

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И.К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет К.14.12.023

На правах рукописи
УДК 618.1/.2-089.168.1]-08-039.76

АБДЫЛДАБЕКОВА КАЛИПА БЕКБОЛОТОВНА

**Дифференцированное применение физических факторов для
оптимизации течения послеоперационного периода у
гинекологических больных**

14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная
физкультура, курортология и физиотерапия

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2013

Работа выполнена на базе кафедры физических методов лечения с курсом традиционной медицины Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Алымкулов Раушанбек Дабулбекович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Султанмуратов Махмуд Темирбекович

кандидат медицинских наук, доцент
Ашералиева Анара Есенжановна

Ведущая организация: Кыргызско-Российский Славянский
Университет им. Б.Н. Ельцина

Защита диссертации состоится 28 июня 2013г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета К.14.12.023 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

Автореферат разослан 24 мая 2013г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

У.А. Нурбекова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В современных условиях социально активная часть населения приступает к деторождению в возрасте после 25-28 лет. Но, к сожалению, репродуктивный потенциал женщины этого возраста часто предопределяется медицинскими факторами. Одну из ведущих позиций занимают длительно существующие и часто обостряющиеся воспалительные заболевания внутренних гениталий, в первую очередь придатков матки, которые характеризуются формированием таких тяжёлых осложнений, как трубно-перитонеальное бесплодие, внематочная беременность и другие [Адамян Л.В., Арсланян К.Н., Чупрынин В.Д. и др., 2004; Яроцкая Е.Л., 2006; Зайцев В.П., Айвазян Т.А., Аузен П.А., Ярустовская О.В., 2007, 2012; Евсеева М.М., Серов В.Н., 2007].

Однако в ряде случаев течение воспалительного процесса придатков матки не удаётся прервать, заболевание продолжает прогрессировать, а изменения в поражённых придатках становятся необратимыми. В этих случаях хирургическое лечение может полностью ликвидировать заболевание и восстановить здоровье и трудоспособность больных [Диамант И.И., 2003; 2004; Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Белоглазова С.Е., 2006; Юшина И.Г., Гордон К.В., Мельникова Т.В., 2007; Гойденко В.С., Серая Э.В., Чжао А.В., 2009].

Вместе с тем доказано, что прогресс в лечении трубно-перитонеальных заболеваний будет определяться не столько совершенствованием хирургических технологий, сколько эффективностью послеоперационной восстановительной терапии [Савельева Г.М., 2000; Бурлев В.А., Стругацкий В.М., Ипатова М.В., Коноводова Е.А., 2004; Гобеджишвили В.К., Лаврешин П.М., Овчаренко Л.М., 2006], так как инфильтративно-спаечные осложнения в ближайшем и отдалённом периоде могут в значительной степени осложнить послеоперационный период [Кулаков В.И., Лопатина Т.В., 2005]. Число наступивших беременностей после операций на придатках матки составляет, по данным разных источников, от 18 до 48% [Евсеева М.М., 2006; Серов В.Н., Силентьева Е.С., Понаморенко Г.Н. и др., 2007]. Таким образом, оказывается, что большая часть операций проводится без результата. Более того, многие женщины переносят оперативное вмешательство по 2 раза и более.

Большинство авторов, занимающихся вопросами оперативной гинекологии, считают, что повышение эффективности лечения служит восстановительная физиотерапия. Однако, физиотерапевтические факторы, применяемые в настоящее время для этих целей, недостаточно изучены.

Таким образом, реабилитация фертильной функции женщин позднего детородного возраста, перенесших гинекологические операции, несомненно требует усовершенствования технологий. Поэтому целесообразность изучения возможностей применения физиофакторов с целью, повышения

эффективности оперативного лечения заболеваний придатков матки, имеет свою актуальность и перспективу.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научных исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и является инициативной.

Цель исследования

Повышение репродуктивной способности женщин, перенесших гинекологические операции на придатках матки, с помощью многофакторного трехэтапного реабилитационного комплекса.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние факторов ранней реабилитации на анатомо-топографическое и физиологическое состояние органов малого таза в раннем послеоперационном периоде.
2. Изучить влияние многофакторного трехэтапного реабилитационного комплекса на репродуктивную способность женщин, перенесших гинекологические операции на придатках матки.
3. Провести сравнительный анализ эффективности реабилитационного комплекса с контрольными группами.
4. Разработать показания и противопоказания для проведения реабилитационного комплекса с целью восстановления репродуктивной способности и профилактики рецидивов хронических воспалительных процессов в органах малого таза после операций на придатках матки.

Научная новизна

Впервые установлено, что трехэтапное многофакторное воздействие повышает в 2,5 раза репродуктивную способность женщин, перенесших операции на придатках матки на фоне длительного хронического воспалительного процесса в органах малого таза.

Впервые доказано, что воздействие в раннем послеоперационном периоде многофакторного реабилитационного комплекса дает возможность регулирования процессов реактивного воспаления по пути превалирования регенерации над репарацией при заживлении органов малого таза после операции на придатках матки, т.е. оказывает противоспаечный (антисклеротический) эффект.

Впервые доказано, что проведение полного трехэтапного реабилитационного многофакторного (физиокинезомассажного) комплекса женщинам, перенесшим операции на придатках матки, является эффективным средством профилактики рецидивов хронических воспалительных процессов органов малого таза.

Установлено, что ограничение реабилитационных мероприятий только ранним послеоперационным периодом сохраняет проходимость маточных труб и подвижность матки (анатомо-физиологические параметры), но не способно быть эффективным средством профилактики рецидивов

хронических воспалительных процессов органов малого таза, что в свою очередь, несомненно, снижает в последующем репродуктивную способность женщин.

Доказано положительное влияние реабилитационного комплекса на психоэмоциональную сферу, функциональное состояние экстрагенитальных органов, что, несомненно, способствует нормализации гормонального баланса женского организма и восстановлению репродуктивной способности.

Установлено, что у женщин, перенесших операции на придатках матки желавших, но не получавших специфической реабилитации, выявлен высокий уровень тревожности в сочетании с нарушением гормонального баланса.

Практическая значимость полученных результатов

Разработан и внедрен в практику метод восстановления репродуктивной способности женщин, перенесших операции на придатках матки, на основе применения специально разработанного трехэтапного многофакторного физиокинезомассажного реабилитационного комплекса. Предложен «Способ ранней послеоперационной реабилитации гинекологических больных с дифференцированным использованием физической терапии» (рационализаторское предложение №47/12 от 11.12.12г.).

Предлагаемые методы повышают частоту наступления беременности после операций на придатках матки, оптимизируют течение послеоперационного периода, предотвращают развитие осложнений в виде спаечной болезни, нарушений анатомического и топографического положения органов малого таза у женщин, и являются эффективным средством профилактики вторичных рецидивов хронических воспалительных процессов в органах малого таза.

