

Природные и преформированные лечебные факторы: послеоперационная реабилитация, восстановительное лечение и прегравидарная подготовка гинекологических больных

¹ Кирилл Владиславович Гордон

² Светлана Михайловна Автомеенко

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, Краснодар, ул. Седина, 4
доктор медицинских наук, профессор
E-mail: doctor4007@rambler.ru

² Кубанский государственный медицинский университет, Россия
350004, Краснодар, ул. Седина, 4
врач акушер-гинеколог

Аннотация. Технологии восстановительной медицины в виде климатолечения, талассотерапии, бальнеотерапии и аппаратной физиотерапии применялись на санаторно-курортном этапе подготовки 270 женщин, страдавших хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, что обеспечило наступление беременности у 73,6 % пациенток и позволило снизить частоту развития и степень прогрессирования таких видов патологии гестационного периода, как хроническая фетоплацентарная недостаточность – в 3,2 раза, поздний гестоз – в 4,6 раза, частота кесарева сечения – в 1,4 раза.

Ключевые слова: Природные и преформированные лечебные факторы, гинекологические больные

УДК 61

Актуальность. Основной целью лечения гинекологических больных активного репродуктивного возраста является профилактика инфертильности и восстановления достаточного качества жизни. На санаторно-курортное лечение преимущественно направляются две категории этих больных: пациентки с хроническими воспалительными процессами внутренних гениталий и послеоперационные больные, перенесшие хирургическое лечение осложнений воспалительных заболеваний органов малого таза, трубно-перитонеального бесплодия, опухолевидных образований яичников, внематочной беременности, а также таких гормонозависимых заболеваний, как эндометриоз и миома матки. В данной популяции гинекологических больных также достаточно широко распространены и экстрагенитальные заболевания, требующие применения различных методов лечения. Одним из ведущих факторов, обуславливающих недостаточный уровень восстановления фертильности у данной группы больных в послеоперационном периоде, является отсутствие преемственности на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и санаторно-курортном этапах, обуславливающее сохранение фоновой патологии репродуктивной системы, в первую очередь воспалительного генеза [1, 2, 3].

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза сами по себе являются существенным фактором риска бесплодия и прерывания беременности на различных сроках гестации, формирования условий для манифестации экстрагенитальных заболеваний, развития и стремительного прогрессирования акушерской и перинатальной патологии [4]. При этом существенную роль играют как инфекционные заболевания, в том числе и передаваемые половым путем, так и иммунологические нарушения, длительно сохраняющиеся в отсроченном периоде после медикаментозного лечения воспалительных гинекологических заболеваний.

Учитывая данные доказательной медицины о неоднозначной лечебно-профилактической эффективности применяемых медикаментозных средств в комплексной прегравидарной подготовке гинекологических больных и на ранних сроках беременности, представляется актуальной демедикизация этого процесса с переносом акцента в выборе методов воздействия на организм женщины на различные технологии восстановительной

медицины, основанные на применении природных и преформированных физических факторов (В.Е. Радзинский и соавт., 2009) [5, 6, 7, 8].

Целью исследования явилось изучение лечебно-профилактической эффективности применения модифицированных схем сочетания природных и преформированных физических факторов в системе последовательного проведения послеоперационной реабилитации, восстановительного лечения и прегравидарной подготовки гинекологических больных, страдающих хроническими воспалительными процессами органов малого таза и планирующих беременность.

