



ОСНОВАН В 1993 ГОДУ

р е ц е н з и р у е м ы й ж у р н а л

ФАРМАТЕКА

д л я п р а к т и к у ю щ и х в р а ч е й

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / УРОНЕФРОЛОГИЯ

bionika-media bionika-media bionika-media bionika-media bionika-media



12 [265]
2013



РНМОТ

**КУРОРТ МЕРТВОГО
МОРЯ НА ДОМУ.
ВОЗМОЖНОСТИ
ПОВЫШЕНИЯ
ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-
ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО
БЕСПЛОДИЯ
У ЖЕНЩИН**

bionika-media bionika-media bionika-media bionika-media bionika-media

Одноразовые инъекторы для влагалищного и ректального грязелечения

Грязь Мёртвого моря классифицируют как иловую, сульфидную, высокоминерализованную (в 1 л пелоида содержится 242,4 грамма действующих веществ).

В состав входят такие минералы, как полевые шпаты, кварц, слюды, каолин (белая глина), бетонит, также - соли магния, калия, кальция, брома, меди, цинка, железа, лития, кобальта, йода, марганца и др.

В составе грязи Мертвого моря обнаружены специфические гормоноподобные вещества (дериваты мужских и женских половых гормонов).

250

МИНЕРАЛИЗАЦИЯ

(СОДЕРЖАНИЕ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ) Г/Л

Содержание активных веществ в грязи Мертвого моря в 4-30 раз выше, чем в других известных грязевых месторождениях



БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Высокое содержание сульфитных групп в грязи Мертвого моря позволяет успешно применять её для лечения хронических воспалительных процессов.

Под влиянием грязелечения активируются адаптационные механизмы, восстанавливаются нарушенные болезнью функции, улучшаются крово- и лимфообращение. Нормализуются

процессы обмена веществ, стимулируются процессы регенерации.

Лечебная грязь оказывает на организм комплексное воздействие.

Благодаря своему составу грязь интенсифицирует микроциркуляцию крови и, следовательно, все обменные процессы в слизистых оболочках.

Действие грязевой процедуры не

ограничивается временем её проведения; существует период последействия, эффект каждой процедуры суммируется и устойчиво закрепляется.

Рекомендуется в качестве адьювантного лечения указанных в показаниях заболеваний или в качестве реабилитационных мероприятий и восстановительного лечения.

Лечебные эффекты: противовоспалительный, антисептический, спазмолитический, обезболивающий, трофический, регенерирующий, нормализующий функцию органа.

Показания:

ВЛАГАЛИЩНОЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ

хронический аднексит, эндометрит в стадии ремиссии воспалительного процесса, спаечный процесс малого таза, синдром хронических тазовых болей, хронический цистит, эрозии шейки матки, хронический атрофический вагинит, бактериальный вагиноз, недержание мочи, бесплодие.

РЕКТАЛЬНОЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ

хронический простатит, эпидидимит, орхит, везикулит, спаечный процесс в области малого таза и брюшной полости, мужское бесплодие, хронический ректосигмоидит.

Сопутствующий эффект: повышение потенции.

Противопоказания

- . общие противопоказания к санаторно-курортному лечению
- . индивидуальная непереносимость компонентов продукта
- . злокачественные новообразования любой локализации и подозрение на них
- . острые воспалительные заболевания влагалища, матки, придатков матки, прямой кишки, простаты

NB: При внутривлагалищном применении нагревания инъекторов с гелем не требуется

Клиническое изучение эффективности и безопасности геля на основе грязи Мёртвого моря (ГММ) проводилось при хроническом аднексите, спаечном процессе в малом тазу, бактериальном вагинозе, кандидозе и бесплодии у женщин, хроническом простатите у мужчин на клинических базах г. Москвы, г. Кемерово. У женщин с **хроническим аднекситом со спаечным процессом и болевым синдромом** грязевые вагинальные тампоны использовались в комплексной терапии в условиях санатория-профилактория (Марфино). Эффективность лечения достигла 96% и характеризовалась исчезновением болей в низу живота, восстановлением секреторной и менструальной функции, улучшением либидо и объективных показателей. При лечении **бактериального вагиноза и урогенитального кандидоза** выздоровление наблюдалось у 82,8% и 63,3% больных соответственно. У женщин с **трубно-перитонеальным бесплодием** ГММ применяли после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах на протяжении 12 дней через 14-30 дней после лапароскопии. Через 1-2 мес. после лечения у 12,5% женщин наступила желанная беременность при продолжительности бесплодия 5-6 лет. При **бесплодии, обусловленном гипофункцией яичников**, изучали гормональный ответ на воздействие ГММ: отмечалось статистически значимое увеличение содержания в сыворотке крови прогестерона – с $18,8 \pm 8,5$ до $36,3 \pm 11,1$ нмоль/л, а также эстрадиола – с $32,0 \pm 7,3$ до $61,0 \pm 13,4$ (p<0,001). У 50% больных констатировано восстановление овуляторных циклов.