Результаты исследований используются для подготовки лекций и практических занятий для студентов Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, медицинского факультета Кыргызско-Российского славянского университета, а также для клинических ординаторов и врачей интернов по специальностям “физиотерапия”, “акушерство и гинекология”.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Эффективность восстановления репродуктивной способности послеоперационных гинекологических больных напрямую зависит от сроков начала реабилитации и ее достаточной продолжительности.
2. Реабилитация репродуктивной способности послеоперационных гинекологических больных должна состоять из многофакторного комплекса, т.е. с одновременным воздействием противоспаечного (антисклеротического), миостимулирующего, гемодинамического, рефлекторно-сегментарного компонентов.

3. Тактика реабилитации послеоперационных больных должна быть этапной по мере расширения функциональных способностей больных с соблюдением принципа преемственности и сочетанности лечебных средств.

Личный вклад соискателя

При проведении исследований автором самостоятельно осуществлялся анализ и обобщения данных литературы, отбор больных, разделение по группам, проведение всех реабилитационных мероприятий, клиническое исследование по изучению эффективности реабилитационного комплекса прооперированных женщин, статистическая обработка и обобщение полученных данных, написание статей и окончательное оформление диссертационной работы.

Внедрение результатов исследования

Практические предложения диссертационной работы внедрены в практику лечебной работы отделения урогинекологии Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения.

Основные положения диссертационной работы включены в образовательные программы студентов и клинических ординаторов КГМА им. И.К. Ахунбаева и медицинского факультета КРСУ им. Б.Н. Ельцина.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследований доложены и обсуждены на научно-практических конференциях: на международной научно-практической конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (Бишкек, 2006), на международной научно-практической конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (Бишкек, 2008), на совместном заседании кафедр физических методов лечения с курсом традиционной медицины и акушерства и гинекологии №1 (Бишкек, 2009), на международной научно-практической конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (Бишкек, 2010), на Первом Евразийском Конгрессе «Современный взгляд на проблемы курортологии и восстановительной медицины на Евразийском пространстве» (Иссык-Куль, 21-22 октября, 2010), на международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения» (Алматы, 2012), на международной научно-практической конференции «Дни науки КГМА-2013» (Бишкек, 2013).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях

Основные положения диссертации отражены в 13 опубликованных научных работах. Получено удостоверение на рационализаторское предложение №47/12 от 11.12.12г. «Способ ранней послеоперационной реабилитации гинекологических больных с дифференцированным использованием физической терапии».

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения и 3-х глав, в том числе обзора литературы, материала и методов исследования, результатов

собственных исследований и их обсуждение, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 234 источника (183 отечественных и стран СНГ и 51 зарубежных авторов), приложения. Работа изложена на 128 страницах текста, выполненного на компьютере, шрифтом Times New Roman 14 через 1,5 межстрочных интервала. Текст диссертации иллюстрирован 9 таблицами и 8 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, представлены цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость полученных результатов, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1 «Применение физических факторов в лечении и реабилитации гинекологических больных» на основе обобщения данных литературы показано, что одним из важных принципов реабилитации считается комплексное применение различных средств и методов, при этом физические факторы не только хорошо совмещаются с другими реабилитационными средствами, такими как лечебная физкультура и массаж, но и могут потенцировать и пролонгировать их действие.

Тем не менее, в описанных работах результативность внедренных разнообразных способов реабилитации детородной функции женщин после операций на придатках матки остается еще достаточно низкой и не превышает половины случаев (максимально 48%).

Также следует отметить что, позднее начало многих реабилитационных мероприятий, хотя известно, что спаечно-слипчивые процессы, характерные для зоны малого таза, начинают формироваться уже в ранний послеоперационный период. Тем более что такие больные практически всегда имеют негативный преморбидный фон – длительные воспалительные заболевания, отягчающие процессы заживления.

В этой связи поиск и разработка новых методов комплексного применения физических факторов в сочетании с другими реабилитационными средствами в восстановительном лечении различных заболеваний, в том числе и гинекологических, представляют исключительно важный научно-практический интерес.

Глава 2 «Материалы и методы исследования». Работа выполнена в Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева, Бишкекской городской гинекологической больнице и Бишкекском городском перинатальном центре. Под наблюдением находилось 146 женщин в возрасте от 28 до 36 лет, перенесших лапаротомные операции на придатках матки (по Пфанненштилю с резекцией кисты, маточной трубы или яичника). Из них 140 пациенток перенесли оперативные вмешательства по поводу внематочной беременности и 6 – удаление кисты яичника.

Критериями включения в исследование явились: возраст больных от 28 до 36 лет; согласие пациенток на участие в исследовании; наличие

оперативного вмешательства на придатках матки методом лапаротомии; отсутствие обильного кровотечения и желание родить еще ребенка.

Критериями исключения из исследования явились следующие факторы: общее тяжелое состояние после операции; обильное кровотечение; оперативные вмешательства в анамнезе по поводу новообразований матки, придатков и/или гнойно-перитонеальных процессов; гипо- и гиперэстрогения; нарушения свертывающей системы крови; выраженная анемия; явления сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности; первичное бесплодие при кисте яичника; индивидуальная непереносимость электролечебных процедур и/или другие противопоказания для физиотерапии и ЛФК.

Предмет исследования: всем послеоперационным гинекологическим больным проводилось комплексное обследование, которое включало анамнез, осмотр, лабораторно-инструментальные методы исследования, УЗИ органов малого таза, анкетирование (уровень ситуативной тревожности по шкале Спилберга).

Лечение и исследование осуществлялись в **четыре этапа: I этап – стационарный (послеоперационный)** - 1-4-я неделя после операции, начиная с первых часов после пробуждения от наркоза в отделении оперативной гинекологии; **II этап – ранний восстановительный период** - 2-й – 6-й месяцы; **III этап – отдаленный восстановительный период** - 7-12-й месяцы; **IV этап – катамнез** - 13-18-й месяцы.

После проведения оперативного вмешательства больные получали послеоперационное медикаментозное лечение: прозерин 2,0 по 2 раза в день внутримышечно, 2 дня; кетонал 2,0 внутримышечно при болях, 2 дня; децинон 6,0 – 1 раз в день внутривенно, по показаниям, 2 дня; цефазолин 2,0 мл внутривенно, 1 раз в день, 5 дней.

В зависимости от объема проведенной реабилитационной помощи больные были разделены на 3 сопоставимые между собой группами, характеристика которых приведена в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1. - Характеристика групп больных

№	Группа	Количество больных	Клинический диагноз	Полученный объем реабилитации
1.	Основная	76	74 – внематочная беременность, 2 – киста яичника	Полная реабилитация с 1-го по 12 месяцы - все этапы
2.	Контр. «А»	35	33 – внематочная беременность, 2 – киста яичника	Стационарный период - 1-й месяц – I-й этап

3.	Контр. «Б»	35	33 – внематочная беременность, 2 – киста яичника	Только наблюдение
Всего		146		

Все обследования проводились с учетом дооперационной клинической картины в следующие сроки после операции: до операции (по данным амбулаторной карточки наблюдения у гинеколога); через 1 месяц; через 3 месяца; через 6 месяцев; через 12 месяцев; через 1,5 года (только при отсутствии беременности). Во всех случаях, если наступала беременность, пациентки в дальнейшем наблюдались и у акушера-гинеколога.