Методика исследования. Единицами наблюдения в рамках настоящего исследования с использованием метода непреднамеренного отбора больных были определены 360 пациенток, страдающих ХВЗОТ, в том числе 274 женщины перенесли органосохраняющие или консервативно-пластические операции на придатках матки. Пациентки основной группы (164 женщины) на базе ЛПУ или здравниц проходили восстановительное лечение, включавшее лечебную физкультуру (ЛФК), талассо- и аппаратную физиотерапию (КВЧ-терапия или комбинированное воздействие от аппарата КЭЛМ «Андро-Гин»). Лечебная физкультура проводилась в щадящем режиме, талассотерапия проводилась в виде прогулок по теренкуру в приморской парковой зоне. Через 3–5 месяцев после лечебной лапароскопии прооперированные больные направлялись на курс санаторно-курортного лечения, основанный на применении различных лечебных схем, включавших климатотерапию, талассотерапию, ЛФК, общий массаж, сероводородную или йодобромную бальнеотерапию, современную аппаратную физиотерапию в различных комбинациях. Прегравидарная подготовка включала повторные курсы аппаратной физиотерапии, ЛФК и талассотерапию, дието- и витаминотерапию. На фоне беременности больные основной группы наблюдения продолжали занятия ЛФК (в том числе и в водной среде), а в теплое время года получали талассотерапию. Больные контрольной группы (196 женщин) получали только медикаментозное стандартное лечение, определенное нормативной базой.

У всех больных оценивался психо-эмоциональный спектр личности [9, 10], особенности функциональной активности вегетативной нервной системы (А.М. Вейн, 1991), результаты кардиоритмографии. Уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза (Л.Х. Гаркави, 2000) оценивался как до операции, так и дважды после нее [11]. Кроме изучения гинекологического статуса, оценки степени морфологических изменений в малом тазу путем бимануального и ультразвукового исследования, у больных проводилось изучение уровней яичниковых и гонадотропных гормонов. Состояние системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали по уровню общих липидов, диеновых конъюгатов по Rechuagel в модификации В.Г. Гаврилова и сотр., малонового диальдегида в строме эритроцитов в пересчете на 1 кг липидов по Стальной и Гавришвили в модификации Суплотовой и Барковой. Из антиоксидантов определили церулоплазмин модифицированным методом Ревина, каталазу по Королюку [12, 13]. Отдаленные результаты оценивались в период до 3 лет наблюдения.

Результаты исследования. После курса послеоперационной реабилитации у больных из состава основной группы наблюдения диагностировалась позитивная динамика показателей психоэмоционального состояния. Оценка функциональной активности ВНС выявила нормотонический тип реакции при проведении ортоклиностатической пробы у 78 % обследованных. Уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза в основной группе был достоверно выше: состояние спокойной активации отмечалось у 34 % обследованных, а повышенной – у 52,3 % больных. Явлений активного воспалительного процесса в малом тазу не было отмечено ни у одной больной в течение 6 месяцев после оперативного лечения, признаки умеренного спаечного процесса при бимануальном исследовании и УЗИ отмечались в 52 % случаев. Нормальные показатели гормонального фона были отмечены в 37,2 % случаев, 2-фазный менструальный цикл на протяжении 3 месяцев был зарегистрирован у 16 % больных, признаки недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла в 78 % случаев.

После проведенного курса санаторно-курортного лечения у пациенток основной группы, как страдавших ХВЗОТ, так и перенесших оперативное лечение, отмечалась позитивная динамика показателей функциональной активности ВНС и гинекологического статуса. У 86,4 % больных был отмечен выраженный противовоспалительный и

дефибринолизирующий эффект, выражающийся в исчезновении инфильтрации в области придатков матки, размягчении и исчезновении спаек и в восстановлении подвижности тела матки. Восстановление оптимального кровообращения в сосудистом бассейне малого таза коррелировало не только с противовоспалительным и рассасывающим действием, но и с нормализацией функции яичников – количество больных с 2-фазным менструальным циклом увеличилось на 27 % случаев.

Исходно сниженное процентное количество Т-лимфоцитов после курса лечения увеличилось в 54,5 % случаев. Количество Т-хелперов увеличилось у 73,4 % женщин, достигнув максимальных значений, достигнув максимального уровня в $842,5 \pm 78,9$ /мкл, а исходно повышенное в среднем на $29,7 \pm 0,78$ % количество Т-супрессоров снизилось у 23,4 % пациенток. У послеоперационных больных в период до 9 месяцев после лапароскопии отмечался прирост уровня альбуминов с его последующей стабилизацией на уровне $56,9 \pm 1,24$ %. Отмечалось достоверное снижение уровня крупного класса «острофазных» белков – альфа-1-глобулинов, свидетельствующих о снижении интенсивности воспалительной реакции. В-глобулины имели тенденцию к снижению до 9 месяцев после оперативного лечения, после чего они стабилизировались на уровне $10,1 \pm 0,34$ %. Уровни конечных продуктов ПОЛ достоверно снижались у всех больных, в среднем на $4,7 \pm 0,08$ % за 21 день курса курортной реабилитации.