У мужчин при **бактериальных формах хронического простатита** достигнут высокий эффект при монотерапии ГММ (выраженный и хороший эффект – 34% и 60% соответственно). При **хроническом застойном простатите** (синдроме хронической тазовой боли) целесообразно комбинированное грязелечение с дренирующими процедурами для ускорения разрешения застойного процесса в предстательной железе.

Литература 1. Клиническое применение соли и грязи Мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин. Руководство для врачей / Г.Б. Дикке, Е.Ф. Кира, Э.З. Маев, О.И. Аполихин, В.И. Курчишвили. – М., 2010. – 48 с. 2. Артымук Н.В., Кондратьева Т.А., Власова В.В. Возможности пелоидотерапии в лечении недостаточности лютеиновой фазы. – Пробл. репродукции. – 2009. – С. 164.

правообладатель и разработчик
БиЛайфМед



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»

Тел./факс: (495) 788 - 77 - 46

e-mail: info@ru486.ru, pentcroft@mail.ru

WWW.REPRO21.RU

Реклама

КУРОРТ МЕРТВОГО МОРЯ НА ДОМУ. ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Г.И. Василенко¹, Г.Б. Дикке²

¹ ООО ЛДЦ «Биомед», Таганрог

² ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ, Москва
Автор для связи: Г.Б. Дикке – д.м.н., проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН; e-mail: galadikke@yandex.ru

Восстановление фертильности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием по-прежнему остается трудной задачей. Повышение эффективности лечения может быть достигнуто с помощью комплексного подхода, что явилось целью исследования, в которое были включены 80 женщин с продолжительностью бесплодия менее 10 лет, рандомизированные в 2 группы. На первом этапе лечения небольшой части пациенток была проведена реконструктивно-пластическая операция на маточных трубах (по показаниям). Все женщины получали консервативную терапию, во второй группе дополненную применением вагинальных тампонов с гелем на основе грязи Мертвого моря в амбулаторных условиях. В результате частота наступления беременности в этой группе была в 4 раза выше, чем в группе сравнения.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, внекурортное лечение, грязь Мертвого моря

Recovery of fertility in women with tubal-peritoneal infertility remains a challenging task. Improvement of efficacy of treatment may be achieved with integrated approach; this was the aim of study which included 80 women with duration of infertility at least 10 years, randomized in two groups. As the first stage of treatment, some patients underwent reconstructive plastic surgery on the fallopian tubes (if it was indicated). All women received conservative therapy, which was supplemented with the use of vaginal swabs with a gel-based Dead Sea mud in outpatient settings in the second group. As a result, the pregnancy rate in this group was four times higher than in the control group.

Key words: tubo-peritoneal infertility, resort therapy at home, Dead Sea mud

Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) занимает ведущее место в структуре бесплодного брака и является самой трудной патологией в плане восстановления фертильности. Частота ТПБ колеблется от 35 до 60 % и обнаруживается в среднем среди половины пациенток, обращающихся по поводу лечения бесплодия. При этом считается, что преобладает трубный фактор (35–40 %), а перитонеальная форма бесплодия встречается реже (9,2–34 %) [9–11].

Несмотря на значительные достижения современной медицины в оказании помощи женщинам с бесплодием, включая методы вспомогательных репродуктивных технологий, значительная часть супружеских пар все же остаются бесплодными, что определяет необходимость поиска новых альтернативных методов восстановления фертильности. При этом наиболее актуальным представляется комплексный подход на основе современных и традиционных методов [2].

Цель исследования: повысить эффективность лечения ТПБ у женщин с использованием уникально-

го курортного комплекса – геля на основе грязи Мертвого моря (ГММ) – во внекурортных условиях по месту постоянного проживания пациенток.