Таблица 2.1.2. - Критерии оценки отдельных клинических симптомов

№	Симптомы	Выраженность симптома в баллах		
		1	2	3
1	Тазовая боль	Боль отсутствует	Редкие, непродолжительные	Частые, тянущего характера
2	Выделения из половых путей (помимо менструальных)	Нет выделений	Скудные, в виде белей без запаха	Обильные, кровянистые с запахом
3	Характер влагалищной слизи	Прозрачная, вязкая	Слизисто-серозная	Серозная, тягучая
4	Цитология мазка	1-3 L в п/зр	4-14 L в п/зр	> 15 L в п/зр
5	Течение менструаций	Без особенностей	Редкие боли внизу живота, с иррадиацией	Постоянные боли внизу живота, с иррадиацией
6.	Консистенция матки при пальпации	Обычная мягковатая	Слегка уплотненная	Уплотненная
7.	Болезненность матки и придатков при пальпации	Нет	Слабая	Резкая
8.	Ограничение подвижности матки и придатков	Достаточно подвижные	Слабо выраженное	Отмечается
9.	Смещение положения матки от нормы	Нормальное	Слабо смещенное	Грубо смещенное
10	Признаки спаечной болезни по данным УЗИ	Не выявлено	Один из признаков	два и более признака
11	ВМС в анамнезе	Не было	1-4 года	5 лет и более
12	Состояние послеоперационного шва	Тонкий, светлый,	Плотноватый, подвиж-	Синюшный, плотный,

		подвижный и безболезненный	ный, слабо болезненный	подвижность ограничена, болезненный
13	Обострения ХВЗОМТ	< 1 р/год	2 р/год	>3 р/год
14	Частота ОРВИ	Не было	1-2 р/год	> 3 р/год
15	Оценка ситуативной тревожности по Спилбергу	Низкая – до 30 б.	Умеренная - 31 -44 б.	Высокая – > 45 б.

Для проведения статистического анализа материала были использованы электронные таблицы Excel 7,0 с применением компьютерных программ «Statistica» путем расчета относительных показателей, средних величин и критерия Стьюдента.

В соответствии с поставленными целью и задачами больные основной группы и контрольной «А» группы получали специально разработанный многофакторный этапный реабилитационный комплекс, состоящий из трех компонентов: физиотерапевтических, лечебной гимнастики и массажа с элементами мануальной терапии (табл. 2.2.3.).

Таблица 2.2.3. - Компоненты многофакторного реабилитационного этапного комплекса

Этапы реабилитации	Физиотерапия	Массаж с элементами мануальной терапии	ЛФК
I этап - стационарный (послеоперационный)	Цинк-йод-электрофорез сакроабдоминально №10, начиная с 3-го дня, ежедневно	Со 2-3 дня – щадящий массаж спины, сотрясение таза, 2 р/д, 5-6 дней подряд, №10-12	1. ЛГ – комплекс №1 2. Ходьба свободная с 20-50 шагов 10-12 р/д до 200-500 шагов 3-4 р/д
II этап – ранний восстановительный	Грязевые аппликации на тросиковую зону, 20мин, 2 дня подряд с отдыхом на 3-й день, №7-8; 2 курс через 2 мес.	Вибромассаж живота, поясницы, ягодиц, вибрация таза, вытяжение пояснично-крестцового отдела, через день, №6-8, 2 курс через 2 месяца	1. ЛГ ежедневно комплекс №2 2. Ходьба широким шагом от 1000 до 5 тыс/д, ежедневно, 90-100 шагов/мин
III этап – отдаленный восстановительный	УЗТ внизу живота, поясницы и крестца, №8-10, 2 курс через 2 мес	Общий массаж 3 р/нед, №8-10, 2 курс через 2-2,5 мес	1. ЛГ 4-5 р/нед комплекс №3 2. Шведская ходьба до 5-8 тыс/д

Глава 3 «Результаты собственных исследований и их обсуждение».

У многих пациенток отмечались уже сформированные (еще до операции) различные **осложнения** ХВЗОМТ (табл. 3.1.1.): **1)** в виде спаечной болезни по данным УЗИ у 52 человек основной группы, у 24 – контрольной группы А и у 23 – контрольной группы Б, что составило 68,4%, 68,6% и 65,7% соответственно; **2)** ограничение подвижности матки и придатков при гинекологическом осмотре отмечено у 66 человек основной группы, у 31 – контрольной группы А и у 29 – контрольной группы Б, что составило, в свою очередь, 86,8%, 88,6% и 82,9% соответственно; **3)** смещение положения матки в передне-заднем или фронтальном направлениях были подтверждены ультразвуковой картиной или на контрастной рентгенограмме матки: у 45 (59,2%) человек из основной группы, у 20 (57,1%) человек из контрольной группы А и у 26 (74,3%) человек из контрольной группы Б; **4)** характерным был синдром тазовой боли: 69 женщин основной группы (90,8%), 31 – контрольной группы А (88,6%) и 32 – контрольной группы Б (91,4%); **5)** болезненное течение менструаций в анамнезе выявлены у каждой второй женщины: 38 случаев в основной (50,0%), 19 - в контрольной А (54,3%) и 21 – в контрольной Б группах (60,0%); **6)** частые (практически ежемесячные) выделения из половых путей различного характера помимо менструальных отмечали большинство женщин: 66 (86,8%) женщин из основной группы, 31 (88,6%) и 28 (80,0%) – из контрольных групп А и Б соответственно; **7)** многие женщины (25%) в анамнезе длительно (более 5 лет) носили ВМС; **8)** частота обострений ХВЗОМТ у всех наблюдавшихся женщин превышала 2 раз в год и у 3/4 составляла 3 и более раз в год – 73,7%, 74,3% и 68,6% в основной, контрольной группах А и Б соответственно; отмечалась высокая (3 и более раз в год) частота ОРВИ.

Табл.3.1.1. - Характеристика анамнеза клинических симптомов у больных до операции

№	Симптом	Группы больных		
		Основная (n =76)	Контр.А (n =35)	Контр.Б (n =35)
1	Тазовая боль	2,63±0,05	2,42±0,08	2,54±0,08
2	Выделения из половых путей	2,87±0,02	2,86±0,02	2,80±0,02
3	Болезненные менструации	2,25±0,05	2,03±0,08	1,89±0,08
4	Ограничение подвижности матки и придатков	2,47±0,05	2,43±0,08	2,34±0,08
5	Уплотнение придатков, матки	2,24±0,05	2,23±0,08	2,23±0,08
6	Смещение положения матки	1,59±0,02	1,57±0,04	1,74±0,04
7	Признаки спаек по УЗИ	2,05±0,05	2,03±0,04	2,03±0,04

8	Ношение ВМС более 5 лет	1,75±0,05	1,71±0,08	1,77±0,08
9	Частые ХВЗОМТ	2,74±0,02	2,74±0,04	2,71±0,04
10	Частые ОРВИ	2,37±0,05	2,31±0,08	2,26±0,08

Все больные, получавшие физиотерапевтические процедуры, ЛФК и массаж чувствовали себя хорошо, отмечали положительные сдвиги в соматическом и психоэмоциональном сферах. Проведен анализ статистических данных в динамике в послеоперационном периоде во всех группах отдельно по каждому показателю, а также в сравнительном аспекте между основной и контрольными группами.

