

УДК 618.14-002-036.12-07

DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.06

ВЫСОКИЕ РИСКИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Е.Г. Кобаидзе, М.М. Падруль

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Россия, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26

На фоне снижающихся показателей фертильности женщин однозначно актуальной остается проблема роста числа больных репродуктивного возраста с различными заболеваниями. Хронический эндометрит, являясь проблемой современной гинекологии и репродуктологии, формирует вероятность развития нарушения менструальной функции, анемии, синдрома хронической тазовой боли. Цель исследования состояла в оценке риска появления соматической патологии и качества жизни у женщин с хроническим эндометритом. Группа исследования была сформирована из 42 пациенток фертильного возраста с хроническим эндометритом, группу сравнения составили близкие по возрасту практически здоровые женщины ($n = 33$), которые обратились с целью подбора контрацептивных средств.

Установлено, что у женщин с хроническим эндометритом значительно выше, чем в группе сравнения, регистрируется соматическая патология, в том числе хронический гастрит, функциональные заболевания кишечника, болезни желчного пузыря, болезни мочевыделительной системы и хронический назофарингит (относительный риск от 1,25 до 4,62; $p < 0,05$). Высокие показатели соматической патологии указывают на снижение факторов иммунологической защиты, неспецифической реактивности к патологическим изменениям молекулярных механизмов в сторону нарушения тканевого и клеточного гомеостаза. У пациенток группы наблюдения отмечено снижение качества жизни, снижение выносливости и увеличение усталости, снижение эмоциональной активности и уровня социальной деятельности.

При ведении больных с хроническим эндометритом врачам всех специальностей рекомендовано использовать оздоровительное лечение на всех этапах обращения больной (а не только на этапе прегравидарной подготовки). Указано на необходимость индивидуализировать комплекс фармакологических средств, физиотерапевтических и бальнеологических методов, диетотерапию для восстановления основных видов обмена, антиоксидантных процессов, факторов иммунологической защиты и неспецифической реактивности, а также использование оздоровительного лечения не только гинекологической, но и сопутствующей соматической патологии.

Ключевые слова: репродуктивный возраст, хроническая воспалительная патология, соматические заболевания, качество жизни, хронический эндометрит, репродуктивное здоровье.

Всемирная организация здравоохранения предложила обозначить понятие «репродуктивное здоровье» следующим образом: «Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов». На фоне снижающихся показателей фертильности женщин однозначно актуальной остается проблема роста числа больных репродуктивного возраста с различными заболеваниями как соматического, так и гинекологического генеза, приводящими к бесплодию. За последнее время зарегистрирован определенный рост использования вспомогательных репродуктивных тех-

нологий (ВРТ) для лечения бесплодия. Однако имеются патологии, лечение которых осложнено, которые обуславливают неудачные имплантации при ВРТ. В частности, на сегодняшний день во всех странах маточный фактор становится сложной и плохо поддающейся лечению проблемой бесплодия. Эпидемиологические показатели хронического эндометрита (ХЭ) у женщин фертильного возраста разнятся от 1 до 70 %, но его роль в нарушении репродукции уже не оспаривается [9, 12]. Исходы данной патологии для каждой больной индивидуальны, так как, несмотря на большое количество современных лабораторно-диагностических методик изучения состояния слизистой оболочки матки, невозможно прогнозировать функ-

© Кобаидзе Е.Г., Падруль М.М., 2017

Кобаидзе Екатерина Глазовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии (e-mail: eka7i@yahoo.com; тел.: 8 (342) 217-09-05).

Падруль Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, профессор (e-mail: m-padrul@mail.ru; тел.: 8 (342) 217-09-05).

циональное состояние эндометрия у данной категории больных. ХЭ может стать проблемой для пациентки: он становится причиной нарушения менструальной функции, развития анемии, синдрома хронической тазовой боли, хронической усталости, бесплодия, снижает качество жизни человека. Также стоит отметить рост онкогинекологической патологии у больных с хроническими заболеваниями в анамнезе, что, соответственно, свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы [10, 14]. Волнообразно-прогрессирующий характер воспалительного процесса при хроническом эндометрите, отсутствие специфических клинических симптомов, сложность идентификации этиологических агентов в эндометрии, срыв физиологических факторов защиты от повреждения, формирующееся нарушение рецептивности эндометрия, недооценка клинических проявлений врачом и больной, возможное формирование аутоиммунного течения болезни и, соответственно, проблема этиотропной терапии – вот общая характеристика хронического эндометрита на современном этапе.

