

ТОРФЯНО-ИЛОВЫЕ ГРЯЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Ф.К. Тетелютина, О.В. Копьева,

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Тетелютина Фаина Константиновна – e-mail: juliya-doc@mail.ru

При анализе влияния торфяно-иловых грязей в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза установлено, что включение в лечебный комплекс торфяно-иловых грязей оказывает благоприятное влияние на гормоногенез у больных с нормальным менструальным циклом, сохраненным менструальным ритмом и недостаточностью лютеиновой фазы цикла.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания органов малого таза, торфяно-иловые грязи, лечение.

In the analysis of influence of peat silt mud in complex treatment of chronic inflammatory diseases of bodies of a small pelvis it is established that inclusion in a medical complex of peat silt mud has beneficial effect on гормоногенез at patients with the normal menstrual cycle kept by a menstrual rhythm and insufficiency of a luteinovy phase of a cycle.

Key words: chronic inflammatory diseases of bodies of a small pelvis, peat silt mud, treatment.

Несмотря на успехи в разработке новых методов лечения хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) продолжают оставаться одной из актуальных проблем клинической практики [1]. В структуре гинекологических заболеваний пациенты с воспалительными заболеваниями придатков матки составляют 60–65% [2]. Наличие тазовых болей, бесплодие, невынашивание, эктопические беременности на фоне ХВЗОМТ подчеркивают медико-социальную значимость данной патологии [2, 3]. В связи с этим особую значимость имеет повышение качества лечения больных ХВЗОМТ с использованием комплексных, патогенетически обоснованных подходов [3].

Целью исследования явилось изучение влияния торфяно-иловых грязей на состояние гормонального статуса в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 184 женщины с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Все больные были распределены на 2 репрезентативные группы, получающие различные методы лечения: 1-я группа – 98 женщин, в комплекс лечения которых помимо традиционной противовоспалительной и антибактериальной терапии входило использование торфяно-иловых грязей. Параллельно была сформирована группа сравнения, в которую вошли 86 женщин, также страдавших ХВЗОМТ, которые получали традиционную терапию.

Отбор пациенток в группу осуществлялся в соответствии с критериями.

Критериями включения в исследование были: наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза; отсутствие противопоказаний для санаторно-курортного лечения с использованием грязелечения.

Критериями исключения из исследования были: общие противопоказания для назначения пелоидотерапии; острые воспалительные заболевания женских половых органов и мочевыделительной системы; обострение хро-

нических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов; гнойные процессы придатков матки; гормонально зависимые заболевания женской половой сферы (миома матки, киста яичников, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия); маточные кровотечения любой этиологии; беременность; стадия обострения любого сопутствующего заболевания; наличие оперативных вмешательств на матке (миомэктомия, гистерэктомия).

Все пациентки обследованы в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 года № 572н.

При обследовании больных учитывались длительность и многокомпонентность предстоящего лечения (фармакологическое, бальнеологическое, физиотерапевтическое, гормональное). Особое внимание, помимо гинекологического статуса, биохимических, иммунологических, гематологических, бактериологических, радиоиммунологических, инструментальных, физикальных и эндоскопических методов исследования, обращали на наличие и характер сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Гормональные исследования проводились с учетом фаз менструального цикла до начала лечения и по его окончании (2–3-й менструальный цикл). Оценивались уровни ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона в ранней фолликулярной (6–8-й дни менструального цикла) и в середине лютеиновой фазы цикла (20–21-й дни) радиоиммунологическим методом в сыворотке крови, взятой из локтевой вены.

