

Медицина

Природные и преформированные физические лечебные факторы в послеоперационной медицинской реабилитации больных наружным генитальным эндометриозом в здравницах Южного Федерального округа России

¹Анатолий Тимофеевич Быков

²Лидия Викторовна Макаренко

¹Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4

доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАМН

E-mail: doctor4007@rambler.ru

²Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, г. Краснодар, ул. Седина, 4

врач акушер-гинеколог

E-mail: bagk.krd@gmail.com

Аннотация. Больные, страдающие бесплодием и прооперированные по поводу наружного генитального эндометриоза, однозначно нуждаются в длительной послеоперационной реабилитации, в которую рационально включать современные гормональные препараты и технологии восстановительной медицины. Курортно-рекреационные местности Южного Федерального округа РФ располагают широким спектром природных физических лечебных факторов, что предопределяет возможность их активного использования в комбинациях с современными методами аппаратной физиотерапии при комплексном лечении и в послеоперационной реабилитации больных с наружным генитальным эндометриозом.

Ключевые слова: курорты, восстановительная медицина, бесплодие, наружный генитальный эндометриоз, аппаратная физиотерапия.

УДК 61

Актуальность. Поиск современных методов сохранения и восстановления фертильности у женщин репродуктивного возраста обусловил широкое внедрение в практику органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций на органах малого таза при различной гинекологической патологии [1, 2]. Среди данной группы гинекологических заболеваний лидирует наружный генитальный эндометриоз, являющийся причиной бесплодия, по данным разных авторов в 35–57 % случаев [3, 4, 5].

Вопросам комплексного лечения и послеоперационного клинического ведения данного заболевания посвящено огромное количество отечественных и зарубежных научных исследований, результаты которых убедительно доказывают необходимость проведения коррекции гормонального статуса в послеоперационном периоде [6]. В связи с этим актуальным направлением исследований в данной области является направление, связанное со снижением доз и продолжительности приема препаратов, относящихся к данным группам лекарственных средств [7, 8, 9].

Однако при этом научных исследований, проведенных на достаточно информативном статистическом материале, посвященных возможностям негормональных и немедикаментозных методов лечения, а также применению природных и преформированных физических лечебных факторов при проведении восстановительного лечения данной группы гинекологических больных, крайне недостаточно.

Целью исследования явилось научное обоснование и практическая разработка дифференцированных методов отсроченной послеоперационной медицинской реабилитации больных наружным генитальным эндометриозом в здравницах Южного федерального округа Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. Данное научное исследование проводилось на клинических базах ФГУ «Базовая акушерско-гинекологическая клиника», ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», а также в федеральных здравницах г. Пятигорска и г. Сочи. Было проведено обследование и лечение 540 пациенток, перенесших оперативное вмешательство (лечебно-диагностические лапароскопии) по поводу наружного генитального эндометриоза, сочетанного с бесплодием.

Таблица 1

Компоненты лечебных комплексов, использованных в послеоперационной коррекции больных НГЭ

Контрольная группа исследования (n=270)			
Подгруппа 1 (n=126)	Подгруппа 2 (n=73)	Подгруппа 3 (n=71)	
Монотерапия: оральные контрацептивы «Жанин»	Монотерапия: агонист гонадотропин-релизинг-гормона «Бусерилин»	Гормональное лечение, бальнеотерапия в виде искусственных радоновых ванн, КВЧ –ИК-терапию	
Основная группа исследования (n=270)			
Эндоэкологическая реабилитация на фоне (или после) курса гормонотерапии			
Подгруппа 1 (n=64)	Подгруппа 2 (n=67)	Подгруппа 3 (n=58)	Подгруппа 4 (n=71)
Гормонотерапия (агонист гонадотропин-релизинг-гормона «Бусерилин») и комбинированные методы радоновой бальнеотерапии в сочетании с ТЭС и КВЧ-ИК-терапией	КВЧ–ИК-терапия (комбинированный частотно-временной режим ЭМИ) на фоне общих йодобромных ванн и влагилицных орошений	КВЧ–терапия (с длиной волны 5,6 мм.) на фоне общих йодобромных ванн и влагилицных орошений	Магнитотерапия через день с общими йодобромными ваннами и влагилицными орошениями

При лапароскопии наличие спаечного процесса в малом тазу было выявлено у 68,4 % пациенток, при этом I стадия НГЭ выявлена у 44,4 %, II стадия НГЭ – у 41,7 %, а III стадия НГЭ – у 13,9 % обследованных.