Анализ результатов исследования динамики клинических симптомов женщин основной группы в послеоперационном периоде представлен на рисунке 3.2.1.

У больных основной группы снижается интенсивность тазовой боли и остается на низком уровне от $2,63 \pm 0,05$ до $1,10 \pm 0,06$ ($P < 0,05$). Положительна динамика выделений из половых путей, помимо менструальных – в 3 месяца частота их уменьшилась с исходного 66 человек (86,8%) до 3 человек (4,0%), в 6 месяцев – до 1 женщины (1,5%), в год и через 1,5 года – отмечалось только у одной и той же женщины ($P < 0,001$). Характер влагалищной слизи с 14 (18,4%) женщин и цитологическая картина мазка с 7 (9,2%) женщин улучшилась до нормы и оставалась таковой до конца наблюдения ($P < 0,001$). Консистенция матки и ее болезненность при гинекологическом исследовании встречалась на каждом следующем этапе наблюдения, постепенно все в меньшем числе случаев – от 90,8% в 1 месяц до 40,0% в 3 месяца, до 24,6% в 6 месяцев, до 22,0% в 12 месяцев и до 19,4% в 1,5 года после операции ($P < 0,001$). Показатель в 1 балл при симптомах: ограничения подвижности матки при ручном гинекологическом исследовании и ультразвуковые признаки спаечной болезни в органах малого таза после операции в целом не претерпевают изменений. Хорошее заживление наблюдалось по операционному шву, который с оценкой в 3 балла (табл.2.1.2) ни у кого не встречался, а слабо болезненный при смещении отмечался в 3 месяца лишь у 3 (4,0%) больных и в дальнейшем вообще исчез ($P < 0,05$). Сократилась частота обострений ХВЗОМТ и частота ОРВИ, при этом если до оперативного периода частые обострения (3 и более раз в год) отмечены у 56 человек, то за первый год после операции таких случаев не было вообще ($P < 0,001$). Анкетирование по оценке ситуативной тревожности по Спилбергу показали, что в первые полгода наблюдения половина женщин имела умеренный уровень ситуативной тревожности (46,1-49,3%), а через 1,5 года большинство женщин показали умеренный и низкий уровень тревожности (61,1% и 30,6% соответственно).

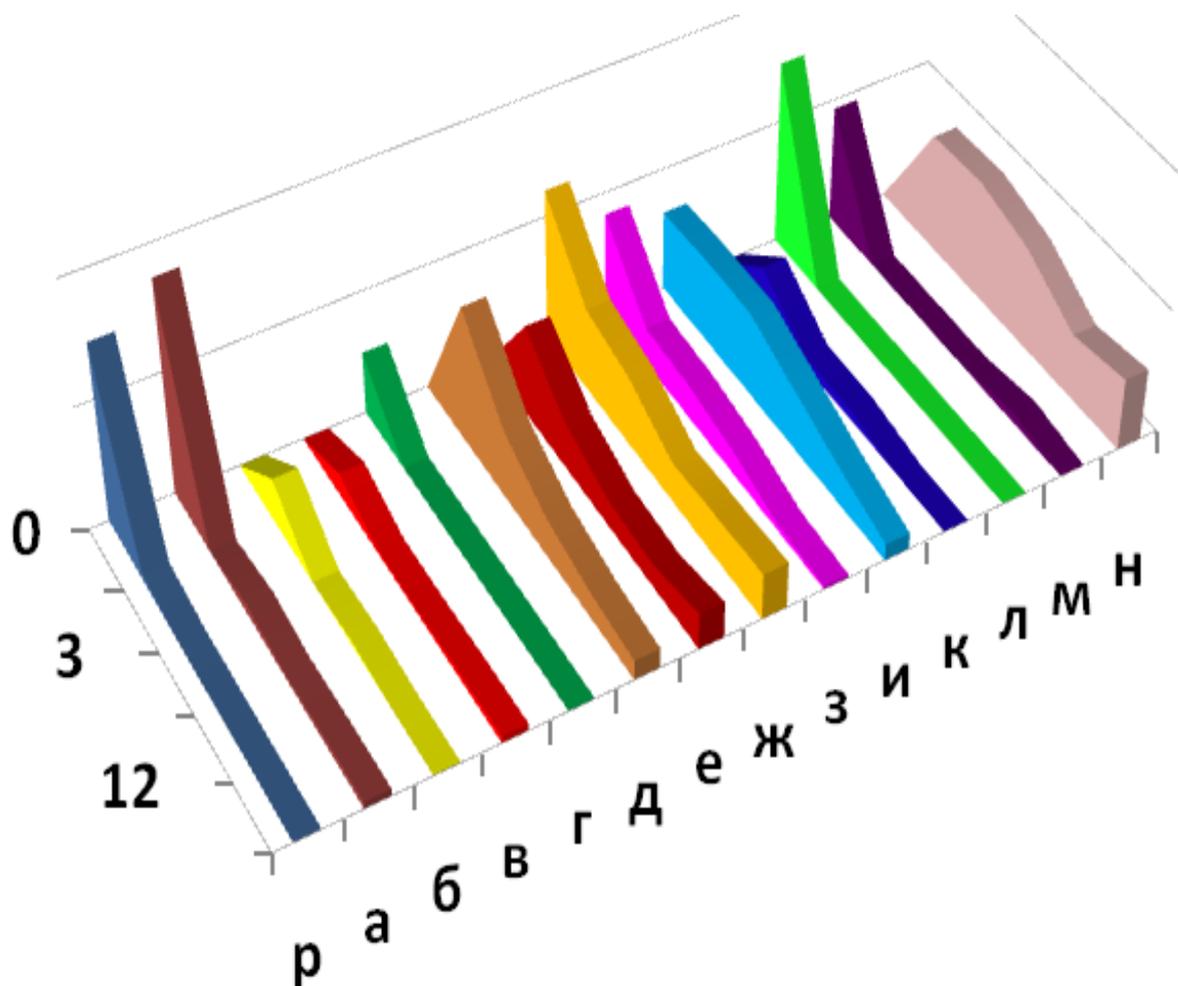


Рис. 3.2.1. - Динамика клинических симптомов у больных основной группы в послеоперационном периоде:

Периоды: **0-3** – до операции, 1 и 3 месяца после операции;

3-12 – 6 и 12 месяца после операции;

12-дальше – 1,5 года после операции.

Симптомы: **р** – тазовая боль в 3 балла;

а – выделения в 3 балла;

б – характер влагалищной слизи в 3 балла;

в – цитологическая характеристика мазка в 3 балла;

г – течение менструации в 3 балла;

д – консистенция матки в 3 балла;

е – болезненность матки и придатков в 2 балла;

ж – ограничение подвижности матки и придатков в 1 балл;

з – смещение положения матки в 1 балл;

и - признаки спаек по УЗИ в 1 балл;

к – состояние послеоперационного шва в 2 балла;

л – частота ХВЗОМТ в 3 балла;

м – частота ОРВИ в 3 балла;

н – оценка ситуативной тревожности в 2 балла.

