными, лечение ограничилось антимикробной терапией, ни одна из женщин за амбулаторной помощью в последующем не обращалась. В 21 случае есть указание на наличие полипа полости матки, во всех – с госпитализацией, гистероскопией и полипэктомией, проводилась антимикробная терапия, после получения результатов патогистологического исследования назначалась гормонотерапия, рекомендовалось обследование на ИППП. Большинство женщин в женскую консультацию после операции не явились, только 6 из них были пациентками БАГК. Сведения о гинекологических заболеваниях и проведении реабилитационных мероприятий представлены в таблицах 5, 6.

Таким образом, реабилитационные мероприятия у пациенток первой группы осуществлялись при неблагоприятных исходах беременностей в 73,1% случаев, при гинекологических заболеваниях – в 83,3% ( $p < 0,05$ ), тогда как во второй группе – в 7% и 7,1% соответственно ( $p > 0,05$ ). Сведений о санаторно-курортном лечении в анамнезе больных второй группы нет.

Проведенное нами исследование показывает, что своевременные профилактические мероприятия по предупреждению последствий ВЗОМТ с обязательным привлечением преформированных и природных фак-

торов способствуют улучшению репродуктивного здоровья женщин. Этапные персонафицированные реабилитационные мероприятия у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий являются действенной мерой предупреждения развития необратимой инфертильности.

Алгоритм пошаговой профилактики бесплодия в группе пациенток с ВЗОМТ представлен на схеме. Внедрение подобного подхода в практическое здравоохранение Краснодарского края, богатого лечебными природными факторами, способно повлиять на демографическую ситуацию в регионе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесов Н. Н., Романов Н. Е. Краткие сведения о курорте Анапа и климате Анапского района // Наставление для врачей по комплексному использованию курортных факторов Анапы в лечении детей и взрослых. – Анапа, 1968. – С. 3–4.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / Под редакцией И. С. Сидоровой, Т. В. Овсянниковой, И. О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 720 с.
3. Грязелечение / А. П. Холопов, В. А. Шашель, Ю. М. Перов, В. П. Настенко. Кубан. мед. ин-т. – Краснодар: Периодика Кубани, 2002. – 284 с.
4. Дриневский Н. П. Исторические аспекты в изучении лечебного воздействия пелоидов // Детская курортология и физиотерапия: Тр. Украинского НИИ детской курортологии и физиотерапии. Вып. 5. – Евпатория, 1997. – С. 3–9.
5. Йодобромная бальнеотерапия / А. П. Холопов, В. А. Шашель, О. Г. Прилепская, В. П. Настенко: Кубан. гос. мед. акад., ЗАО «Краснодар: бальнеолечебница». – Краснодар: Периодика Кубани, 2003. – 224 с.
6. Кулаков В. И. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов / В. И. Кулаков, Ф. А. Маргиани, Т. А. Назаренко, Л. В. Дубницкая // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 3. – С. 33–36.
7. Кулаков В. И. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия: теоретические и практические подходы / В. И. Кулаков, Б. Б. Леонов. – М., 2000. – 782 с.
8. Практическая гинекология: Клинические лекции / Под редакцией В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 4-е изд., доп. – 752 с.
9. Прилепская В. Н. Воспалительные заболевания органов малого таза / В. Н. Прилепская, В. В. Яглов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 128 с.
10. Урогенитальные инфекции у женщин: Клиника, диагностика, лечение / Под редакцией В. И. Кисиной, К. И. Забирова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 280 с.
11. Физиотерапия и курортология / Под редакцией В. М. Боголюбова. – М.: издательство БИНОМ, 2009. – Книга III. – 312 с.
12. Физиотерапия и курортология / Под редакцией В. М. Боголюбова. – М.: издательство БИНОМ, 2008. – Книга I. – 408 с.
13. Экологические и медицинские проблемы Черноморского побережья Кавказа / В. А. Шашель А. П. Холопов, Ю. М. Перов. – Краснодар: Диапазон-В, 2006. – 304 с.

Поступила 20.05.2013