

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА И БАКТЕРИАЛЬНОГО МАТОЧНОГО НОСИТЕЛЬСТВА МЕТОДОМ ВНУТРИМАТОЧНОГО ДИАЛИЗА

Терапия бесплодия у больных с явлениями хронического эндометрита и бактериального маточного носительства сложна. Как правило, в организме больной женщины наряду с указанной патологией существует еще ряд причин, обуславливающих бесплодие [1, 2, 3]. Так, нередко сочетание аднекситов с изменением функции яичников и наличием спаечного процесса в трубах или в малом тазу и хронического эндометрита; нередко к этому сочетанию добавляется и бактериальное маточное носительство, само по себе препятствующее биогенезу процесса зачатия.

Мы не отождествляем понятие хронического неспецифического эндометрита и бактериального маточного носительства. Последнее может, кроме указанного выше сочетания, существовать и как отдельная нозологическая форма, когда не наблюдается проникновения микроорганизмов в эндометрий и соответствующей ответной воспалительной его реакции. Причины этого, видимо, связаны с явлениями индивидуальной рецептивности ткани эндометрия и с особенностями иммунных систем. Указанные изменения могут быть врожденного или приобретенного характера, что определяется условиями нашего века — большими контактами с профвредностями, широким бытовым распространением химических веществ, синтетических волокон и т. д., а также может быть следствием перенесенных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, влияющих на систему нейро-регуляторных механизмов гомеостаза, в том числе и гормональных. Снижение эстрогеновой насыщенности в ряде случаев отражается на рецепции тканей половой системы и в значительной мере влияет на выраженность клиники воспалительного процесса (острое, подострое, хроническое). Видимо, бактериальное маточное носительство — это определенная ареактивность эндометрия. Но это одна сторона вопроса. Было бы неправильным не учитывать и характеристики самих микробов, так сильно изменяющих свои свойства в наше время, способных существовать в различных ассоциациях, поддерживающих или подавляющих друг друга.

Видимо, и этим объясняются варианты клинического проявления воспалительного процесса или только бактериального маточного носительства.

В данной работе мы не будем касаться терапии различных патогенетических нарушений, сопутствующих хроническому неспецифическому эндометриту или бактериальному маточному носительству и обуславливающих в комплексе бесплодие женщины. Речь будет идти лишь о целесообразности местного лечения и различных его видах.

Изучение ультраструктуры эндометрия при хроническом воспалительном поражении его выявило резкое усиление продукции коллагеновых волокон активными и гиперактивными фибробластами [3]. Известно, что рубцы и спайки, имеющие в основе гистологической структуры различное содержание коллагеновых волокон, а также отложения фибрина у воспалительных очагов, значительно затрудняют переход различных лекарств в очаг воспаления. Это объясняет трудности лечения хронического воспаления эндометрия, даже если добиться высокой концентрации лекарственного вещества в крови. С другой стороны, высокая частота хронического бактериального маточного носительства требует проведения бактерицидной терапии, создание же высокой концентрации в крови антибиотика нередко является безуспешным. Вот почему чрезвычайно актуальным является разработка методов лечения, направленных на проведение лекарств в толщу стромы эндометрия. Известные методы местного лечения — внутриматочные орошения — направлены, в основном, на поверхностные слои эндометрия, стимуляцию рецепторной чувствительности его, но не на растворение коллагенового волокна, рассасывание воспалительных инфильтратов и уничтожение микробного фактора.

Нами разработан метод лечения хронического эндометрита и бактериального маточного носительства путем маточного диализа лекарственной смесью в составе димексида, лидазы, настойки календулы и раствора новокаина.

Предпосылкой включения ДМСО в диализирующий раствор явилась исключительная способность его проводить водорастворимые вещества в ткани, расплавлять и предупреждать формирование коллагеновых волокон. Этому способствует и лидаза. Лекарственное растение календула достаточно известна в практической медицине противовоспалительными и антибактериальными свойствами.