Торфяно-иловые грязи использовались из месторождения «Варзи-Ятчи», расположенного в Алнашском районе Удмуртской Республики. По комплексу физико-химических показателей торф Южного участка месторождения Варзи-Ятчи в соответствии с Классификацией минеральных вод и лечебных грязей для целей их сертификации

(МУ № 2000/34 Минздрава России) характеризуется как минерализованный слабосульфидный. Лечебные торфяные грязи этого месторождения рассматриваются как эталонные для данного типа пелоидов. Высоко качество варзятчинского торфа обусловлено также большим количеством биологически активных органических веществ и хорошими теплофизическими свойствами. Торф месторождения Варзи-Ятчи рекомендован для проведения бальнеотерапевтических процедур при лечении воспалительных болезней женской половой сферы. В лечебных целях использовались низкоминерализованные слабосульфидные, высокозольные торфяные грязи, лечебные маломинерализованные воды сульфатно-натриево-магниево-кальциевого состава, содержащие органические вещества и серебро. Курс лечения включал общие грязи или грязевые аппликации («брюки», «труссы») при $t=38^{\circ}\text{C}$ по 10–12–15 минут через день, грязевые вагинальные тампоны при $t=40^{\circ}\text{C}$ в течение 2–3 часов, после чего проводились спринцевания сульфатно-кальциевой минеральной водой. Ректальные тампоны назначались отдельно либо вместе с вагинальными по 30 минут 1,5 часа ежедневно или через день. Минеральная вода использовалась не только для приема внутрь, но и в виде общих ванн при $t=37^{\circ}\text{C}$ по 10 минут, восходящего душа в течение 10 минут, ежедневных вагинальных орошений по 10 минут. Общие грязи или грязевые аппликации, ванны, душ назначались через день, вагинальные и ректальные тампоны проводились ежедневно, курс составлял 6–8 процедур. Из аппаратных методов терапии использовались вагинальная магнитотерапия аппаратом «Полюс-2» ежедневно по 15 минут 6–8 процедур и вибромассаж промежности в течение 5 минут через день, на курс 4–5 процедур. Проводился ручной массаж пояснично-крестцовой области 6–8 раз по 20 минут и гинекологический массаж ежедневно по 10 минут 5–8 раз. Лечебная физкультура проводилась после введения вагинального тампона ежедневно.

Возраст наблюдавшихся пациенток колебался от 20 до 39 лет. Средний возраст больных группы наблюдения составил $28,1 \pm 1,8$ года, группы сравнения – $27,7 \pm 1,1$ года ($p > 0,05$).

Результаты исследования

Контингент женщин, страдающих ХВЗОМТ, представлен молодыми, трудоспособными лицами, большинство из которых были (135; 73,2%) в наиболее активном репродуктивном периоде жизни (25–35 лет), что подчеркивает социально-экономическую значимость изучаемой проблемы. Все больные в течение нескольких лет до начала исследования находились на лечении в женских консультациях с верифицированными диагнозами. Обращает внимание, что высока доля женщин, живущих половой жизнью вне брака, это составляет третью часть от обследуемых женщин. Высокие психоэмоциональные нагрузки на работе отмечали 60,8±5,2 на 100 опрошенных. Каждая третья пациентка указала на длительную работу с компьютером и длительное нахождение в одном положении, каждая четвертая женщина указывала на тяжелый умственный труд, работу в ночное время, запыленность помещения. Только 8,2±3,5 на 100 опрошенных в группе наблюдения и 10,5±4,4 на 100 опрошенных в группе сравнения исключили влияние вредных факторов.

Из анамнеза жизни установлен высокий инфекционный индекс в детском и подростковом периодах жизни. Перенесли ветряную оспу 85 (46,2%), корь 20 (10,9%), краснуху 26 (14,1%), скарлатину 17 (9,2%), инфекционный гепатит 15 (8,2%) пациенток. Каждая вторая (50,4%) пациентка страдала рецидивирующим тонзиллитом. Частые респираторно-вирусные заболевания отметил 131 (71,2%) пациент.

Установлена высокая частота соматической патологии: в среднем 2,6 заболеваний на 1 женщину. Первое ранговое место среди экстрагенитальной патологии занимали заболевания мочевыводящих путей, второе – заболевания желудочно-кишечного тракта, третье – заболевания органов дыхания.