Развивается острый или хронический воспалительный процесс, в его реализации в той или иной степени участвует весь организм человека. Большой интерес врачей в вопросах профилактики осложнений и реабилитации вызывают эндогенная система защиты и поиск универсальных регуляторов физиологических функций организма. При действии патогенных факторов развивается общая схема воспалительного и иммунного ответа: начало воспаления, работа антигенпрезентирующих клеток, формирование адаптивного иммунного ответа, миграция иммунных лимфоцитов-эффекторов, увеличение концентрации антител в очаге воспаления, деструкция антигенов и тканей, поврежденных патогеном, и выведение продуктов распада системами выделения организма – печенью, почками, кишечником и т.д. [2, 7, 15]. Наличие хронической воспалительной патологии желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей не рассматривается практикующими гинекологами в контексте взаимосвязи с хроническими эндометритами. Наличие экстрагенитальных очагов хронического воспаления может способствовать снижению адаптационных возможностей организма и стать поддерживающим фактором хронической воспалительной патологии в матке. Имеются сообщения, что любой хронический очаг инфекции в организ-

ме, в том числе и хронический сальпингоофорит, может быть источником поступления инфекции в желчный пузырь [3], способствовать развитию хронического бескаменного холецистита. Стоит отметить, что возможное обратное влияние воспалительных болезней желчного пузыря на состояние эндометрия не изучено. В литературе есть сведения о патологическом влиянии хронического тонзиллита на становление менструальной функции у девочек, на осложнение беременности [6]. Также приводятся сведения об общности у пациентов с хроническим эндометритом микрофлоры, персистирующей в эндометрии, и обнаруженной в небных миндалинах [11]. Негативное влияние хронического пиелонефрита на течение беременности сейчас уже не вызывает сомнений [4, 5, 13]. Но его присутствие у гинекологических больных – малоизученная проблема. На фоне снижающихся показателей количества здоровых женщин однозначно актуальной остается оценка уровня качества жизни. Улучшение терапевтического исхода невозможно без реализации рекомендаций, полученных на основании таких исследований.

Цель исследования – оценить качество жизни и риск появления соматической патологии у женщин с хроническим эндометритом.

Материалы и методы. Проведенное исследование имело характер клинического аналитического проспективного анализа. Проведено обследование 75 женщин репродуктивного возраста, проживающих в г. Перми (2015, 2017). Обследуемые были разделены на две группы: первую составили практически здоровые женщины ($n = 33$), которые обратились с целью подбора контрацептивных средств; вторая группа была сформирована из 42 пациенток ($n = 42$) с хроническим эндометритом. Критериями включения женщин в исследование были:

- диагноз хронического эндометрита, верифицированный путем морфологического исследования;
- давность заболевания более года;
- отсутствие острой или обострения хронической соматической патологии;
- отсутствие признаков обострения хронической воспалительной патологии органов малого таза (хронического сальпингита, оофорита, эндометрита, цервицита, вагинита).

Комплексное обследование пациенток обеих групп включало: анализ паспортных данных, сбор анамнеза, оценку менструальной и репродуктивной функций, общее клиническое и гине-

кологическое исследование, выявление соматической патологии, анализ общеклинических лабораторных исследований, оценку качества жизни путем использования SF-36, статистические методы анализа.

Опросник SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ). Он широко используется при проведении исследований качества жизни здорового населения и групп больных с различными хроническими заболеваниями. Анализ качества жизни проводили по нескольким шкалам [1, 8, 16, 17]:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – данная шкала показывает, в какой степени физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок; низкие баллы свидетельствуют о том, что физическая активность обследуемого значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевая деятельность (Role-Physical Functioning – RP) – шкала определяет влияние физического состояния человека на повседневную жизнедеятельность; низкие значения свидетельствуют об ограничении повседневной деятельности вследствие физического состояния.

3. Телесная боль (Bodily pain – BP) – данная шкала позволяет выяснить интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность обследуемой заниматься повседневной деятельностью; низкие значения также указывают на значительное ограничение повседневной активности из-за боли.

4. Общее здоровье (General Health – GH) – по данной шкале можно судить, как женщина в настоящий момент оценивает состояние здоровья, сопротивляемость болезням; низкие показатели говорят об ухудшении состояния здоровья.

5. Жизнеспособность (Vitality – VT) – шкала позволяет на основании ощущений обследуемой оценить, имеется ли у нее повышенная усталость или она полна энергии; низкие значения баллов указывают на возрастание утомляемости.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – по данной шкале можно оценить удовлетворенность уровнем социальной активности; низкие баллы, соответственно, указывают на снижение уровня социальной деятельности.

7. Эмоциональное состояние (Role-Emotional – RE) – шкала позволяет оценить влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность пациента; низкие баллы свидетельствуют о снижении работоспособности,

обусловленном ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) – шкала позволяет оценить настроение: низкие значения указывают на наличие у обследуемой тревожных переживаний.