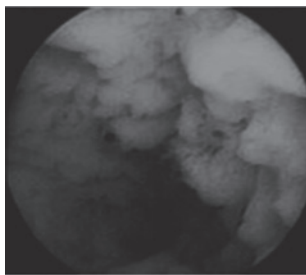
Материал и методы

Под наблюдением находились 80 женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза, обратившихся в ООО ЛДЦ «Биомед» Таганрог, за 2008–2012 гг. Пациентки были разделены методом случайной выборки на 2 группы по 40 человек. Возраст обследованных был от 22 до 34 лет ($27,5 \pm 5,6$ и $28,1 \pm 4,3$ года, $p > 0,05$). Период бесплодия составил от 3 до 10 лет ($4,9 \pm 1,4$ и $4,5 \pm 1,2$ года, $p > 0,05$).

Предварительно получены общие медико-биологические данные о пациентках. Методы специального объективного обследования включали изучение анамнестических данных и гинекологическое исследование. Клинико-лабораторное и функциональное исследование включили общий анализ крови, изучение микробиоценоза (полимеразная цепная реакция, бактериологический посев), тест на совместимость слизи цервикального канала со спермой мужа.

В первую фазу менструального цикла гормональное обследование состояло из определения уровней фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона – (ЛГ), пролактина, эстрадиола, тиреотропного гормона (ТТГ), тестостерона; во вторую – из уровня прогестерона с помощью иммуноферментного и иммунофлуоресцентного методов с использованием тест-систем SUNRISE фирмы TECAN. Ультразвуковое сканирование проведено с помощью аппарата SonoScape-8000 (Китай) с использованием эндовагинального конвексного датчика частотой 7,5 МГц. Выполнены фолликулометрия, гистероскопия (по показаниям), раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и гистологическое исследование соскобов эндометрия. Материал обработан по обычной методике с парафиновой заливкой и окрашиванием срезов гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизона. Проприетарность маточных труб изучена методом метросальпингографии с использованием рентгеноконтрастных растворов (урографин, 20 мл).

Рис. 1. Пациентка Н., 32 г. Гистероскопия. Мелкие полиповидные образования на фоне хронического эндометрита



Части (19 %) пациенток по показаниям предварительно была проведена реконструктивно-пластическая операция лапароскопическим доступом с целью восстановления проходимости маточных труб (сальпинголизис, фимбриопластика, рассечение спаек).

Пациенткам первой группы проведена комплексная терапия, которая включила раствор хлористого кальция 1 % – 200 внутривенно (в/в), № 10, физраствор 200 с гидрокортизоном 1 мл в/в, № 5, Лонгидазу по 3000 ЕД внутримышечно (в/м), № 7, через 3 дня, Вобэнзим по 5 таблеток 3 раза в сутки 20 дней, Генферон по 250 000 ЕД 2 раза в сутки 10 дней, поливитамины.

Во второй группе описанный комплекс лечения был дополнен вагинальными тампонами с гелем на основе ГММ по 60 мл с экспозицией 25 минут в задний и боковые своды на курс 10–12 процедур. Через месяц курс грязелечения был проведен повторно. Для внутривлагалищного введения грязевых тампонов использованы иньекторы промышленного производства для внекурортного использования, содержащие гель с ГММ, отнесенной к среднесульфидным соленасыщенным иловым лечебным грязям [3].

Статистическая обработка результатов исследований проведена в стандартном приложении Microsoft Office Excel. Основные статистические показатели вычислены при помощи пакета прикладных программ Statistika. Использован метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95 % доверительного интервала (ДИ). Достоверность разницы между

Рис. 2. Пациентка С., 29 лет. Метросальпингограмма. Двусторонние гидросальпинксы



двумя средними показателями оценена по критерию Стьюдента (t). Для сравнения количественных значений использован доверительный интервал, в который попадали 95 % всех значений – выборочное среднее плюс-минус три стандартных отклонения (правило трех σ).