В анамнезе у 131 (71,2%) наблюдавшейся пациентки были констатированы заболевания женских половых органов. Первое ранговое место среди гинекологических заболеваний занимал бактериальный вагиноз, второе – инфекции, передаваемые половым путем, третье – хронический цервицит, четвертое – хронический двухсторонний сальпингоофорит, пятое – вагинит, шестое – хронический эндометрит, седьмое – доброкачественная опухоль яичника, восьмое – нарушение менструального цикла, девятое – миома матки, десятое – гиперплазия эндометрия. На перенесенную ИППП в анамнезе указали 75 (40,8%) пациенток, 68 (90,6%) – на комбинированную инфекцию. Следует указать, что в 39,9% наблюдений установлено сочетание ХВЗОМТ с хроническим цервицитом, в 44,0% – с бактериальным вагинозом.

Каждая вторая женщина в прошлом перенесла оперативное вмешательство. Количество операций на 1 женщину составило от 1 до 3. Несомненно, высокая частота соматических и гинекологических заболеваний имела место в формировании иммунного статуса и его дефектов как преморбидного фона, способствовавшего снижению эффективности естественных противоинфекционных барьеров к началу репродуктивного периода и связанных с ним неизбежных физических и психических стрессовых ситуаций (аборты, роды, контрацепция, диагностические манипуляции и др.).

Начало половой жизни в среднем составило $18,6 \pm 0,6$ года. 47 (25,5%) пациенток начали половую жизнь ранее 18 лет, 117 (63,5%) пациенток – в возрасте от 18 до 25 лет, 20 (11,0%) – позднее 25 лет.

Оценивая менструальную функцию обследуемых больных, мы выявили, что менархе у пациенток варьировало от 9 до 17 лет и составило в среднем $13,4 \pm 0,2$ года, что соответствует общепринятым нормам в популяции. У 141 (76,6%) больной менструации были регулярными с менархе, у 37 (20,1%) пациенток стали регулярными в течение первого года, у 6 (3,5%) человек – в течение первых двух лет. У большинства женщин менструации протекали безболезненно. У 47 (25,5%) женщин боли были умеренными или незначительными. У 26 (14,1%) больных с началом половой жизни и после родов менструации стали менее болезненными. Из них у 23 (12,5%) альгодисменорея перестала беспокоить после родов, а у остальных 3 (1,6%) – сохранялась. По продолжительности менструальный цикл был нормальным у 133 (72,8%), у 34 (18,4%) – укорочен и у 17 (9,3%) – удлинен до 35 дней.

Нарушение менструальной функции по типу альгодисменореи отмечено у 98 (53,3%) пациенток, по типу гиперполименореи – у 33 (17,9%) и по типу гипоменструального синдрома – у 18 (9,2%) пациенток.

Анализ профилактики нежелательной беременности показал, что обследуемые нами женщины на отдавали предпочтения какому-либо методу контрацепции. Из 100 опрошенных женщин 12,5±2,8 использовали презервативы, 14,7±2,4 – прерванный половой акт, комбинированные оральные контрацептивы – 14,7±2,4, календарный метод – 7,1±1,8, ВМК – 17,2±2,2, гестогенсодержащие контрацептивы – 2,2±1,1 на 100 обследуемых. Не предохранялись 32,8±3,6 на 100 женщин. Из них 22,8±2,6 состояли в бесплодном браке, причем при обследовании пары мужской фактор бесплодия был выявлен лишь у 4 женщин из 42 всех обследуемых. Бесплодие было выявлено у 21,3±4,8 на 100 опрошенных. Таким образом, бесплодие установлено у каждой четвертой женщины (у 42 пациенток из 184). Из них у 20 пациенток было первичное бесплодие, что составило 10,97±2,4, а у 22 – вторичное, 12,0±2,6 на 100 опрошенных.