Показатели каждой шкалы варьируются от 0 до 100 баллов, где 100 – полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по восьми шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни [16, 17]. Параметры по группам оценивались и представлены медианой (*Me*) и процентильным интервалом (25–75). Для сравнения групп и исследования связей использовались непараметрические методы (тест Манна–Уитни для сравнения двух независимых выборок). Для анализа взаимосвязей между частотами встречаемости признака (соматических и гинекологической патологии) в группе использован критерий хи-квадрат (χ^2). Анализ межгрупповых различий по частотам встречаемости признаков также выполнен с применением критерия χ^2 . Использовали метод расчета отношения шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом. Как один из способов оценки факторов риска и вероятности возникновения нарушения здоровья у больных женщин применяли показатель относительного риска с 95%-ным доверительным интервалом.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин группы 1 – от 19 до 44 лет (средний возраст – $30,90 \pm 7,09$ г.), группы 2 – от 21 до 44 лет (средний возраст – $34,11 \pm 4,79$ г.). Анализ репродуктивного анамнеза в группе 1 выявил следующие особенности: роды имели в анамнезе 11 человек ($33,33 \pm 16,72$ %); 5 случаев выкидыша до 5 недель гестации зафиксированы у $15,15 \pm 12,71$ % женщин, $\chi^2 = 3,46$; $p = 0,06$; случаев неразвивающейся беременности не установлено; медицинские абортс делали в $24,24 \pm 15,2$ % (8) случаев, $\chi^2 = 6,97$; $p = 0,008$, т.е. частота встречаемости данного признака в этой группе статистически значима; $96,97 \pm 6,08$ % женщин предохранялись от нежелательной беременности презервативом, что указывает на статистически значимое отличие частоты встречаемости этого признака у этой категории обследуемых ($\chi^2 = 58,30$; $p < 0,001$).

Анализ гинекологического анамнеза пациенток группы 1 показал, что пролиферативные заболевания матки, такие как лейомиома, имеются у $6,06 \pm 8,46$ % женщин, аденомиоза не

выявлено. Анализ частоты встречаемости хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы выявил, что хроническим сальпингитом, аднекситом, цервицитом женщины не болели, хронический цервицит закончился хирургическим лечением шейки матки у 2 пациенток ($6,06 \pm 8,46 \%$, $\chi^2 = 0,52$; $p = 0,473$). Характеристика менструального цикла показал, что менархе наступило своевременно у $87,88 \pm 11,57 \%$ (29) женщин, других нарушениях менструации в данной группе не выявлено.

Анализ репродуктивного анамнеза в группе женщин с ХЭ показал следующее: бесплодие первичное и вторичное имели $57,14 \pm 15,42 \%$ (24) пациенток, $\chi^2 = 30,86$; $p < 0,001$; роды – $14 (33,33 \pm 14,69 \%)$, прерывали беременность путем медицинского аборта $54,76 \pm 15,51 \%$ женщин ($p < 0,001$), что указывает на статистически значимое отличие частоты встречаемости данного явления в этой группе больных. Беременность закончилась нежелательным исходом – выкидыш и неразвивающаяся беременность – по $26,19 \pm 13,7 \%$ ($\chi^2 = 10,46$; $p < 0,001$) случаев, что также указывает на статистически значимое отличие частоты встречаемости данных признаков в этой группе больных. Пролиферативные заболевания матки (лейомиома) имелись у $14,29 \pm 10,9 \%$ (6) женщин, что свидетельствовало о значимом отличии частоты встречаемости данного признака в этой группе, $\chi^2 = 4,49$; $p = 0,034$. Аденомиоз был у $9,52 \pm 9,15 \%$ (4), $\chi^2 = 2,36$; $p = 0,124$, т.е. признак статистически не значим в этой группе. Анализ частоты хро-

нических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы показал, что хроническим сальпингитом и аднекситом болеют по $40,48 \pm 15,3 \%$ ($\chi^2 = 18,88$; $p < 0,001$), хроническим цервицитом – $47,62 \pm 15,56 \%$ ($p < 0,001$), у $52,38 \pm 15,56 \%$ ($p < 0,001$) применялись хирургические методы лечения шейки матки. В $69,05 \pm 14,41 \%$ случаев женщины с ХЭ имели разные нарушения менструальной функции ($\chi^2 = 10,46$; $p < 0,001$), из них статистически значимыми были альгоменорея ($28,57 \pm 14,08 \%$; $p < 0,001$) и обильные менструальные выделения ($19,05 \pm 12,24 \%$; $p < 0,001$). Сравнительная характеристика описанных выше признаков отражена в табл. 1.

При сравнении анализируемых признаков у здоровых и больных ХЭ женщин выявлены статистически значимые различия между частотой встречаемости медицинского аборта с целью прерывания нежелательной беременности (показатель выше у женщин с ХЭ), хронического аднексита и сальпингита, хронического цервицита, неразвивающиеся беременности и бесплодия.

По индексу массы тела здоровые женщины (группа 1) были разделены следующим образом: нормальные показатели ($18,50$ – $24,99$) отмечены у 23 ($69,7 \pm 16,3 \%$) из 33 женщин; $10 (30,3 \pm 16,3 \%)$ женщин имели избыточную массу и ожирение 1-й степени ($\chi^2 = 9,55$; $p = 0,002$). Во 2-й группе женщины с нормальным весом составили $69,05 \pm 14,41 \%$ (29), с нарушением жирового обмена – $30,95 \pm 14,41 \%$ (13); $\chi^2 = 13,11$; $p < 0,001$.