Результаты исследования

У обследованных нами больных отмечены следующие особенности клинико-патогенетического течения заболевания: высокая частота детских инфекций в анамнезе (44 %), хронических воспалительных заболеваний половых органов и эндометриоза (100 и 30 % соответственно), остеохондроз и избыточная масса тела (по 16 %); нарушения менструального цикла (нормогонадотропная гипофункция яичников, недостаточность лютеиновой фазы – 10 %), 30 % – в прошлом перенесли инфекции, передаваемые половым путем. Средняя продолжительность заболевания составила 4,7 года. У 70 % пациенток выявлено первичное бесплодие, у 30 % – вторичное (в анамнезе имели место искусственное прерывание беременности, самопроизвольные выкидыши). Среди 18 % пациенток диагностирован хронический эндометрит. При этом во время гистероскопии у них визуализировалась слизистая оболочка матки неравномерной толщины с мелкими полиповидными образованиями и усиленным сосудистым рисунком (рис. 1).

При гистологическом исследовании соскоба эндометрия выявлены лимфоидная инфильтрация стромы, в ряде случаев – очаговая гиперплазия

базального слоя эндометрия, железистые или железисто-фиброзные полипы эндометрия. У двух пациенток обнаружены внутриматочные синехии I–II степеней, произведено их разрушение. При гистологическом исследовании выявлены фиброзные изменения стромы эндометрия.

При метросальпингографии у 10 пациенток выявлена частичная проходимость маточных труб вследствие спаечного процесса I–II степеней в малом тазу и у 5 – наличие двусторонних гидросальпинксов (рис. 2). Этим женщинам лечение было проведено после реконструктивно-пластического оперативного лечения.

Большинство пациенток хорошо переносили назначенный курс лечения. Болезненность в месте инъекции препарата Лонгидаза отметили 34 % женщин.

Динамика клинической картины заболевания под влиянием лечения характеризовалась исчезновением болей внизу живота и пояснично-крестцовой области, нормализацией функций желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, восстановлением секреторной и менструальной функций, улучшением либидо, уменьшением и исчезновением дискомфорта и зуда во влагалище, уменьшением болевых ощущений при физической нагрузке и бимануальном исследовании, значительным уменьшением или исчезновением тяжести в сводах влагалища, нормализацией консистенции, подвижности матки и придатков, восстановлением 2-й степени чистоты влагалищного секрета. Улучшение клинической картины заболевания отмечено у 76 и 92 % пациенток первой и второй групп соответственно.

После проведенного лечения во время контрольного ультразвукового исследования у 62 % пациенток первой группы и у 89 % второй отмечены правильная дифференциация слоев эндометрия в динамике менструального цикла, нормализация экзогенности зоны соприкосновения эндометрия и базальной пластинки эндометрия. У пациенток с внутриматочными синехиями исчезли прерывистые эхосигналы от эндометрия.

Гормональный ответ на воздействие ГММ состоял в статистически значимом увеличении содержания в сыворотке крови прогестерона – с $8,5 \pm 3,1$ до $26,6 \pm 8,5$ нмоль/л ($p < 0,001$) (в контроле – 7,8 до 15,6 нмоль/л), а также эстрадиола – с $36,0 \pm 9,3$ до $161,0 \pm 73,4$ пмоль/л ($p < 0,001$) (в контроле – 29,0 до 122,1 пмоль/л). Содержание ФСГ, ЛГ, ТТГ и пролактина достоверно не менялось.

При использовании ГММ аллергических реакций ни в одном случае отмечено не было. У 12,5 % пациенток во время приема вагинальных процедур имело место выраженное чувство жжения в месте аппликации геля, что объясняется высокой минерализацией ГММ. В таких ситуациях проведено сокращение времени экспозиции (до 15–20 минут) и выполнены процедуры с большим интервалом между ними (через день).

Оценка эффективности по критерию «наступление беременности» была осуществлена в обеих группах через 12 месяцев после проведенного курса. В первой группе (без грязелечения) беременность наступила у 5 (12,5 %) пациенток, во второй (с грязелечением) – у 21 (52,5 %) ($p < 0,05$). Данные эффективности применяемого лечения представлены на рис. 3.

Ведение беременности осуществлено в соответствии с общепринятыми стандартами. В первой группе одна беременность закончилась поздним выкидышем в сроке 20 недель, остальные – нормальными родами в срок. Во второй группе – нормальные роды в сроке 38–40 недель наблюдались у всех женщин.