Пациентки были распределены на **контрольную** (n=270) и **основную** (n=270) группы. Комплексное обследование включало расширенное изучение психо-вегетативного статуса, гормонального, иммунного и гормонального фона, эхографию и магнито-резонансную томографию малого таза, изучение центральной и тазовой гемодинамики. В ходе лечения пациентки получали различные комбинации гормонотерапии, аппаратной физиотерапии и бальнеопроцедур (таблица 1).

Результаты исследования. Все больные лечение переносили хорошо. В конце лечения все женщины отмечали улучшение общего самочувствия и регресс симптомов психо-вегетативных нарушений. Боли внизу живота уменьшились у больных всех лечебных подгрупп. Наилучшие результаты были получены у больных, получавших натуральные радоновые ванны и орошения: 87,7 % женщин отметили исчезновение тазовых болей. На фоне йодобромной бальнеотерапии во 2-й подгруппе основной группы наблюдения исчезновение болей отметили 62,5 % пациенток, в 3-й подгруппе – 66,3 % и в 4-й подгруппе – 59,2 % женщин. В контрольной группе наблюдения наилучшие результаты клинико-лабораторного и инструментального исследования были получены у больных 3-й подгруппы, среди которых жалобы на болевой синдром сохранились в 25,5 % случаев.

В подгруппах больных, получавших КВЧ-терапию, уменьшение или исчезновение болевого синдрома отмечали все женщины, а в подгруппе, получавшей искусственные радоновые ванны или йодобромную бальнеотерапию в сочетании с магнитотерапией, группах альгоменорея, осталось в 23 % и 25 % случаев соответственно. В конце лечения влагилицное исследование стало безболезненным примерно у 2/3 женщин, причем обезболивающий эффект был примерно равным в подгруппах, среди пациенток которых

применялась КВЧ-терапия (77,8 – 69,6 %, в среднем – 74,7±1,24 %, $p < 0,05$), а на фоне магнитотерапии он составил 58,7 %.

Сочетание с аппаратной физиотерапией было достоверно более эффективно ($p < 0,05$) при лечении болевого синдрома по сравнению с препаратами «Жанин» и «Бусерелин» без применения бальнео- и физиолечения, причем, чем выше имела место тяжесть болевого синдрома, тем более эффективно проявлял себя данный способ лечения. Результаты проведенного исследования указывали на то, что после лечения «Бусерелином» в сочетании с радонотерапией и КВЧ-терапией тяжелая степень болевого синдрома проявлялась у больных НГЭ в 2 раза реже, чем до лечения ($p < 0,05$), а болевой синдром легкой степени перестал беспокоить почти всех больных (90,3%). Эффективность «Бусерелина» по сравнению с «Жанин» при воздействии на болевой синдром тяжелой степени выше почти в 1,5 раза, а в сочетании с радонотерапией – в 2,3 раза. При сравнительном анализе выраженности болевого синдрома в контрольной и основной группах нами было отмечено, что на момент окончания курса реабилитации лучше всего себя зарекомендовала лечебная схема, предложенная 1-й подгруппе основной группы наблюдения.

Оценка психо-эмоционального статуса больных основной группы наблюдения в тесте САН повысилась с 154,2±26,4 до 193,0±10,5 баллов ($p < 0,01$), снижение выраженности синдрома вегетативной дисфункции с 28,3±10,2 до 13,6±11,4 балла, что сопровождалось снижением доли неполноценных адаптационных реакций с 70,3 до 28,8 % случаев и улучшением индивидуальных показателей кардиоинтервалографии.

По данным УЗИ, проведенного в конце лечения, у 83 % женщин, завершивших курс гормонотерапии, отмечалось увеличение количества фолликулов, в 92 % случаев эхографическая картина соответствовала фазе менструального цикла. По данным доплерографического исследования, в 92% случаев было зарегистрировано улучшение кровотока в яичниковых артериях, проявлявшееся снижением индекса резистентности и скорости максимального кровотока. Однонаправленная положительная динамика яичникового кровотока зарегистрирована в обеих группах, однако при назначении радоновой бальнеотерапии эти изменения выражены значительнее.