Таблица 1

Сравнительная характеристика акушерско-гинекологического анамнеза между группами

| Признак | Группа 1 (n = 33), % | Группа 2 (n = 42), % | χ^2 | P | ОШ | ДИ 95%-ный |
|--|-------------------------|-------------------------|----------|--------|--------|---------------|
| Роды | $33,33 \pm 16,0$ | $33,33 \pm 14,6$ | 0,061 | 0,805 | 1,000 | 0,38; 2,63 |
| Бесплодие | 0 | $57,14 \pm 15,4$ | 15,584 | 0,001* | 416,00 | 25; 4195,12 |
| Медицинский аборт | $24,24 \pm 15,0$ | $54,76 \pm 15,5$ | 5,896 | 0,015* | 3,783 | 1,39; 10 |
| Выкидыш | $15,15 \pm 12,0$ | $26,19 \pm 13,7$ | 0,765 | 0,382 | 1,987 | 0,61; 6,43 |
| Неразвивающаяся беременность | 0 | $26,19 \pm 13,7$ | 4,252 | 0,039* | – | – |
| Нарушения менструальной функции | 0 | $69,05 \pm 14,4$ | 22,517 | 0,001* | – | – |
| Лейомиома | $6,06 \pm 8,4$ | $14,29 \pm 10,9$ | 0,591 | 0,442 | – | – |
| Аденомиоз | 0 | $9,52 \pm 9,2$ | 0,799 | 0,371 | – | – |
| Хронический сальпингит | 0 | $40,48 \pm 15,3$ | 8,527 | 0,003* | – | – |
| Хронический аднексит | 0 | $40,48 \pm 15,3$ | 8,527 | 0,003* | – | – |
| Хронический цервицит | 0 | $47,62 \pm 15,5$ | 11,234 | 0,001* | – | – |
| Хирургические методы лечения шейки матки | $6,06 \pm 8,4$ | $52,38 \pm 15,5$ | 16,155 | 0,001* | 17,050 | 3,61; 80,56 |
| Контрацепция | $96,97 \pm 6,08$ | $61,9 \pm 15,1$ | 7,716 | 0,005* | 0,000 | – |

Примечание: * – при сравнении группы здоровых женщин и больных с ХЭ выявлены статистически значимые различия между частотами встречаемости данного признака.

Анализ заболеваний желудочно-кишечного тракта обследованных показал, что хронический гастрит в группе 1 ($n = 33$) выявлен у 4 человек ($12,5 \pm 11,92\%$, $\chi^2 = 2,40$; $p = 0,121$), хронический панкреатит – у 3 ($9,09 \pm 10,19\%$, $\chi^2 = 1,40$; $p = 0,237$); функциональные заболевания кишечника (в частности синдром раздраженного кишечника) – у одной пациентки ($3,03 \pm 6,08\%$), болезни желчного пузыря (учитывали дискинезию желчного пузыря и желчных путей, хронический холецистит) – также у одной пациентки ($3,03 \pm 6,08\%$). Болезней мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, цистит, уретрит), заболеваний щитовидной железы (гипотиреоз, гипертиреоз) у женщин в группе 1 не отмечено. Выявлено по два ($6,06 \pm 8,46\%$, $\chi^2 = 0,52$; $p = 0,473$) случая хронических заболеваний дыхательных путей (хронический фарингит, ринит, назофарингит). Аллергические реакции на продукты питания или средства бытовой химии были отмечены больше чем у половины женщин, аллергия на антибиотики широкого спектра установлена у 6 ($18,18 \pm 13,68\%$, $\chi^2 = 4,52$; $p = 0,003$).

Анализ заболеваний желудочно-кишечного тракта в группе 2 ($n = 42$) показал: хронический гастрит – у $57,14 \pm 15,42\%$, а $42,86 \pm 15,42\%$ в этом отношении здоровы, $\chi^2 = 30,86$; $p < 0,001$; хроническим панкреатит отмечен у $23,81 \pm 13,27\%$ (10 женщин), $\chi^2 = 9,19$; $p = 0,002$; функциональные заболевания кишечника – у $64,29 \pm 14,93\%$ (27), $\chi^2 = 36,90$; $p < 0,001$; болезни желчного пузыря имели место в $61,9 \pm 15,13\%$ (26) случаев, $\chi^2 = 34,81$; $p < 0,001$. Болезни мочевыделительной системы отмечены у $50,0 \pm 15,58\%$ (у 21 больной), $\chi^2 = 25,40$; $p < 0,001$. Заболевания щитовидной железы – у $11,9 \pm 10,09\%$ (5); хронические заболевания дыхательных путей, в частности хронический ринит – у $19,05 \pm 12,24\%$, $\chi^2 = 6,77$; $p = 0,009$, и хронический назофарингит – у $28,57 \pm 14,08\%$,

$\chi^2 = 11,76$, $p < 0,001$. Аллергические проявления на антибиотики широкого спектра обнаружены у $35,71 \pm 14,93\%$ (15), $\chi^2 = 15,91$; $p < 0,001$.