Обсуждение результатов

Окклюзия дистальных отделов маточных труб и спаечный процесс в малом тазу являются одной из наиболее частых форм бесплодного брака. В 1980-е гг. при данной форме женского бесплодия в практическую медицину стало все более широко внедряться хирургическое лечение, проводимое лапароскопическим доступом. Однако уже в то время представлялось, что, несмотря на ряд значительных преимуществ перед микрохирургическими операциями, выполняемыми путем

Рис. 3. Клиническая эффективность комбинированного метода лечения с использованием геля на основе грязи Мертвого моря



чревосечения, такой подход не даст возможности в корне изменить ситуацию и позволит оказать действенную помощь лишь пациенткам с незначительными или весьма умеренными анатомическими изменениями придатков матки, а при выраженном спаечном процессе в малом тазу может вообще оказаться неэффективным.

Так, согласно исследованию В.М. Здановского и соавт., изучавших эффективность реконструктивно-пластических операций на придатках матки при ТПБ в зависимости от степени поражения спаечным процессом, при I стадии поражения придатков матки удалось достичь весьма высокой частоты наступления маточной беременности, которая составила 59,1 %, и результатов, соответствующих лучшим результатам лапароскопических операций, приведенных в литературе. Однако при II стадии частота наступления маточной беременности оказалась ниже почти в 3 раза (20,3 %), а при III и IV – незначительной (7,1 %) и крайне низкой (4,5 %) соответственно. Общая частота наступления беременности (маточной и эктопической) имела ту же закономерность: при I стадии превышала 65 %, прогрессивно снижаясь до 6,8 % при IV ($p < 0,001$). Суммарная частота маточной беременности составила лишь около 20 % [4].

Аналогичные сведения приводят Т.А. Назаренко и соавт.: при незначительных изменениях в малом тазу (спаечном процессе I–II степеней по классификации Hulka) эффективность восстановления репродуктивной

функции после эндоскопических операций достаточно высока – 25–45 %. У больных с I степенью распространенности спаечного процесса и в отсутствие сопутствующих причин бесплодия (неполноценность спермы мужа) реконструктивные операции были эффективными для 40–45 % пациенток, при II степени выраженности спаечного процесса – для 30–35 %, при III – 15 %, при IV – лишь для 8 % пациенток [7].

По мнению большинства авторов, только консервативная терапия не приводит к рассасыванию спаек и восстановлению проходимости маточных труб. Терапию необходимо проводить в несколько этапов, сочетая консервативное и хирургическое лечение [2]. В отсутствие эффекта от проводимого консервативного и хирургического лечения по прошествии года показано применение метода экстракорпорального оплодотворения – ЭКО [6–9].

В комплексной консервативной терапии ТПБ хорошо зарекомендовали себя препараты с ферментативной активностью. Так, оценка эффективности применения Лонгидазы в комплексной терапии больных со спаечным процессом в области малого таза на фоне воспалительных заболеваний придатков матки, эндометриоза, с оперативными вмешательствами на органах брюшной полости в анамнезе продемонстрировала положительное влияние на течение спаечного процесса и наступление беременности [10].

Несомненным резервом оптимизации лечения хронических воспали-

Таблица Сравнительная оценка эффективности методов лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза

Процедура	Эффективность (наступление беременности), %	Источник
Эффективность стандартной процедуры ЭКО по показателю частоты наступления беременности на однократный перенос эмбрионов (возраст – до 35 лет и после)	39–27	Американское общество репродукции человека
Эффективность реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном факторе бесплодия (I–II степеней спаечного процесса наличием гидросальпинксов и без них) в течение 2 лет после операции	13–41	К.В. Краснополская и соавт., 2001
Эффективность консервативного лечения с использованием ГММ при ТПБ в сочетании НЛФ в течение года	50	Т.А. Устинова, 2011
Эффективность комплексного консервативного лечения с использованием ГММ при ТПБ в течение года	53	Настоящее исследование

тельных заболеваний придатков матки (ХВЗПМ) и ТПБ является применение природных лечебных грязей и препаратов, полученных на их основе, которые обладают способностью регулировать нейрогуморальные и иммунные процессы, предупреждать и снижать дистрофические изменения, стимулировать регенерацию клеточных элементов [2].

Так, например, проведение лапароскопии и раннее начало пелоидофизиотерапии в послеоперационном периоде позволяют улучшать результаты комплексного лечения женщин с ХВЗРМ. Применение электрофореза 1 %-ного раствора экстракта иловой сульфидной грязи с первых-вторых суток после лапароскопии повышает эффективность лечения ХВЗПМ по непосредственным и отдаленным результатам до 91 % случаев, частота эпизодов обострения и рецидивирования синдрома тазовых болей уменьшается в 3 раза, восстановление детородной функции достигается у 55 % больных [8].

