

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, И ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ РОДОВ

Курбаниязова В.Э.

*Курбаниязова Венера Энверовна – ассистент,
кафедра акушерства и гинекологии, лечебный факультет № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: частота оперативного родоразрешения в Узбекистане составляет примерно 12-14% от всех родов. Более 87,0% женщин после первого абдоминального родоразрешения планируют в будущем родить повторно. Увеличение частоты обладало многофакторностью причин и расширением показаний к данному виду операции. Адекватная интенсификация восстановительной физиотерапии дает стойкий клинический эффект и позволяет сократить продолжительность лечения в два раза.

Ключевые слова: кесарево сечение, родильницы, физическая реабилитация.

Актуальность. Еще 20 лет назад частота кесарева сечения (далее КС) не превышала 2 % от всех проводимых родов. В последние 15–20 лет успехи развития медицинских технологий привели к 3–5-кратному возрастанию частоты абдоминального родоразрешения [3-5].

Увеличение частоты КС выше 15 % не рекомендуется ВОЗ, так как не влияет на снижение показателей перинатальной заболеваемости и смертности среди детей, родившихся путем КС, по сравнению с таковым среди младенцев, родившихся естественным путем [8-12]. Частота кесарева сечения в Узбекистане постоянно растет (с 9,58 % в 1999 до 16,10 % в 2019), что увеличивает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [1-6]. Именно поэтому реабилитация женщин после КС является актуальной проблемой современного акушерства, имеющей большое социальное значение.

Целью данной статьи является изучение особенностей практического поэтапного применения разных методов и средств физической реабилитации у родильниц после оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Основой восстановительного лечения после воспалительных заболеваний и оперативных вмешательств в гинекологии является физиотерапия. Ее необходимость и клиническая эффективность в данной ситуации доказаны рядом исследований. Существует большое количество исследовательских работ, посвященных изучению механизма действия того или иного переформированного физического фактора и его применения в гинекологии. Сегодня в распоряжении гинекологов имеется огромный выбор средств для проведения восстановительной физиотерапии. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к назначению физических факторов и выработки критериев выбора того или иного лечебного комплекса.

Кроме того, социально-экономические особенности жизни современной женщины требуют разработки таких лечебных схем, которые позволили бы достичь максимально возможного клинического эффекта за минимальный период времени. В решении этой задачи может помочь интенсификация физиотерапевтического воздействия, увеличение кратности процедур [2, 8]. Интенсивной физиотерапии должна быть адекватна функциональному состоянию организма, которое при хроническом воспалительном процессе в малом тазу значительно изменено [7, 13]. Поэтому необходимо установить оптимальные пределы интенсивности воздействий, а также разработать комплексы восстановительной терапии, воздействующие преимущественно не на патологический очаг, а на функциональные системы, вовлеченные в патологический процесс вторично.

Материал и методы исследования: Обследовано 55 больных в возрасте от 18 до 40 лет с хроническим эндометритом и сальпингоофоритом в период стойкой ремиссии, спячным процессом в малом тазу, в том числе после операции; длительность заболевания варьировала от 2 до 10 лет. До, в процессе и после лечения всем женщинам проводили гинекологическое исследование, оценку функции яичников по тестам функциональной диагностики, кольпоскопию, ультразвуковое исследование органов малого таза, доплерометрию сосудов матки и яичников. Программа лечения в стационаре дневного пребывания включала чередование внутривлагалищной электротерапии, магнито и лазеротерапевтических воздействий с 30-минутной периодичностью.

Для электротерапии по собственным методикам использовали современные переформированные физиотерапевтические аппараты: BTL-4000 Premium G, BTL-4000 SMART. Программа лечения предусматривала ежедневные 2-х - кратные воздействия одним из перечисленным факторов.

Избранная программа восстановительного лечения осуществлялась в течение 5 (22%) или 10 лечебных дней. 8,6% больных получали интенсивную восстановительную физиотерапию в ближайшие недели после оперативной лапаротомии по поводу кесарево сечения.

Всем больным до, в процессе и после лечения проводилось обследование, включавшее гинекологическое исследование; кольпоскопию; тесты функциональной диагностики; ультразвуковое

исследование органов малого таза и доплерографию сосудов матки и яичников на аппарате Mindray DC-40, с применением трансабдоминального и трансвагинального датчиков.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст больных составил 28,33 ± 0,6 лет (18 - 40 лет), средняя длительность заболевания - 6,2 ± 1,2 года (2 - 10 лет). Женщины предъявляли жалобы, в основном, на боли (44%) и на отсутствие наступления беременности в течение в среднем 5,8 ± 1,2 лет. По тестам функциональной диагностики у 50,6% женщин выявлено нарушение функции яичников в виде ановуляции или недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла. 44,6% больных имели сопутствующие гормонально зависимые образования, не требовавшие хирургического лечения (эндометриоз, миома матки, кистозная трансформация яичников, кистозно-фиброзная мастопатия). У 8,6% больных в анамнезе была лапаротомия по акушерским показаниям, у 28,6% - оперативная лапароскопия по гинекологическим показаниям.