В основной группе наблюдения отмечалась системная положительная динамика гормонального фона с нормализацией как уровней гонадотропных и яичниковых гормонов, так и пролактина, тиреоидных гормонов и андрогенов. Достаточный уровень прогестерона во вторую фазу менструального цикла был выявлен у 26,2 % обследованных, причем это были пациентки, получавшие комбинацию радоновой или йодобромной бальнеотерапии с КВЧ-терапией.

Под влиянием проведенного лечения показатели белкового обмена изменялись в физиологическом направлении, при этом более значительные благоприятные изменения были получены в подгруппах, получавших КВЧ-ИК терапию как с йодобромной, так и с радоновой бальнеотерапией. Нормализация альбумино-глобулинового коэффициента отмечена 74,7 % случаев в 3-й подгруппе контрольной группы, а также в основной группе наблюдения: в 81 % и 66 % случаев в 1-й и 2-й подгруппах, а в 3-й и 4-й – в 75 % и 45 % случаев. У пациенток, получавших натуральные радоновые ванны и влагалитные орошения, среднестатистические значения исходно повышенных альфа-1-глобулинов достоверно снизились с 6,35±0,6 % до 5,77±0,48 %, а исходно повышенные альфа-2-глобулины снизились в 66 % случаев, а на фоне йодобромной бальнеотерапии (во 2-й, 3-й и 4-й подгруппах основной группы наблюдения) – в 50 %, 56 % и 52 % случаев соответственно. Позитивная коррекция состояния иммунитета сопровождалась и нормализацией процессов ПОЛ и АОС.

Позитивная динамика иммунного профиля характеризовалась нормализацией уровней лейкоцитов и лимфоцитов. Повышение уровня Т-хелперов (в среднем с 737,7±238,9/мкл до 924,9±266,9/мкл ($p < 0,05$)) достигнуто преимущественно в подгруппах больных, получавших натуральную радоновую или йодобромную бальнеотерапию в сочетании КВЧ-ИК-терапией. Исходно повышенные (как процентные, так и абсолютные) показатели Т-супрессоров снижались во всех лечебных подгруппах.

В целом, были выписаны с улучшением 99,3 % больных в **основной группе** наблюдения. С небольшим улучшением в 1-й подгруппе выписано 15,6 % женщин, во 2-й – 25,3 %, в 3-й – 34,5 %, в 4-й группе – 39,4 % женщин, а со значительным улучшением – 37,5 %, 26,9 %, 20,7 % и 12,5 % – соответственно. В **контрольной группе** исследования к

аналогичному сроку, прошедшему после оперативного лечения, улучшение можно было отметить только у 34,8 % женщин, причем из числа этих 94 пациенток 69 относились к 3-й подгруппе, получавшей радонотерапию. Таким образом, анализ суммарной эффективности применения разработанных схем медицинской реабилитации указывает на то, что более выраженная динамика клинических и клинико-лабораторных показателей отмечается при применении эндэкологической реабилитации с последующим проведением СКЛ, включающего натуральные минеральные воды (радоновые или йодобромные) в сочетании с сеансами КВЧ-ИК-терапии. Включение ТЭС в схемы СКЛ повышает общую лечебно-профилактическую эффективность курса послеоперационной медицинской реабилитации больных с НГЭ.

В процессе исследования был выявлен явный положительный эффект от применения рассмотренных методов реабилитации на качество жизни бесплодных женщин при наружном генитальном эндометриозе (НГЭ). Полученные результаты показывают, что после применения любого из предложенных способов реабилитации прослеживается улучшение качества жизни больных. Так, по сравнению с состоянием до лечения эмоциональная лабильность у больных с тяжелой степенью БС уменьшается при использовании «Жанина» почти в 2 раза, «Бусерелина» – в 3 раза, «Бусерелина» в сочетании с радонотерапией – более чем в 3 раза. Снижение работоспособности после лечения «Жанином» больные этой же группы отмечают в 2,2 раза реже, чем до терапии, а после лечения «Бусерелином» – в 4,5 раза, «Бусерелином» в сочетании с радонотерапией – в 9 раз реже. Примерно в таких пропорциях наблюдается снижение частоты жалоб на раздражительность и вспыльчивость у больных с тяжелой степенью БС.