Анализ результатов исследования, полученных в контрольной группе А (рис.3.2.2.), где больные получили только стационарный послеоперационный реабилитационный комплекс (первый месяц) по многим параметрам отличался от данных по основной группе.

Тазовая боль достоверно уменьшалась по своей интенсивности (оцененная в 3 балла) и встречалась намного реже – у 62,9% в анамнезе до операции и до 0% через 1,5 года после операции ($P<0,001$), хотя тазовые боли, оцененные в 2 балла встречались у 20% женщин через 1,5 года после операции ($P<0,05$). Выделения, помимо менструальных, характеризовались изменчивой динамикой, а именно в первые полгода после операции не выявляются совсем ($P<0,001$), но во второй половине года и на следующий год вновь отмечаются случаи выделений у 13 (37,1%) женщин с оценкой в 2 балла. Положительную динамику имел характер влагалищной слизи – через полгода наблюдения у 18 (51,4%) больных регистрировалась слизь в пределах нормы. Но в 12 месяцев и через 1,5 года – чаще встречались случаи влагалищной слизи в 2 балла у 10 (28,6%) и у 11 (31,4%) женщин соответственно. Цитологическая характеристика мазка – наилучшие результаты были выявлены в 3 месяца (у 70,6% - нормальные значения), затем здоровые показатели уряжались с 44,8% в 6 месяцев до 27,3% через 1,5 года. Соответственно нарастают случаи с большим количеством лейкоцитов у 9 (25,7%) женщин с оценкой в 2 балла. Течение менструаций у 24 (68,6%) больных контрольной группы А через 3 месяца после операции отмечалось как безболезненное, но через полгода и в дальнейшем вновь стали превалировать случаи с менструальными болями внизу живота с иррадиацией в поясницу, в паховую область – с оценкой 2 балла в 6 месяцев зарегистрировано 45,7% случаев у 16 женщин, в 12 месяцев – у 11 (31,4%) и через 1,5 года – у 9 (25,7%) пациенток. Консистенция матки характеризовалась наилучшими показателями в 3 и 6 месяцев – мягковатая (здоровая) консистенция матки при двуручной пальпации у 21 (60%) и у 19 (54,3%) женщин соответственно. К концу первого года наблюдения и через 1,5 года картина менялась – начинали превалировать случаи с оценкой 2 балла у 11 (31,4%) и у 12 (34,3%) женщин. Болезненность матки и придатков при гинекологическом двуручном исследовании характеризовалась положительной динамикой только в первый год наблюдения и у половины больных не выявлялась – 56,5% случаев, но через 1,5 года после операции этот симптом стал выявляться чаще – с оценкой в 2 балла 59,1% случаях. Ограничение подвижности матки и придатков при гинекологическом ручном обследовании с оценкой в 2 балла появилась через 6 месяцев после операции у 13 (37,1%) женщин. Смещение положения матки в 3 балла появилась у 2 женщин (5,7%) в 6 месяцев после операции, у 4 (11,4%) и у 6 (17,1%) женщин в год и 1,5 года после операции. Признаки спаечной болезни по данным УЗИ в первые полгода изменений не наблюдалось, в дальнейшем регистрировались случаи с оценкой в 3 балла в 6 месяцев, 1 год и 1,5 года у 2

(5,7%), у 4 (11,4%) и у 5 (14,3%) больных соответственно. Состояние послеоперационного шва характеризовалось положительной динамикой и у 31 больных (88,6%) стал тонким, светлым, мягким и подвижным. Частота обострений ХВЗОМТ в 2 балла регистрировалась в год наблюдения у 12 женщин (34,3%). Частота ОРВИ в год наблюдения, оцененная в 2 балла была у 15 (42,9%) женщин. Оценка ситуативной тревожности в 3 балла стала нарастать в периоде с 3 месяцев до 1,5 года у 4 (11,4%) и 13 (37,4%) женщин.

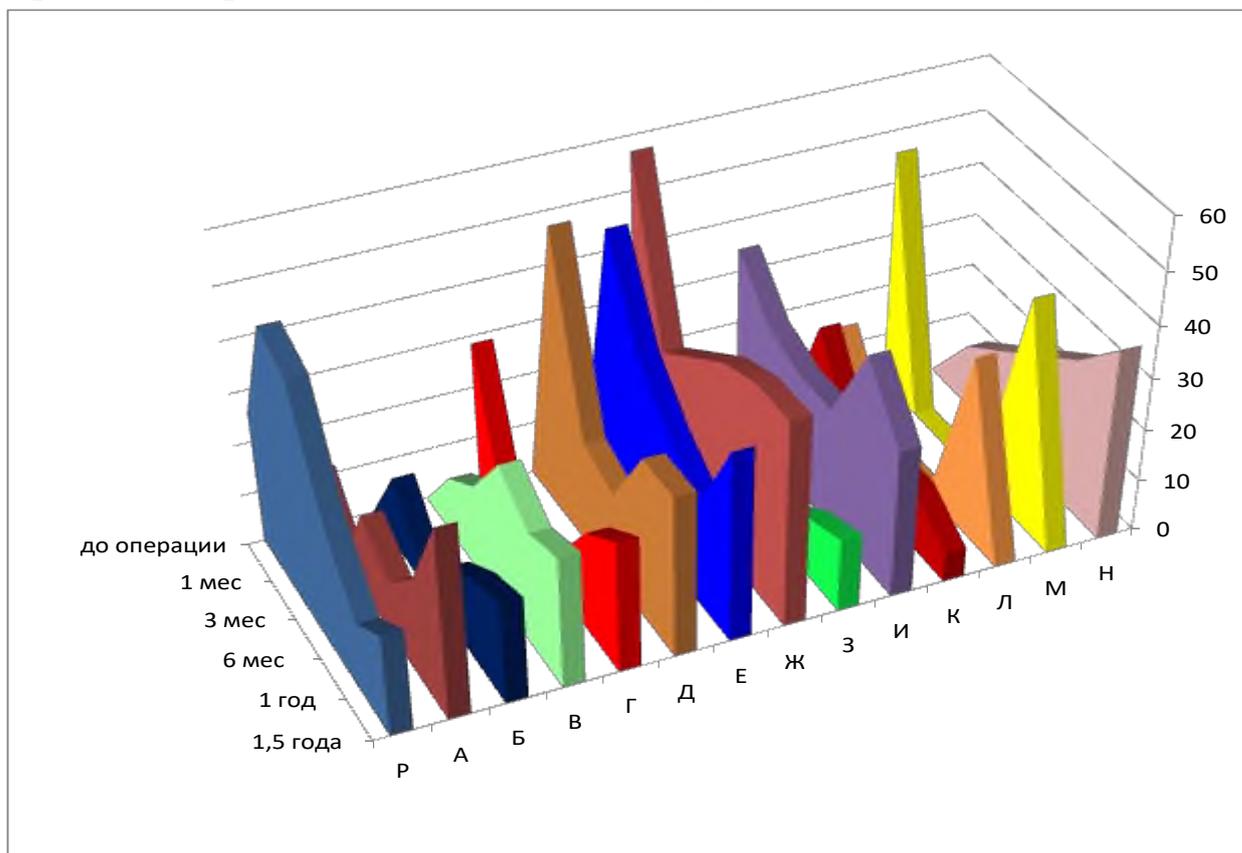


Рис. 3.2.2. - Динамика клинических симптомов у больных контрольной группы А в послеоперационном периоде:

Симптомы: **Р** – тазовая боль в 2 балла;

А – выделения в 2 балла;

Б – характер влагалищной слизи в 3 балла;

В – цитологическая характеристика мазка в 2 балла;

Г – течение менструации в 3 балла;

Д – консистенция матки в 2 балла;

Е – болезненность матки и придатков в 2 балла;

Ж – ограничение подвижности матки и придатков в 3 балла;

З – смещение положения матки в 3 балла;

И - признаки спаек по УЗИ в 3 балла;

К – состояние послеоперационного шва в 2 балла;

Л – частота ХВЗОМТ в 3 балла;

М – частота ОРВИ в 2 балла;

Н – оценка ситуативной тревожности в 3 балла.

По рисунку 3.2.3. итоги наблюдений в контрольной группе Б не вызывают оптимизма: тазовая боль, выделения из половых путей, характер влагалищной слизи, цитологическая характеристика мазка и течение менструаций у 90% обследованных имели оценку в 3 балла. Параметры матки как ее консистенция, болезненность, ограничение подвижности, смещение положения матки и признаки спаек по УЗИ к концу первого года наблюдения у женщин контрольной группы Б оценивались в 3 балла: у 21 (60%), 16 (45,7%), 16 (45,7%), 7 (20%) и 23 (65,7%) женщин соответственно. Через 1 месяц у 14 больных шов имел оценку в 2 балла (40%). С течением времени состояние шва в целом по группе медленно улучшалось, но, тем не менее, у 3 (8,6%) женщин и через 1,5 года выявлялась болезненность при смещении шва в стороны. Частота обострений ХВЗОМТ у 18 женщин (51,4%) за первый год оценена в 2 балла. Частота ОРВИ с оценкой в 2 балла встречалась в год у 22 (62,9%) женщин. Оценка ситуативной тревожности в течение наблюдения нарастала и в 1,5 года в 3 балла была у 24 (68,9%) женщин.

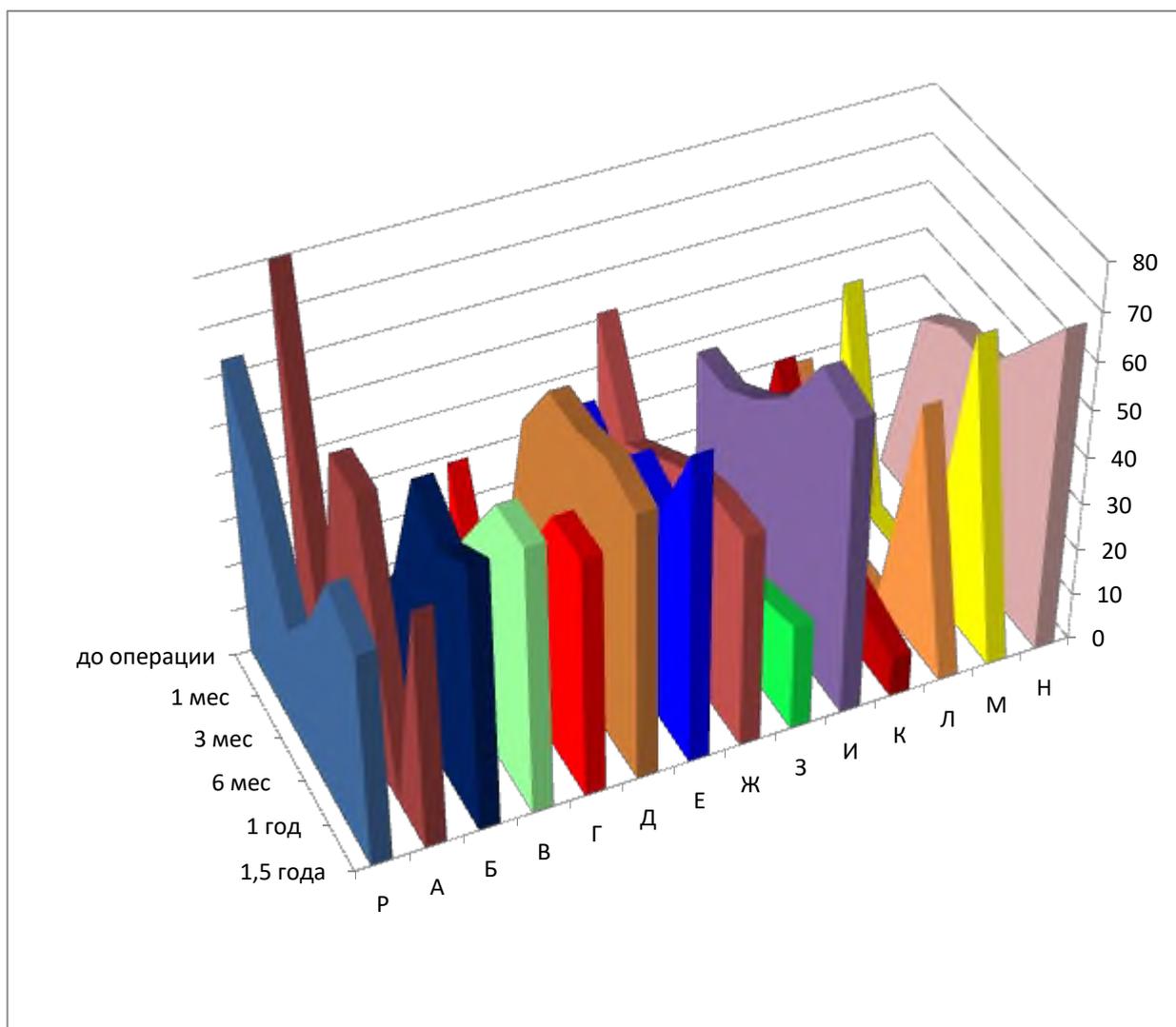


Рис. 3.2.3. - Динамика клинических симптомов у больных контрольной группы Б в послеоперационном периоде:

Симптомы: **Р** – тазовая боль в 3 балла;

А – выделения в 3 балла;

Б – характер влагалищной слизи в 3 балла;

В – цитологическая характеристика мазка в 3 балла;

Г – течение менструации в 3 балла;

Д – консистенция матки в 3 балла;

Е – болезненность матки и придатков в 3 балла;

Ж – ограничение подвижности матки и придатков в 3 балла;

З – смещение положения матки в 3 балла;

И - признаки спаек по УЗИ в 3 балла;

К – состояние послеоперационного шва в 2 балла;

Л – частота ХВЗОМТ в 2 балла;

М – частота ОРВИ в 2 балла;

Н – оценка ситуативной тревожности в 3 балла.