Состав диализирующих растворов

Смесь № 1 — 5% раствор ДМСО на 0,5% растворе новокаина — 10 мл.

Смесь № 2 — 5% раствор ДМСО на 0,5% растворе новокаина — 10 мл и лидаза — 64 ЕД растворяется в растворе ДМСО и новокаина.

Смесь № 3 — 5% раствор ДМСО на 0,5% растворе новокаина — 9 мл и настойка календулы — 1 мл.

Смесь № 4 — 5% раствор ДМСО на 0,5% растворе новокаина — 5 мл и настойка травы календулы — 5 мл (из расчета 2 столовых ложек на 200 мл воды).

Смесь № 5 — 5% раствор ДМСО на 0,5% растворе новокаина — 9 мл, настойка календулы — 1 мл и 64 ЕД лидазы растворяется в растворе ДМСО и новокаина.

Смесь № 6 — 5% раствор ДМСО на 0,5% растворе новокаина — 10 мл и антибиотик (пенициллин, мономицин, канамицин) растворяется в смеси ДМСО и новокаина.

Диализ выполнялся ежедневно с помощью маточного накопника Мандельштама. Диализирующий раствор вводился с частотой 40 капель в минуту. Курс лечения состоял из 6—7 процедур. Лечение проводилось в первой половине менструального цикла, через 2 дня после окончания менструации.

Проведено лечение 70 больных с бесплодием. Первая группа — 27 женщин имели явления хронического эндометрита, диагностированного при гистологическом исследовании эндометрия, полученного путем выскабливания полости матки за 4—5 дней до ожидаемой менструации. В эндометрии, полученном в это время цикла, легко отдифференцировать предменструальные изменения от истинных гистологических воспалительных реакций. Вторая группа — 42 женщины, у которых при бактериологическом обследовании констатируется бактериальное маточное носительство. Чаще выявлялись стафилококки гемолитические, патогенные, гемолитические эшерихии, клебселы.

Обеим группам больных проводился внутриматочный диализ с той лишь разницей, что в случаях бактериального маточного носительства в смесь включался антибиотик, к которому определялась максимальная чувствительность флоры. При явлениях хронического эндометрита без высевания флоры из полости матки предпочиталось включение в смесь лидазы и календулы. Последняя была главной антибактериальной силой и в случаях маточного носительства флоры, не чувствительной к антибиотикам.

После 1 курса лечения больные отмечали усиление выделения белей перед менструацией, увеличение кровопотери. В последующем этих явлений не наблюдалось, более того, у большей части больных, имевших клиническое проявление патологии, нормализовались менструации, исчезли пред- и постменструальные кровомазания, боли. Эффект мы склонны отнести к действию внутриматочного диализа, так как какого-либо другого воздействия в это время не было. Более того, эффект от местной терапии, ликвидировавшей патологию менструальной функции, подтверждает, что нарушения были связаны в определенной мере и с явлениями хронического эндометрита. Вскоре, в течение 0,5 года после проведенных 1—2 курсов лечения внутриматочным диализом без какой-либо другой терапии, 15 женщин имели беременность; среди них 11 женщин из II группы с бесплодием и бактериальным маточным носительством и 4 женщины — из I группы, при обследовании у которых был установлен диагноз хронического неспецифического эндометрита.

Лучший результат получен при лечении женщин с бесплодием и бактериальным маточным носительством. По всей вероятности, хронический эндометрит является большей патологией, сочетаясь нередко с поражением и других отделов генитального аппарата, особенно с хроническими аднекситами, дающими и гормональный, и трубный генез бесплодия. В таких случаях необходимо обязательно комплексное лечение, включающее в себя и преформированные физические факторы, и супергидротубации, и гормонотерапию, и витаминотерапию с параллельным проведением курсов внутриматочного диализа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грюнберг И. И. и др. В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия, М., 1979.
2. Дубосарская З. М. В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия, М., 1979, с. 33—34.
3. Калашникова-Мачавариани Э. Н., Папиташвили Р. Ф. В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия, М., 1979, с. 35—36.