Пелоиды (лечебные грязи) являются природными физическими факторами, действие которых на организм больного наиболее физиологично. В современных условиях при ХВЗПМ просматриваются четкие тенденции, с одной стороны, к использованию малоинвазивных методов оперативной диагностики и лечения, с другой – к оптимизации мероприятий, направленных на реабилитацию функций органов женской репродуктивной системы [1, 2, 7–9]. Достижения последних лет дают основание считать методы физиотерапии одними из перспективных с учетом их возможности дифференцированного и направленного действия на различные звенья

патогенеза заболевания, повышение адаптационных возможностей при минимальном риске развития побочных эффектов [2, 5].

Для использования уникальной по своему составу и действию ГММ [3] во внекурортных условиях была разработана и выпускается в промышленных масштабах специальная форма – инъекторы с гелем на основе ГММ, содержащие 60 мл геля, вместе с одноразовыми вагинальными/ректальными катетерами по 6 штук в упаковке [5].

Проведенное ранее клиническое изучение эффективности и безопасности применения геля на основе ГММ для лечения больных ХВЗПМ и бесплодием на нескольких клинических базах (Москва, Кемерово, пос. Марфино) показало, что для женщин с хроническим аднекситом со спаечным процессом и болевым синдромом грязевые вагинальные тампоны в сочетании с аппликациями из ГММ на низ живота в количестве 8–10 ежедневных процедур в условиях санатория–профилактория оказались эффективными в 96 % случаев, характеризовались исчезновением болей внизу живота и пояснично-крестцовой области, нормализацией функций желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, восстановлением секреторной и менструальной функций, улучшением либидо, уменьшением и исчезновением дискомфорта, сухости и зуда во влагалище, уменьшением болевых ощущений при физической нагрузке и бимануальном исследовании, значительным уменьшением или исчезновением тяжести в сводах влагалища, нормализацией консистенции, подвижности матки и придатков, восстановлением 2-й степени

чистоты влагалищного секрета [5].

По данным Т.А. Устиновой, при консервативном лечении ТПБ в сочетании с эндокринным фактором (недостаточность лютеиновой фазы) частота наступления беременности составила 50 % по сравнению с группой плацебо, где эффективность была лишь 15 % ($p = 0,04$). Расчеты показали, что повышение абсолютной пользы при применении интравагинальной пелоидотерапии составило 35 %, повышение относительной пользы – 230 %. Отношение шансов вероятности получения положительного результата при использовании указанного метода лечения по сравнению с плацебо составило 5,7 (95 % ДИ – 1,3–24,6) [12].

Аналогичные результаты получены также в настоящем исследовании: клинический эффект достигнут в 92 % случаев, а частота наступления беременности – 52,5 % среди женщин, получавших комплексную реабилитацию с помощью ГММ, что выше, чем средние показатели эффективности реконструктивно-пластических операций и ЭКО (см. таблицу), и сопоставимо с данными исследований Т.А. Устиновой.

Комплексное действие ГММ на организм позволяет с успехом использовать их для лечения бесплодия с субпроходимостью маточных труб и нормогонадотропной гипофункцией яичников, обусловленной ХВЗПМ. Исследование Н.В. Артымук показало, что гормональный ответ на воздействие интравагинальной пелоидотерапии ГММ после 12-дневного курса лечения заключался в значимом увеличении содержания в сыворотке крови прогестерона и эстрадиола и у всех больных констатировано восстановление овуляторных циклов, при этом уже

через 60 дней желанная беременность наступила у 20 % пациенток [1].

Лечебные свойства ГММ и ее продуктов общеизвестно. Высокое содержание сульфидных групп в ГММ, обладающих противовоспалительным и дефиброзирующим действиями, позволяет успешно применять ее для лечения хронических воспалительных процессов во многих областях медицины, в т. ч. в гинекологии. Под влиянием грязелечения активизируются адаптационные механизмы, восстанавливаются нарушенные болезнью функции, улучшается крово- и лимфообращение, нормализуются процессы обмена веществ, улучшается тканевое дыхание, стимулируются процессы регенерации. Лечебная грязь оказывает на организм комплексное воздействие. Благодаря своему химическому составу грязь интенсифицирует микроциркуляцию крови и, следовательно, все обменные процессы в слизистых оболочках. Находящиеся в грязях минеральные соли, микроэлементы и органические вещества способствуют нормализации микробного дисбаланса, оказывают коагулирующее и кератолитическое действия, стимулируют созревание коллагеновых структур и подавляют аутоиммунные процессы, обеспечивают бактерицидные, фунгицидные и противовоспалительные свойства [5].