Необходимо отметить, что наилучшие результаты были получены у пациенток, прошедших курс восстановительного лечения через 3–5 месяцев после лечебной лапароскопии. У пациенток основной группы, прошедших курс восстановительного лечения через 3–5 месяцев после операции, беременность наступила в 60 % случаев, поступивших на СКЛ через 6–9 месяцев – в 42 %, через 1 год – в 12,3 % случаев. Обострения хронических воспалительных заболеваний внутренних гениталий в течение 3 лет не было отмечено у 62,8 % женщин. После курса восстановительного лечения в 28 % случаев наблюдалось улучшение в клиническом течении экстрагенитальной патологии.

В целом, в период 3 месяцев после прекращения контрацепции беременность наступила у 73,6 % пациенток основной и 64,6 % контрольной группы. Среди пациенток групп исследования были выявлены статистически достоверные отличия в частоте развития акушерской патологии. Так, анализ катamnестических данных показал, что если в контрольной группе частота гестоза достигла 25 %, то в основной группе этот показатель составил только 6,25 %. Ультразвуковые и клинические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) в основной группе также были существенно ниже.

В основной группе ни в одном случае не пришлось прибегать к родовозбуждению с целью профилактики перенашивания, а в контрольной – к родовозбуждению пришлось прибегнуть в 16,4 % случаев. В основной группе существенно ниже была и доля гипотонических маточных дисфункций, потребовавших применения утеротонических средств и, напротив, достоверно выше доля быстрых и стремительных родов. Несвоевременное излитие вод в контрольной группе имело место в 28 %, что практически в 3 раза превысило этот показатель среди рожениц основной группы, в которой и показатели материнского травматизма в основной группе были намного ниже. Эпизиотомия по показаниям со стороны плода не применялась в основной группе, в то время как в контрольной группе производилась в 10,8 % случаев. Эпизиотомия по показаниям со стороны матери (угрожающий разрыв промежности) применялась в основной группе в 2 раза реже, чем в контрольной группе. Гипотонические дисфункции не отмечались среди рожениц основной группы. В контрольной группе слабость родовой деятельности отмечена в 6 случаях, родовое излитие околоплодных вод с последующим родовозбуждением утеротоническими средствами – еще в 4 случаях; трижды неудавшаяся попытка фармакологической коррекции указанных состояний стала причиной выполнения кесарева сечения. Процент оперативного родоразрешения операцией кесарева сечения по подгруппам основной группы составил $8,3 \pm 0,24$ %, в контрольной группе – $16,4 \pm 0,37$ %. Более физиологичное течение беременности у женщин из состава основной группы обеспечило существенное улучшение росто-весовых показателей, выразившееся в первую очередь в снижении частоты гипотрофии плода, при этом частота перинатальной заболеваемости в основной группе была существенно ниже, чем в контрольной: фетомегалия диагностировалась в основной группе наблюдения в 4,8 % случаев, а в

контрольной – в 10 %; гипотрофия плода в 7,6 % и 15,1 % случаев соответственно. Перинатальная заболеваемость составила 71 % в основной и 287 % в контрольной группах.