Оценка причин и факторов развития ВЗОМТ указывает, что 41 женщин (22,3±3,1 из 100 обследованных) связывает начало заболевания с перенесенным искусственным абортom, 12 пациенток (6,5±1,9 на 100 обследованных) – с патологическими родами (на 100 обследованных), 18 (9,8±2,2 на 100 обследованных) – с использованием внутриматочной контрацепции, 69 женщин (37,5±4,2 на 100 обследованных) связывают начало заболевания с недолеченным острым воспалительным процессом органов малого таза. 44 женщины (21,9±3,6 на 100 обследованных) считают, что заболевание связано со снижением иммунитета вследствие переохлаждения – 21 человек (11,4±2,4 на 100 обследованных), вредных условий труда – 6 человека (3,3±1,3 на 100 обследованных), плохой экологической обстановки – 3 (1,6±1,1 на 100 обследованных), началом половой жизни – 7 (3,8±1,4 на 100 обследованных), тяжелого острого инфекционного заболевания – 1 (0,5±0,5 на 100 обследованных). Остальные 6 женщин (3,3±1,3 на 100 обследованных) не смогли ответить на вопрос. 81 (44,0±5,2 на 100 обследованных) пациентка указала на несколько факторов развития ВЗОМТ. Таким образом, нами установлено, что ведущими факторами развития хронических воспалительных заболеваний органов малого таза являются инфекции, передаваемые половым путем, недолеченные острые воспалительные процессы органов малого таза, аборты и сочетания различных факторов.

Для адекватной оценки состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и выяснения влияния торфяно-иловой грязи на гормональный гомеостаз проведена оценка содержания в крови эстрадиола, прогестерона, ФСГ, ЛГ и пролактина в фолликулиновой и лютеиновой фазе менструального цикла до и после лечения у больных обеих групп (2–3-й менструальный цикл).

По уровню содержания указанных гормонов в крови женщин обеих групп у 62 (33,6%) пациенток установлен нормальный 2-фазный менструальный цикл, у 76 (41,4%) пациенток – недостаточность лютеиновой фазы цикла и у

46 (25,7%) пациенток – монофазный цикл на фоне умеренной эстрогенной стимуляции.

В то же время, анализируя и сопоставляя реакцию яичников в аспекте стероидогенеза после влияния торфяно-иловых грязей в комплексе лечения, мы отмечаем существенную разницу. У больных группы наблюдения уровень эстрадиола как в первой с 60,2±5,83 до 89,74±4,62 пг/мл, так и во второй с 112,81±4,28 до 148,42±4,38 пг/мл фазе цикла повышается с достаточно высокой степенью достоверности, что для восстановления репродуктивной функции имеет особо важное значение ($p>0,01$).

Оценивая содержание прогестерона в плазме крови у пациенток между группами следует указать достоверное повышение его во второй фазе цикла после лечения в группе наблюдения 38,8±1,82 нмоль/л по отношению к группе сравнения 32,42±1,62 нмоль/л ($p<0,05$). Анализируя данный показатель внутри группы следует указать, что секреция прогестерона в группе наблюдения во второй фазе менструального цикла после лечения увеличивается почти в 2 раза ($p<0,001$), соответственно, в группе сравнения лишь в 1,5 раза ($p<0,05$).

В группе наблюдения отмечена более выраженная циклическая секреция гонадотропных гормонов, что проявлялось повышением уровня ФСГ и ЛГ.

У пациенток с исходной недостаточностью лютеиновой фазы цикла после комбинированного лечения с использованием торфяно-иловых грязей наблюдалось достоверное повышение среднего уровня прогестерона в первой и особенно во второй фазе менструального цикла. Уровень эстрадиола также достоверно повышался более существенно в первую фазу менструального цикла ($p<0,001$).

В группе сравнения тенденция аналогичная, но повышение уровня прогестерона во второй фазе менструального цикла, хотя и достоверно, но намного меньше, чем у больных группы наблюдения (в 2,5 раза). В группе сравнения не наблюдается в среднем изменения концентрации ФСГ во второй фазе цикла независимо от проведенного лечения (I фаза – до лечения 7,82±0,22 после лечения 7,52±0,24 ммг/л; II фаза – 6,84±0,27 и 6,42±0,32 ммг/л). В то время как у женщин группы наблюдения установлено достоверное снижение концентрации ФСГ во второй фазе цикла после комбинированного лечения в среднем до 5,58±0,16 мМЕ/л ($p<0,01$).