В результате применения критерия Манна – Уитни обнаружены статистически значимые различия между группами по анализу крови. В частности, у женщин с ХЭ (группа 2) обращает на себя внимание факт увеличения количества палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов, низкие значения скорости оседания эритроцитов, что может указывать на снижение факторов иммунологической защиты и неспецифической реактивности организма (табл. 2).

При сравнении пациенток групп 1 и 2 выявлены статистически значимые различия между частотами встречаемости таких заболеваний, как хронический гастрит, функциональные заболевания кишечника, болезни желчного пузыря, болезни мочевыделительной системы и хронический назофарингит. Указанные патологии чаще встречались у пациенток с ХЭ. Обнаружены статистически не значимые различия между частотами встречаемости таких признаков, как нарушение веса, хронический панкреатит, хронический ринит, аллергическая реакция на антибиотики, в группе здоровых и больных женщин. Сравнительная характеристика описанных выше патологий отражена в табл. 3.

При расчете относительного риска нарушения здоровья по значимой соматической патологии у больных с ХЭ выявлено: риск хронического гастрита – $OP = 2,190$, 95%-ный ДИ 1,48–3,24; функционального заболевания кишечника – $OP = 3,021$, 95%-ный ДИ 1,98–4,62; болезней желчного пузыря – $OP = 2,889$, 95%-ный ДИ 1,92–4,34; болезней мочевыделительной системы – $OP = 2,571$, 95%-ный ДИ 1,84–3,59; хронического назофарингита – $OP = 1,743$, 95%-ный ДИ 1,25–2,43 (уровень значимости взаимосвязи при $p < 0,05$),

Таблица 2

Сравнительная характеристика по анализу крови между группами

| Показатель | Группа 1 ($n = 33$) <i>Me</i> (25–75 %) | Группа 2 ($n = 42$) <i>Me</i> (25–75 %) | <i>p</i> |
|--------------------------------------|---|---|----------|
| Лейкоциты ($10^9/\text{л}$) | 5,2 (4,7–5,5) | 4,7 (4,1–5,3) | 0,029* |
| Нейтрофилы палочкоядерные (%) | 2 (1–2) | 2 (2–3) | 0,005* |
| Моноциты (%) | 9 (6–10) | 11 (9–12) | 0,003* |
| Лимфоциты (%) | 31 (27–35) | 36 (33–40) | 0,001* |
| Тромбоциты ($10^9/\text{л}$) | 244 (226–286) | 221 (211–267) | 0,024* |
| Скорость оседания эритроцитов (мм/ч) | 13 (11–15) | 7 (5–12) | 0,001* |
| Гемоглобин г/л | 127 (124–132) | 124 (114–134) | 0,246 |

Примечание: * – в результате применения критерия Манна – Уитни обнаружены статистически значимые различия между группами.

Таблица 3

Сравнительная характеристика соматической патологии между группами

| Признак | Группа 1 (n = 33), % | Группа 2 (n = 42), % | χ^2 | P | ОШ | ДИ 95%-ный |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|--------|-------|---------------|
| ИМТ | 30,3 ± 16,3 | 30,95 ± 14,4 | 0,04 | 0,848 | 1,031 | 0,38; 2,77 |
| Хронический гастрит | 12,5 ± 11,9 | 57,14 ± 15,4 | 13,6 | 0,001* | 9,333 | 2,78; 31,39 |
| Хронический панкреатит | 9,09 ± 1,01 | 23,81 ± 13,2 | 1,9 | 0,172 | 3,125 | 0,78; 12,46 |
| Функциональные заболевания кишечника | 3,03 ± 6,0 | 64,29 ± 14,9 | 27,1 | 0,001* | 57,60 | 7,14; 464,79 |
| Болезни желчного пузыря | 3,03 ± 6,0 | 61,9 ± 15,1 | 25,3 | 0,001* | 52,00 | 6,46; 418,55 |
| Болезни мочевыделительной системы | 0 | 50,0 ± 15,5 | 12,2 | 0,001* | — | — |
| Заболевания щитовидной железы | 0 | 11,9 ± 10,0 | 1,1 | 0,300 | — | — |
| Хронический ринит | 6,06 ± 8,4 | 19,05 ± 12,2 | 1,4 | 0,229 | 3,412 | 0,67; 17,36 |
| Хронический назофарингит | 6,06 ± 8,4 | 28,27 ± 14,0 | 4,8 | 0,029* | 6,200 | 1,28; 30,07 |
| Аллергия и антибиотики | 18,18 ± 13,0 | 35,71 ± 14,9 | 2,015 | 0,156 | 2,500 | 0,84; 7,41 |

Примечание: * – при сравнении здоровых женщин и больных ХЭ выявлены статистически значимые различия между частотами встречаемости данного признака.