В период до 4 месяцев после курса СКЛ беременность наступила у 21,9 % больных основной и у 12,6 % контрольной группы, причем более половины из них получали СКЛ, включавшее искусственные радоновые минеральные воды. У больных основной группы наблюдения все беременности завершились срочными родами, в то время как у 8 женщин (2,9 % от числа больных контрольной группы и практически четверть из числа забеременевших) из 34 пациенток контрольной группы наступившая беременность прервалась на раннем сроке.

Выводы. Особенности клинического состояния, а также результаты лабораторных и инструментальных методов обследования больных, прооперированных по поводу наружного генитального эндометриоза, указывают на необходимость системного подхода к лечению данной гинекологической патологии, что подтверждается широким спектром морфо-функциональных нарушений собственно в репродуктивной системе и взаимообусловленным комплексом неблагоприятных изменений показателей психо-вегетативного, гормонального, биохимического и иммунного статуса, что предполагает расширение спектра методов послеоперационной медицинской реабилитации за счет активного использования технологий восстановительной медицины (эндэкологической реабилитации, природных и преформированных физических лечебных факторов).

Для курортного потенциала лечебно-рекреационных местностей Южного Федерального округа РФ характерен широкий спектр природных физических лечебных факторов, что предопределяет необходимость их активного использования в комбинациях с современными методами аппаратной физиотерапии при комплексном лечении и в послеоперационной реабилитации больных с наружным генитальным эндометриозом. Дифференцированные режимы применения технологий восстановительной медицины на послеоперационном этапе у данной группы гинекологических больных могут включать методы эндэкологической реабилитации, климатолечение, ЛФК, радоновую или йодобромную бальнеотерапию в сочетании с применением аппаратной физиотерапии в виде транскраниальной электронейростимуляции, КВЧ-терапии на БАТ и магнитотерапии. Проведение санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации данной группы гинекологических больных наиболее целесообразно через 3–5 месяцев после оперативного лечения.

Примечания:

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриоз: Руководство для врачей. М., 1998.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. М., 2000.
3. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозидная болезнь. СПб., 2002.

4. Волков Н.И. Эндометриоз как причина бесплодия. М., 2010.
5. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М., 2010.
6. Ярмолинская М.И., Тарасова М.А., Сельков С.А. и соавт. Наружный генитальный эндометриоз: Пособие для врачей. СПб., 2002.
7. Евстратов А.В. Клинико-физиологическое обоснование комбинированного использования радонотерапии и акупунктуры в коррекции сексуальных расстройств при внутреннем эндометриозе у женщин репродуктивного периода / Автореф. дис... канд. мед. наук. Пятигорск, 2003.
8. Луговая Л.Д., Баскаков В.П., Гурьев А.В. и др. Применение радоновых вод в комплексном лечении больных генитальным эндометриозом. Пятигорск, 1987.
9. Лутошкин М.Г., Дубовской А.В. Современные технологии радонотерапии. В помощь практическому врачу. Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. М., 2010.

Natural and Pre-formed Physical Medical Factors in Postsurgical Medical Rehabilitation Period of Patients, Suffering from External Genital Endometriosis in Health Resorts of Southern Federal District of Russia

¹ Anatoliy T. Bykov
² Lidiya V. Makarenko

¹ Kuban State Medical University, Russia
4, Sedina Str., Krasnodar 350004
Dr. (medical), Professor

E-mail: doctor4007@rambler.ru

² Kuban State Medical University, Russia
4, Sedina Str., Krasnodar 350004
doctor

E-mail: bagk.krd@gmail.com

Abstract. Patients with infertility problems and operated due to genital endometriosis require long postsurgical rehabilitation which involves modern hormonal preparations and technologies of regenerative medicine. Resort and recreational terrains of RF Southern Federal district are capable of providing a wide range of natural physical and medical factors that are predetermined to be a unique opportunity for using them in both physiotherapy and complex treatment in postsurgical rehabilitation period for patients with external genital endometriosis.

Keywords: resorts, regenerative medicine, infertility, external genital endometriosis, machine physiotherapy.

UDC 61