Аналогичные, но менее выраженные изменения происходили с концентрацией ЛГ. Наблюдалось снижение концентрации ЛГ во второй фазе менструального цикла у женщин группы наблюдения после лечения в среднем до 10,69±0,32 мМЕ/л (до лечения 11,88±0,30 мМЕ/л) ($p<0,05$).

Следует указать, что у больных с ановуляторными циклами и нарушенным менструальным ритмом комплексное лечение с использованием торфяно-иловой грязи оказывает положительное действие на стероидогенез в яичниках, но в меньшей степени, чем при сохраненном менструальном ритме и недостаточности лютеиновой фазы цикла.

Так, наряду с нормализацией менструального ритма у женщин, получавших торфяно-иловые грязи, уровень эстрадиола в группе наблюдения после лечения существенно повышается в обе фазы менструального цикла ($p<0,001$). Уровень прогестерона во 2-й фазе менструального

цикла после лечения достоверно возростал ($p < 0,05$), но был ниже, чем у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы цикла.

В группе сравнения у этого контингента больных, наряду с существенным повышением уровней эстрадиола ($p < 0,001$), увеличение концентрации прогестерона во 2-й фазе менструального цикла произошло лишь в 1,5 раза ($p < 0,05$).

А диапазон различий в уровнях ФСГ и ЛГ в обеих фазах цикла вообще минимален, что свидетельствует о сохранившемся монотонном режиме их секреции.

Обращает внимание, что ФСГ и ЛГ физиологически коррелирует с колебаниями концентрации эстрадиола ($r = +0,36$) и прогестерона ($r = +0,42$) ($p < 0,05$). Так, концентрация ФСГ после лечения в группе наблюдения составила в среднем в I фазе $7,48 \pm 0,46$ мМЕ/л, во II фазе $6,88 \pm 0,36$ мМЕ/л, что достоверно выше в сравнении с пациентками с нормальным менструальным циклом ($p < 0,01$). Концентрация ЛГ, соответственно, $7,18 \pm 0,28$ и $10,47 \pm 0,44$ мМЕ/л, что также достоверно выше к средним значениям женщин с нормальным менструальным циклом ($p < 0,001$).

Анализируя характер секреции пролактина, мы не нашли достоверных различий в группах женщин с различными нарушениями менструального цикла. Наблюдается тенденция к увеличению концентрации пролактина в плазме крови после комбинированного лечения с использованием торфяно-иловой грязи, но достоверных различий нет ($p > 0,05$).

Учитывая функциональные взаимоотношения дофаминергической регуляции с нейропептидным комплексом

регуляции симпато-адреналовой системы, возможно, полученные данные отражают своеобразное напряжение в структурах дофаминергической регуляции.

Важным, на наш взгляд, является тот факт, что колебания концентрации пролактина у обследуемых женщин не выходили за пределы физиологической нормы и в условиях применения торфяно-иловой грязи отражали классический вариант напряжения в системе гипоталамус-гипофиз, что можно оценить как положительный компонент комплексного лечения.

Заключение

Таким образом, показаны особенности гормонального режима до и после завершения лечения больных с ХВЗОМТ. Установлено, что включение в лечебный комплекс торфяно-иловых грязей оказывает наиболее благоприятное влияние на гормоногенез у больных с нормальным менструальным циклом, сохраненным менструальным ритмом и недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Женщинам с ановуляторной дисфункцией яичников при дальнейшей реабилитации репродуктивного здоровья, по всей вероятности, придется включать гормональную коррекцию. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Гинекология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014. 1000с.
Radzinskiy V.E., Fuks A.M. Gynekologiya: uchebnyk. M., GEOTAR. 2014. 1000s.
2. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология: национальное руководство. М: «ГЭОТАР-Медиа». 2009. 650с.
Kulakov V.I., Savel'eva G.M., Manukhin I.B. Gynekologiya: nazionalnoe rukovodstvo. M., GEOTAR-Media. 2009. 650s.
3. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье. М., РУДН. 2011. 727с.
Radzinskiy V.E. Reproduktivnoe zdorov'e. M., RUDN. 2011. 727s.