Таблица 4

Сравнительная характеристика показателей качества жизни между группами

| Признак | Группа 1 (n = 33) Me (25–75 %) | Группа 2 (n = 42) Me (25–75 %) | p |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|
| Физическое функционирование | 65 (59–68) | 44 (42–54) | <0,001* |
| Ролевая деятельность | 68 (67–71) | 47 (44–49) | <0,001* |
| Телесная боль | 71 (69–74) | 43,5 (38–47) | <0,001* |
| Жизнеспособность | 71 (70–73) | 48 (45–51) | <0,001* |
| Социальное функционирование | 72 (70–75) | 55 (48–56) | <0,001* |
| Эмоциональное состояние | 77 (74–79) | 40,5 (37–45) | <0,001* |
| Психическое здоровье | 80 (72–82) | 42 (38–45) | <0,001* |
| Общее здоровье | 69 (60–72) | 44,5 (43–55) | <0,001* |

Примечание: p < 0,001* – в результате применения критерия Манна – Уитни обнаружены статистически значимые различия между группами.

что указывает на повышенный риск возникновения соматической патологии у женщин группы 2.

В соответствии с целью исследования проанализированы анкеты женщин по такому параметру, как качество жизни. При анализе показателей качества жизни получены значимые отличия в двух группах по всем шкалам. Особенно отметим, что у больных с ХЭ наблюдается снижение ролевого эмоционального функционирования, наличие тревожных переживаний, психического неблагополучия, сниженная оценка состояния собственного здоровья и способность сопротивляться болезням, низкая оценка перспектив лечения, что однозначно свидетельствует о достаточно низких показателях качества жизни у данной группы женщин (результаты сравнения приведены в табл. 4).

Выводы. Показатели здоровья больных хроническим эндометритом значительно отли-

чаются от таковых у здоровых женщин. Высокие показатели соматической патологии, проблемы фертильности могут обуславливать низкие значения всех шкал качества жизни. Анализ качества жизни этой категории больных позволит разработать соответствующие рекомендации, направленные на его повышение, оказывающие положительное влияние на эффективность терапии основной патологии. Учитывая низкие показатели здоровья женщин, больных ХЭ, предполагаем, что врачам всех специальностей стоит обратить больше внимания на лечебно-профилактические мероприятия, использовать оздоровительное лечение на всех этапах обращения больной, а не только на этапе прегравидарной подготовки. Необходимо индивидуализировать комплекс фармакологических средств, физиотерапевтических и бальнеологических методов, диетотерапию для

восстановления основных видов обмена, антиоксидантных процессов, факторов иммунологической защиты и неспецифической реактивности. Использование оздоровительного лечения не только гинекологической, но и сопутствующей соматической патологии может стимули-

ровать восстановление адаптационных резервов органов и систем, нейровегетативной регуляции и, соответственно, гормонального гомеостаза, что приобретает крайнюю важность в поддержании нормальной функции органов репродуктивной системы человека.

Список литературы

1. Демин А. В. Популяционные показатели качества жизни женщин 65–74 лет, проживающих на Европейском Севере России [Электронный ресурс] // Молодой ученый. – 2015. – № 21. – С. 261–269. – URL: <https://m.luch.ru/archive/101/22786/>! (дата обращения: 5.08.2017).
2. Долгих О.В., Зайцева Н.В., Дианова Д.Г. Анализ апоптотической активности лимфоцитов у женщин фертильного возраста в условиях воздействия репротоксикантов // Российский иммунологический журнал. – 2015. – Т. 9, № 1. – С. 58.
3. Лечение хронических холециститов [Электронный ресурс] / И.Д. Лоранская, Л.Г. Ракитская, Е.В. Малахова, Л.Д. Мамедова // Лечащий врач: медицинский научно-практический портал. – 2006. – URL: <https://www.lvrach.ru/2006/06/4534015/> (дата обращения: 10.08.2017).
4. Минасян А. М., Дубровская М. В. Беременность на фоне хронического пиелонефрита (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 4. – С. 920–925.
5. Негативное влияние хронического пиелонефрита на процесс гестации / А.А. Оразмурадов, М.Н. Болтовская, А.В. Шмельков, С.В. Аapresян, С.В. Назимова, С.Л. Терентьева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 14–18.
6. Овчинников А.Ю., Славский А.Н., Фетисов И.С. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // Русский медицинский журнал. – 1999. – № 7. – С. 31–36.
7. Полиморфизм генов семейства prars, гена esr1 у женщин с невынашиванием беременности в условиях аэрогенной экспозиции фенолами / О.А. Бубнова, О.В. Долгих, О.О. Сеницына, А.В. Кривцов, Н.В. Безрученко, А.А. Мазунина, М.А. Гусельников, Е.А. Отавина // Окружающая среда и здоровье. Гигиена и экология урбанизированных территорий: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых и специалистов, посвященной 85-летию ФГБУ НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина Минздрава России / под ред. Ю.А. Рахманина. – 2016. – С. 93–98.
8. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов, А.П. Ребров, В.Н. Сороцкая // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.
9. Радзинский В.Е. Репродуктивная инфектология XXI века // Status Praesens. – 2013. – № 16–5. – С. 33–36.
10. Сочетание гиперпластических процессов эндометрия с хроническим эндометритом / И. Фен, И.С. Сидорова, И.В. Станоевич, А.Л. Унанян, Е.А. Кудрина // Акушерства, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6, № 1 – С. 31–33.
11. Сравнительная характеристика микрофлоры полости матки и небных миндалин у пациенток с персистирующим эндометритом / Т.М. Мотовилова, Г.О. Гречканев, Т.С. Качалина [и др.] // Медицинский альманах. – 2015. – № 4 (39). – С. 105–107.
12. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2010. – 64 с.
13. Течение и исходы беременности у женщин с хроническим пиелонефритом [Электронный ресурс] / С.Н. Стяжкина, М.Л. Черненко, П.А. Кривенко, Л.И. Гайлямова // Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал. – 2015. – № 1–1. – URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17394> (дата обращения: 12.07.2017).
14. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Прогностические факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузальном периоде // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 43–47.
15. Черешнев В.А., Гусев Е.Ю. Иммунология воспаления: роль цитокинов // Медицинская иммунология. – 2001. – Т. 3, № 3 – С. 361–368.
16. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
17. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. – Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