Действие грязевой процедуры не ограничивается временем ее прове-

дения, существует период последействия, эффект каждой процедуры суммируется и устойчиво закрепляется [5].

В настоящем исследовании отмечено также, что простота выполнения процедур и хорошая их переносимость позволяют использовать этот вид лечения не только в амбулаторно-поликлинических условиях, но и на дому, что может быть актуально для большинства пациенток, ведущих активный образ жизни, которые трудятся и не обладают большим запасом времени для ежедневного посещения лечебно-профилактических учреждений. С другой стороны, возможность получения этого уникального вида лечения, ранее доступного лишь в санаторно-курортных условиях за рубежом (Израиль), в привычной обстановке без отрыва от производства и домашних дел, без стресса для организма, связанного с переменой климато-географической зоны, и без значительных финансовых затрат позволяет констатировать, что он может быть доступен большинству нуждающихся в нем женщин. «Курорт на дому» – это новая высокоэффективная медицинская услуга, которая должна занять достойное место в числе инновационных методов лечения в современных социально-экономических условиях.

Таким образом, использование вагинальных тампонов с гелем на основе ГММ позволяет значительно повы-

шать эффективность лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза и исходы беременностей, рекомендовать широкое внедрение методики в амбулаторно-поликлиническую практику, в т. ч. на дому.

Выводы

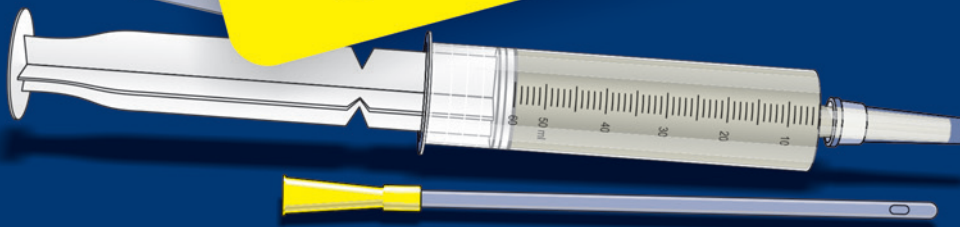
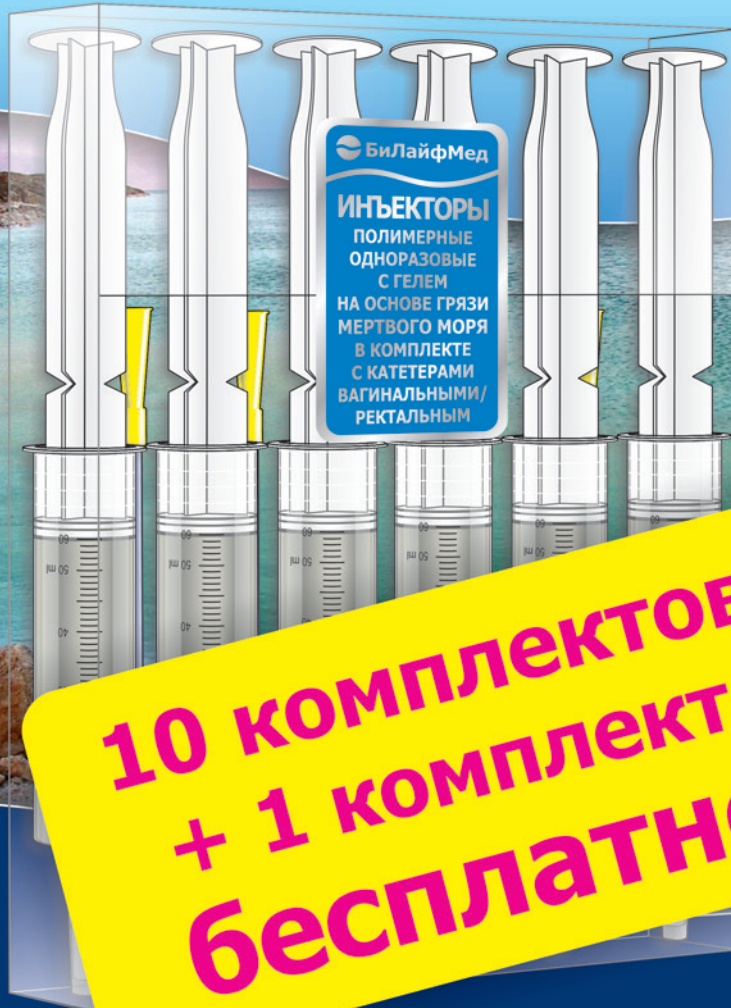
1. При использовании вагинальных тампонов с гелем на основе ГММ в комплексном лечении женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия достигается более выраженный клинический эффект (92 %) по сравнению с традиционным лечением (86 %), включая увеличение функциональной активности яичников.
2. Частота побочных эффектов во время приема вагинальных процедур ГММ составила 12,5 % в виде умеренно выраженного чувства жжения в месте аппликации геля, что объясняется высокой минерализацией ГММ.
3. Наступление беременности было достигнуто 52,5 % женщин, получавших комплексное лечение с использованием ГММ, что в 4 раза выше по сравнению с группой женщин, получавших лечение без применения пелоидотерапии.
4. Простота выполнения процедур и их хорошая переносимость позволяют рекомендовать лечение не только в амбулаторно-поликлинических условиях, но и самостоятельно, организовав «курорт на дому».