Выводы. В целом, включение таких современных методов воздействия, как транскраниальная электростимуляция, электромагнитные волны КВЧ диапазона, модулированные радиосигналом, которые способен генерировать аппарат Стелла-1-БФ, а также комбинированного электро-магнито-лазерного воздействия от аппарата КЛЭМ «Андро-Гин» в спектр природных и преформированных лечебных физических факторов, которые используются в комплексном лечении гинекологических больных, позволяет обеспечить профилактику инфертильности, акушерской и перинатальной патологии. Преемственное этапное применение технологий восстановительной медицины оптимизирует защитно-приспособительные механизмы гомеостаза, обеспечивает нормализацию психо-эмоционального состояния, функциональной активности вегетативной нервной системы, гормонального фона, иммунного статуса, активности антиоксидантной системы и специфических функций женского организма, достоверно повышает эффективность хирургического лечения, способствует восстановлению фертильности женщин, нормальному течению беременности и родов, снижению уровня заболеваемости новорожденных и повышению показателей качества жизни. Таким образом, применение природных и преформированных физических лечебных факторов в комплексной послеоперационной реабилитации, восстановительном лечении и прегравидарной подготовке позволяет нормализовать психо-вегетативный и иммунный статусы женщин, что повышает на 10% частоту наступления беременности и позитивно сказывается на процессе гестации, позволяя снизить частоту развития и степень прогрессирования таких видов патологии беременности, как хроническая фетоплацентарная недостаточность в 3,2 раза, поздний гестоз – в 4,6 раза, уменьшить частоту несвоевременного излития вод в родах в 2,8 раза, частоту кесарева сечения – в 1,4 раза, обеспечить сокращение перинатальной заболеваемости практически в 4 раза. Персонифицированные технологии восстановительной медицины являются высокоэффективными компонентами прегравидарной подготовки, создают реальную возможность демедиализации процесса подготовки женщины к беременности и ее клинического ведения на ранних сроках гестации, обеспечивают снижение частоты акушерской и перинатальной патологии, что придает особую медико-экономическую значимость актуальности их активного внедрения в практику акушеров-гинекологов.

Примечание:

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 2-е изд., доп. 496 с.
2. Кулаков В.И., Абубакирова А.М., Федорова Т.А. и др. Эфферентные методы в реабилитации больных после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза: Материалы конгресса «Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней». М., 2000. С. 678-680.
3. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во журнала Status Praesents, 2011. 688 с.
4. Поспелов И.И. Нелекарственные методы профилактики акушерской и перинатальной патологии на курорте. Сочи: Изд-во НИЦ курортологии и реабилитации Росздрава. 2008. 97 с.
5. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. М.: Status Praesents, 2009. 480 с.
6. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии // Курортология и физиотерапия. 2000. № 2. С. 42-44.
7. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии // Курортология и физиотерапия. 2000. № 2. С. 42-44.
8. Юшина И.Г. Преемственная этапная послеоперационная реабилитация женщин в здравницах Сочи после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза. Сочи, 2007. 108 с.

9. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983.
10. Психологические тесты / Под ред. А.А.Карелина. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.
11. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.Л. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на/Дону, 1977. 109 с.
12. Королюк М.А., Шапова Л.И., Майорова И.Г. Метод определения активности каталазы // Лабораторное дело. 1988. № 1. С. 16-19.
13. Энциклопедия клинических и лабораторных тестов / Под ред. Н. Тица. М.: Изд-во «Лабинформ», 1997. 940 с.

Natural and Preformed Therapeutic Factors: Postoperative Rehabilitation, Remedial Treatment and Preconception Preparation of Gynecological Patients

¹Kirill V. Gordon

²Svetlana M. Avtomeenko

¹Kuban State Medical University, Russia
4, Sedina Str., Krasnodar 350004
Dr. (medical), Professor
E-mail: doctor4007@rambler.ru

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

Abstract. Technologies of rehabilitation medicine in the form of climate therapy, thalassotherapy, balmneotherapy and apparatus physiotherapy, applied in the course of resort preparation of 270 women, suffering from chronic inflammatory diseases of pelvis resulted in pregnancy of 73.6 % of patients and allowed to reduce development and progression of such kinds of gestational pathologies, as chronic fetoplacental insufficiency by 3.2 times, late gestosis by 4.6 times, cesarean section by 1.4 times.

Keywords: Natural and preformed therapeutic factors, gynecologic patients.

UDC 61