Кобаидзе Е.Г., Падруль М.М. Высокие риски соматической патологии у женщин с хроническим эндометритом // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 4. – С. 57–65. DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.06

HIGH RISKS OF SOMATIC PATHOLOGY IN WOMEN WITH CHRONIC ENDOMETRITIS

E.G. Kobaidze, M.M. Padrul

Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner, 26 Petropavlovskaya Str., Perm, 614000, Russian Federation

As women fertility is obviously decreasing at present, a number of people who, being at the reproductive age, suffer from various diseases is only growing and it is truly a vital issue. Chronic endometritis which is a problem in contemporary gynecology and reproductive performance studies may cause menstrual function disorders, anemia, and chronic pelvis pains syndrome. Our research goal was to assess risks of somatic pathology involvement and life quality of women suffering from chronic endometritis. The focus group was made up of 42 patients at their fertile age who suffered from chronic endometritis ($n=42$); the reference group consisted of practically healthy females at the same age ($n=33$) who applied to a gynecologist in order to make a choice on a contraceptive.

We detected that women with chronic endometritis had somatic pathologies much more frequently than women from the reference group; such pathologies included chronic gastritis, functional disorders in the bowels, gall-bladder diseases, urinary system diseases, and chronic rhinopharyngitis (relative risks varied from 1.25 to 4.62; $p<0.05$). High somatic pathology parameters indicate there is a decrease in immunologic protection and non-specific reactivity to pathologic changes in molecular mechanisms involving tissue and cellular homeostasis disorders. Patients from the focus group had lower life quality, weaker endurance and greater fatigue, lower emotional and social activity.

When doctors of all specialities treat patients with chronic endometritis they are advised to apply health-restoring treatment at any stage when a patient applies for medical assistance (and not only when she is getting ready for a pregnancy). We highlight the necessity to create individual sets of pharmaceuticals, physiotherapy and balneal techniques, and diet therapy for basic metabolic processes recovery, antioxidant processes recovery, immunologic protection and non-specific reactivity improvement. It is also necessary to treat not only gynecological pathology, but also a concomitant somatic one.

Key words: reproductive age, chronic inflammatory pathology, somatic diseases, life quality, chronic endometritis, reproductive health.

References

1. Demin A.V. Populyatsionnye pokazateli kachestva zhizni zhenshchin 65-74 let, prozhivayushchikh na Evropeiskom Severe Rossii [Population parameters of life quality characteristic for women aged 65-74 living in the Northern European part of Russia]. *Molodoi uchenyi*, 2015, no. 21, pp. 261–269. Available at: <https://moluch.ru/archive/101/22786/> (09.07.2017) (in Russian).
2. Dolgikh O.V., Zaitseva N.V., Dianova D.G. Analiz apoptoticheskoi aktivnosti limfotsitov u zhenshchin fertil'nogo vozrasta v usloviyakh vozdeistviya reprotoksikantov [In women of childbearing age under the conditions of reprototoxicants exposure]. *Rossiiskii immunologicheskii zhurnal*, 2015, vol. 9, no. 1, pp. 58 (in Russian).
3. Loranskaya I.D., Rakitskaya L.G., Malakhova E.V., Mamedova L.D. Lechenie khronicheskikh kholetsistitov [Chronic cholecystitis treatment]. *Lechashchii vrach: meditsinskii nauchno-prakticheskii portal*, 2006. Available at: <https://www.lvrach.ru/2006/06/4534015/> (10.08.2017) (in Russian).
4. Minasyan A. M., Dubrovskaya M. V. Beremennost' na fone khronicheskogo pielonefrita (obzor) [Pregnancy of a woman suffering from chronic pyelonephritis (a review)]. *Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal*, 2012, vol. 8, no. 4, pp. 920–925 (in Russian).
5. Orazmuradov A.A., Boltovskaya M.N., Shmel'kov A.V., Apresyan S.V., Nazimova S.V., Terent'eva S.L. Negativnoe vliyanie khronicheskogo pielonefrita na protsess gestatsii [Negative impact of chronic pyelonephritis on the gestation]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta družby narodov. Seriya: Meditsina*, 2011, no. S5, pp. 14–18 (in Russian).