ЛИТЕРАТУРА

1. Артымук Н.В., Кондратьева Т.А., Власова В.В. Влияние интравагинальной пелоидотерапии на гормональный гомеостаз женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза // Сибирский мед. журнал 2008. № 4–1. С. 22–3.
2. Дикке Г.Б. Природные и преформированные физические факторы в восстановлении репродуктивного здоровья женщин. Обзор основных научных исследований в ТНИИКиФ за 10 лет (К 80-летию ТНИИКиФ) // Сибирский мед. журнал 2001. № 3–4. С. 94–100.
3. Заключение о качестве и бальнеологической ценности лечебной грязи Мертвого моря (Израиль). ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии МЗ и СР РФ». 2007. 3 с.
4. Здановский В.М., Фандеева Л.В. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // Проблемы репродукции 2000. № 3.
5. Дикке Г.Б., Кира Е.Ф., Маев Э.З., Аполихин О.И., Курчишвили В.И. Клиническое применение соли и грязи Мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин. Руководство для врачей. М., 2010. 48 с.
6. Ковалева Л.А. Возможности ферментной терапии при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза // РМЖ 2010. Т. 18. № 19. С. 1162–64.
7. Назаренко Т.А., Дуриня Э.Р., Перминова С.Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин // Гинекология 2004. Т. 6. № 6. С. 323–25.
8. Невоструев С.А. Морфофункциональное состояние придатков матки при хроническом воспалении и комплексном лечении с использованием грязевого экстракта (экспериментально-клиническое исследование). Дисс. канд. мед. наук. Томск, 2004.
9. Овсянникова Т.В., Кампилова Д.П. Бесплодие у женщин: диагностические и лечебные подходы // РМЖ 1998. Т. 6. № 16. С. 20–3.
10. Петрович Е.А., Манухин И.Б. Инновационный подход к лечению трубно-перитонеального бесплодия // Гинекология 2010. Т. 12. № 3. С. 15–20.
11. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М., 2010.
12. Устинова Т.А. Применение интравагинальной пелоидотерапии в комплексе лечения женского бесплодия. Дисс. канд. мед. наук. Омск, 2011.

АКЦИЯ АКЦИЯ АКЦИЯ

ИНЪЕКТОРЫ ПОЛИМЕРНЫЕ ОДНОРАЗОВЫЕ С ГЕЛЕМ НА ОСНОВЕ ГРЯЗИ МЕРТВОГО МОРЯ В КОМПЛЕКТЕ С КАТЕТЕРАМИ ВАГИНАЛЬНЫМИ/РЕКТАЛЬНЫМИ



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»

Тел./факс: (495) 788 - 77 - 46

e-mail: info@ru486.ru, pentacraft@mail.ru

WWW.REPRO21.RU



правообладатель и разработчик

БиЛайфМед



Рекомендовано ФГУ "НИИ Урологии Росмедтехнологий"