Сравнительная частота наступлений беременностей у наблюдавшихся женщин по группам представлена на таблице 3.3.1.

Всего из всех 146 женщин, участвовавших в нашем исследовании, смогли забеременеть 60 (41,1%), из них 40 (52,6%) из основной группы, 13 (37,1%) – из контрольной группы А и 7 (20%) – из контрольной группы Б.

Табл.3.3.1. - Частота наступления беременности у больных по группам

№	Периоды наблюдения	Количество случаев в разных группах			Достоверность различий
		Основная n=76	Контр.А n=35	Контр.Б n=35	
1	0-1 месяц	0	0	0	
2	1-3 месяца	1 – 1,3%	1 – 2,9%	0	
3	3-6 месяцев	6 – 7,9% *	5 – 14,3%	2 – 5,7%	P<0,05
4	6-12 месяцев	28 – 36,8% **	6 – 17,1%	2 – 5,7%	P<0,02
5	1-1,5 года	5 – 6,6%	1 – 2,9%	3 – 8,6%	
6	Всего	40 – 52,6% **	13 – 37,1%	7 – 20%	P<0,02

Таким образом, сравнительными клинико-лабораторными исследованиями обосновано применение трехэтапного многофункционального (физиокинезомассажного) реабилитационного комплекса у гинекологических больных, перенесших операции на придатках матки с целью оптимизации послеоперационного течения и репродуктивного потенциала.

ВЫВОДЫ

1. Реабилитацию послеоперационных гинекологических больных с целью восстановления репродуктивной способности необходимо проводить многофакторным и трехэтапным способом воздействия, т.е. с включением одновременно противоспаечного, миостимулирующего, гемодинамического, рефлекторно-сегментарного компонентов с первых дней после операции и продолжать непрерывно в течение не менее 1 года, что достоверно повышает репродуктивный потенциал с 20% до 52,6% случаев.
2. Включение патогенетически направленной антисклеротической терапии необходимо именно в стадии разрешения реактивного воспаления (ранний послеоперационный многофакторный комплекс в первую неделю после операции), что позволяет регулировать ход заживления – превалирование процессов регенерации над репарацией (P<0,05), т.е. без излишнего склерозирования и одновременного рассасывания уже существовавших до операции спаек.

3. Многофакторный трехэтапный реабилитационный комплекс у женщин, перенесших операции на придатках матки является эффективным средством профилактики рецидивов хронических воспалительных процессов в органах малого таза в течение не менее 1 года ($P < 0,05$). Подобный эффект не достижим при ограничении реабилитационных мероприятий только ранним послеоперационным периодом ($P > 0,5$) и снижает в последующем репродуктивную способность женщин в 1,7 раза.
4. Противопоказаниями для специальных реабилитационных мероприятий, определяемыми в первые полгода после операции, являются: обострение хронической гинекологической патологии более 2 раз; при сочетании высокого уровня ситуационной тревожности с нарушениями менструального цикла либо с симптомами хронически персистирующего воспаления внутренних половых органов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Женщинам, перенесшим операции на придатках матки на фоне длительных воспалительных процессов в органах малого таза, с первых дней после операции необходимо проводить специальные реабилитационные мероприятия, направленные одновременно на профилактику склерозирования или рассасывание уже имеющихся спаек, улучшение регионарной гемодинамики в органах малого таза, нормализацию рефлекторно-сегментарной иннервации, тренировку мышц брюшного пресса, тазового дна, ягодиц, бедер.
2. Реабилитация женщин с длительным гинекологическим анамнезом после операций на придатках матки должна включать в себя многофакторный комплекс, состоящий из физического фактора, лечебной физкультуры и массажа с элементами мануальной терапии.
3. Восстановление репродуктивной способности женщин позднего детородного возраста, перенесших операции на придатках матки, должна проводиться непрерывно на всех этапах реабилитации – стационарный, послеоперационный, ранний и поздний реабилитационный периоды общей продолжительностью не менее 1 года.
4. При обнаружении противопоказаний для реабилитации репродуктивной способности после операций на придатках матки или недостаточной эффективности, женщине рекомендуются более современные технологии восстановительной, в том числе реконструктивной, медицины или другие методы деторождения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Абдылдабекова К.Б. Физические методы лечения в акушерской и гинекологической практике. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова, Р.Д. Алымкулов // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2006. - №2.–С.3-5.

2. Абдылдабекова К.Б. К вопросу о ранней диагностике внематочной беременности у женщин. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2008. - №1. – С. 84-86.
3. Абдылдабекова К.Б. Применение физических факторов в реабилитации больных, перенесших гинекологические операции. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2009. - №2. – С. 120-121.
4. Абдылдабекова К.Б. Применение цинк-йод электрофореза в ранней реабилитации больных, перенесших операции на придатках матки. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова, Р.Д. Алымкулов, М.С. Мусуралиев // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – Алматы-Ашгабат-Бишкек-Душанбе-Ташкент, 2009. – Том XV, №5-6. – С. 445-447.
5. Абдылдабекова К.Б. Массаж и лечебная физическая культура в комплексной реабилитации гинекологических больных. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2010. - №1. – С. 61-66.
6. Абдылдабекова К.Б. Клинико-лабораторная характеристика больных с хроническими заболеваниями придатков матки, поступивших на оперативное лечение. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2010. - №1. – С. 67-70.
7. Абдылдабекова К.Б. Ранняя реабилитация послеоперационных гинекологических больных: залог успеха восстановления здоровья женщин. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова, Р.Д. Алымкулов, М.С. Мусуралиев и др. // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – Алматы-Ашгабат-Бишкек-Душанбе-Ташкент, 2010. – Том XVI, приложение 2. – С. 61-62.
8. Абдылдабекова К.Б. Лечебная физкультура как метод активной реабилитации хирургических больных. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова, Р.Д. Алымкулов, С.С. Исраилова, Дж.К. Сманова и др. // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – Алматы-Ашгабат-Бишкек-Душанбе-Ташкент, 2011. – Том XVII, приложение 5. – С. 98-100.
9. Абдылдабекова К.Б. Физические факторы как метод активного воздействия на организм. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова, Р.Д. Алымкулов, Д.А. Алымкулов, С.С. Исраилова и др. // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - №2. – С. 176-177.
10. Абдылдабекова К.Б. Оценка непосредственной эффективности результатов ранней послеоперационной восстановительной терапии больных перенесших гинекологические операции. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения». – Алматы, 2012. – С. 2-5.
11. Абдылдабекова К.Б. Влияние ранней послеоперационной восстановительной терапии на динамику тазовых болей у гинекологических больных. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова, Р.Д.

- Алымкулов // Вестник КРСУ. – 2012. – Том 12, №2. – С. 31-34.
12. Абдылдабекова К.Б. К вопросу о полной эффективности ранней послеоперационной реабилитации гинекологических больных. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Нелекарственная медицина. – СПб., 2012. - №3-4. – С. 15-16.
13. Абдылдабекова К.Б. Ультразвуковое сканирование органов малого таза у женщин в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний придатков матки. [Текст] / К.Б. Абдылдабекова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2013. - №2. – С. 27-30.