© Kobaidze E.G., Padrul M.M., 2017

Ekaterina G. Kobaidze – Candidate of Medical Science, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology (e-mail: eka7i@yahoo.com; tel.: +7 (342) 236-39-30).

Mikhail M. Padrul – Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology (e-mail: m-padrul@mail.ru; tel.: +7 (342) 236-39-30).

6. Ovchinnikov A.Yu., Slavskii A.N., Fetisov I.S. Khronicheskii tonsillit i sopryazhennyye s nim zabolevaniya [Chronic tonsillitis and concomitant diseases]. *Russkii meditsinskii zhurnal*, 1999, no. 7, pp. 31–36 (in Russian).
7. Bubnova O.A., Dolgikh O.V., Sinitsyna O.O., Krivtsov A.V., Bezruchenko N.V., Mazunina A.A., Guselnikov M.A., Otavina E.A. Polimorfizm genov semeistva ppars, gena esr1 u zhenshchin s nevynashivaniem beremennosti v usloviyakh aerogennoi ekspozitsii fenolami [Polymorphism of ppars genes and esr1 gene in females with miscarriages under aerogenous exposure to phenols]. *Okrugayushchaya sreda i zdorov'e. Gigiena i ekologiya urbanizirovannykh territorii: materialy VI Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem molodykh uchenykh i spetsialistov, posvyashchennoi 85-letiyu FGBU NII ECh i GOS im. A.N. Sysina Minzdrava Rossii [Environment and health. Hygiene and ecology on urbanized territories: materials of the VI Russian theory and practical conference with international participation of young scientists and experts dedicated to 85-th anniversary of Sytin's Scientific Research Institute for Human Ecology and Environmental Hygiene of the RF Public Healthcare Ministry]*. In: Yu.A. Rakhmanin, ed. 2016, pp. 93–98 (in Russian).
8. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I., Rebrov A.P., Sorotskaya V.N. Populyatsionnye pokazateli kachestva zhizni po oprosniku SF-36 (rezul'taty mnogotsentrovogo issledovaniya kachestva zhizni «MIRAZh») [SF-36 questionnaire population quality of life indices Objective]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*, 2008, no. 1, pp. 36–48 (in Russian).
9. Radzinskii V.E. Reproduktivnaya infektologiya XXI veka [Reproductive infectology in the XXI century]. *StatusPraesens*, 2013, no.16-5, pp. 33–36 (in Russian).
10. Fen I., Sidorova I.S., Stanoevich I.V., Unanyan A.L., Kudrina E.A. Sochetanie giperplasticheskikh protsessov endometriya s khronicheskim endometritom [Combination of endometrial hyperplastic processes with chronic endometritis]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*, 2012, vol. 6, no. 1, pp. 31–33 (in Russian).
11. Motovilova T.M., Grechkanov G.O., Kachalina T.S., [et al.]. Sravnitel'naya kharakteristika mikroflory polosti matki i nebnnykh mindalin u patsientok s persistiruyushchim endometritom [Comparative characteristics of microflora of uterine cavity and palatal tonsils in the case of female patients having persistent endometritis]. *Meditsinskii al'manakh*, 2015, no. 4 (39), pp. 105–107 (in Russian).
12. Sukhikh G.T., Shurshalina A.V. Khronicheskii endometrit [Chronic endometritis]. Moscow, GEOTAR-Mediya, Publ., 2010, 64 p. (in Russian).
13. Styazhkina S.N., Chernenkova M.L., Krivenko P.A., Gailyamova L.I. Techenie i iskhody beremennosti u zhenshchin s khronicheskim pielonefritom [The course of pregnancy and outcome of labor in women with chronic pyelonephritis]. *Sovremennye problem nauki i obrazovaniya: elektronnyi nauchnyi zhurnal*, 2015, no. 1–1. Available at: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17394> (12.07.2017) (in Russian).
14. Tkachenko L.V., Sviridova N.I. Prognosticheskie faktory riska razvitiya giperplasticheskikh protsessov endometriya v perimenopauzal'nom periode [Prognostic factors for the development of hyperplastic processes in perimenopause]. *Volgogradskii nauchno-meditsinskii zhurnal*, 2013, no. 4, pp. 43–47 (in Russian).
15. Chereshnev V.A., Gusev E.Yu. Immunologiya vospaleniya: rol' tsitokinov [Immunology of Inflammation: The Role of Cytokines]. *Meditsinskaya immunologiya*, 2001, vol. 3, no. 3, pp. 361–368 (in Russian).
16. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
17. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

Kobaidze E.G., Padrul M.M. High risks of somatic pathology in women with chronic endometritis. Health Risk Analysis, 2017, no. 4, pp. 57–65. DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.06.eng

Получена: 08.09.2017

Принята: 11.12.2017

Опубликована: 30.12.2017