Абдылдабекова Калипа Бекболотовнанын: «Гинекологиялык оорулуулардын операциядан кийинки мезгилинин жүрүшүн жакшыртуу үчүн физикалык факторлорду дифференциалдуу колдонуу» деген темадагы 14.03.11 – калыбына келтирүүчү медицина, спорттук медицина, дарылоочу дене тарбия, курортология жана физиотерапия адистиктери боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: жатындын сыртына бойго бүтүү, операциядан кийинки гинекологиялык оорулуулар, үч этаптуу көп фактордуу физиокинезомассаждык комплекс.

Изилдөөнүн максаты: жатынынан гинекологиялык операция болгон аялдардын репродуктивдүү жөндөмдүүлүгүн көп фактордуу үч этаптуу калыбына келтирүүчү комплекстин жардамы менен жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: жатынынан лапаратомдук операция болгон 28 ден 36 жашка чейинки 146 аял. Алардын ичинен 140 аял жатынынын сыртына бойго бүтүү боюнча жана 6 аял урук безинин кистасын алдыруу боюнча операция болушкан.

Изилдөөнүн ыкмалары: анамнестикалык изилдөө, текшерүү, изилдөөнүн лаборатордук-инструменталдык методдору, кууш жамбаштын УДИси, анкета жүргүзүү (ситуациялык абалдын деңгээли).

Изилдөөнүн жыйынтыктары: үч этаптуу көп фактордуу таасир этүү кууш жамбашынын органынын узакка созулган өнөкөт сезгентүүчү процессинин фонунда жатынынан операция болгон аялдардын репродуктивдүү мүмкүнчүлүгүн 2,5 эсеге жогорулатаары негизделди. Бойго бүтүү, негизги топто 40 учур катталды, бул 76 аялдын 52,6%ына туура келет, ал эми контролдук Б топто – 7 учур болгон (35 аялдын 20%ын түздү) айырмалык деңгээли $P < 0,02$. Көп фактордуу калыбына келтирүүчү комплексти эрте дайындоо, жабышууга каршы натыйжа (негизги топто операциядан 1,5 жыл өткөн 51 (67,1%) аялда кууш жамбаш органдарынын жабышкаак оорусунун белгилери жок, ал эми контролдук топтогу – 10 (28,6%) аялда) берип, $P < 0,02$ экендиги далилденди; КЖОХСО рецидивдеринин алдын алуунун натыйжалуу каражаты болуп саналат. КЖОХСО күчөөсү негизги топтогу аялдардын 81,6%да болгон эмес, контролдук топтогу 8 (22,9%) аялдарда, ($P < 0,02$) түздү.

Контролдук топко салыштырмалуу негизги топко толук көп фактордуу үч этаптуу калыбына келтирүүчү комплекстин жогорку натыйжалуулугу далилденди.

Колдонуу чөйрөсү. Физиотерапия, калыбына келтирүүчү медицина, дарылоочу дене тарбия, гинекология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Абдылдабековой Калипы Бекболотовны на тему: «Дифференцированное применение физических факторов для оптимизации течения послеоперационного периода у гинекологических больных» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.03.11 - восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

Ключевые слова: внематочная беременность, послеоперационные гинекологические больные, трехэтапный многофакторный физиокинезомассажный комплекс.

Цель исследования. Повышение репродуктивной способности женщин, перенесших гинекологические операции на придатках матки, с помощью многофакторного трехэтапного реабилитационного комплекса.

Объект исследования: 146 женщин в возрасте от 28 до 36 лет, перенесших лапаратомные операции на придатках матки. Из них 140 пациенток перенесли оперативное вмешательство по поводу внематочной беременности и 6 – удаление кисты яичника.

Методы исследования: анамнестическое исследование, осмотр, лабораторно-инструментальные методы исследования, УЗИ органов малого таза, анкетирование (уровень ситуативной тревожности).

Результаты исследования. Обосновано, что трехэтапное многофакторное воздействие повышает в 2,5 раза репродуктивную способность женщин, перенесших операции на придатках матки. Наступление беременностей в основной группе составило 40 случаев, что соответствует 52,6% из 76 женщин, а в контрольной Б группе – 7 случаев (20% из 35 пациенток) степень достоверности различия составила $P < 0,02$. Доказано, что раннее назначение многофакторного реабилитационного комплекса оказывает противовоспалительный эффект (в основной группе признаков спаечной болезни органов малого таза нет у 51 (67,1%) женщины через 1,5 года после операции, а в контрольной Б группе – у 10 (28,6%)), $P < 0,02$; что является эффективным средством профилактики рецидивов ХВЗОМТ. Обострений ХВЗОМТ не было у 81,6% женщин в основной группе. Тогда как в контрольной Б группе составило 8 (22,9%), ($P < 0,02$).

Доказана высокая эффективность полного многофакторного трехэтапного реабилитационного комплекса у основной группы по сравнению с контрольными группами.

Область применения. Физиотерапия, восстановительная медицина, лечебная физкультура, гинекология.

RESUME

of **Abdyldabekova Kalipa Bekbolotovna** thesis on the theme: «Differentiated use of physical factors for optimization of postoperative period course in gynecological patients» presented for a Candidate of Medical sciences degree in speciality 14.03.11 – Restorative medicine, Sports medicine, Exercise therapy, Spa medicine and Physiotherapy.

Key words: extrauterine pregnancy, post operative gynecological patients, 3 staging multifactoral physiokinemassage complex.

Research objective: the increase of reproductive function of women undergone gynecological operations of uterine appendages using multifactoral 3 staging rehabilitation complex.

Research object: 146 women at the age of 28-36 years, undergone laparatomic operations on uterine appendages. 140 patients has undergone the operation connected with extrauterine pregnancy, 6 –removal of ovary cyst.

Research methods: anamhestic study, examination, laboratory-instrumental methods of investigation, ultrasound investigation of small pelvis organs, question (level of situation anxiety).

Research results: it is proved that 3 staging multifactoral action increases 2,5 times reproductive function of women undergone operations on uterine appendages on the background of long term chronic inflammatory process in small pelvis organs. Pregnancy was in 40 cases for the whole observation period in the main group, it corresponds to 52,6% in 76 women undergone operations on uterine appendages, and in control group B – 7 cases (20% from 35 patients), the degree of difference significance was $P < 0,02$. It is proved that early administration of multifactoral rehabilitation complex has antiadhesive effect (in the main group there are no signs of adhesive disease of small pelvis organs in 51 (67,1%) women in 1,5 year after operation and in control group B in 10 women (28,6%), $P < 0,02$, and carrying the whole 3 staging rehabilitation multifactoral complex in women undergone the operations on uterine appendages is the effective mean of prevention of recurrence CIDSPO. There were no exacerbations of CIDSPO in 81,6% of women in the main group whereas in control B group it was 8 (22,99),1 ($P < 0.02$).

It is proved high effectiveness of the whole multifactoral 3 staging rehabilitation complex in the main group in comparison with control groups.

Sphere of application: physiotherapy, restorative medicine, exercise therapy, gynecology.