У 25,3% больных имелись сопутствующие экстрагенитальные заболевания в виде остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, нарушений жирового обмена, патологии мочевыделительной, дыхательной, пищеварительной систем.

Все обследованные женщины получили в прошлом не менее 2-х курсов лечения перестроенными или/и естественными физическими факторами, 1-2-х курсов гормонотерапии, 3-х курсов противовоспалительной и рассасывающей медикаментозной терапии с кратковременным эффектом.

Диагноз хронического воспаления и спаечного процесса в малом тазу установлен на основании данных анамнеза, клинических методов исследования, гистеросальпингографии, ультразвукового исследования органов малого таза, гистероскопии, лапароскопии и/или лапаротомии.

В процессе интенсивной восстановительной терапии самочувствие больных осталось удовлетворительным, переносимость всех видов немедикаментозных воздействий была адекватной. Ни у одной пациентки не было ухудшения психоэмоционального, соматического, гинекологического статуса. Болеутоление отмечено у 88% больных, из них у половины - полный и стойкий (более мес.) анальгезирующий эффект. Наиболее выраженное обезболивание отмечено при использовании внутривлагалищной электротерапии - оно наступает уже на 2-й день лечения, прогрессирует к 4-5-му дню и стабилизируется на достигнутом уровне. При двуручном гинекологическом исследовании выявлено уменьшение болезненности по стенкам таза по ходу сосудов и нервных стволов, размягчение спаечных структур, возрастание объема экскурсии матки. Дефиброзирующий эффект отмечен у 82% больных. Положительная динамика начинала проявляться уже на 2-3-й день лечения и прогрессировала к концу курса. Наиболее яркий фибролитический эффект выявлен при магнитотерапии и неспецифической воздействии лазера низкой интенсивности на аппарате BTL-4000 Smart.

По тестам функциональной диагностики отмечено улучшение функции яичников у 68% больных в ближайшие 4 и более месяца после курса интенсивной терапии. За период наблюдения у 34,7% женщин, страдавших бесплодием, наступила беременность, закончившаяся благополучными родами. Состояние гемодинамики на фоне магнитотерапии зависит от продолжительности лечения. На 5 день наблюдается незначительное сокращение времени систолического наполнения сосудов, увеличение объема пульсового кровенаполнения и уменьшение венозного оттока. После 10-дневного курса лечения интенсивность притока крови растет, а отток в венозное русло облегчается, и опасность застойных явлений в малом тазу устраняется.

Таким образом, оптимальная продолжительность интенсивного восстановительного лечения с применением магнитотерапии составляет 10 дней. При исходной доплерографии у больных, получавших внутривлагалищную электротерапию, магнитотерапию и лазер низкой интенсивности в комплексе в 30% случаев не удавалось визуализировать тот или иной сосуд, а по завершению курса лечения на всех контрольных доплерограммах все сосуды регистрировались. Возможно, это свидетельствует о фибролитическом действии указанных физических факторов, способствующем эхографической визуализации органов малого таза.

Выводы. 1. Для достижения высокой результативности восстановительной физиотерапии за минимальный период времени целесообразна ее адекватная интенсификация. 2. Дифференцированный выбор лечебного комплекса должен основываться на следующих критериях: а. преобладание в клинической картине болевого синдрома. Наиболее быстрый анальгезирующий эффект дает внутривлагалищная электротерапия; б. преимущественная потребность в дефиброзирующем действии. Наиболее выраженный фибролитический эффект отмечен при включении в комплекс магнитотерапии. Оптимальная продолжительность курса, необходимая для стабилизации гемодинамических показателей, - 10 дней. 3. Интенсивное восстановительное лечение восстанавливает нарушенную репродуктивную функцию у 34,7% больных. 4. Адекватная интенсификация восстановительной физиотерапии дает стойкий клинический эффект и позволяет сократить продолжительность лечения в два раза.

Список литературы

1. *Агабабян Л.Р., Гайибов С.С., Носирова З.А.* Особенности течения медикаментозного прерывания беременности у женщин с рубцом на матке // *International scientific review*, 2017. № 2 (33).
2. *Агабабян Л.Р., Гайибов С.С.* Особенности акушерско-гинекологического и соматического статуса у женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности // *Вестник врача*. С. 15.
3. *Базарова З.З., Собирова С.Э.* Гистерэктомия как эффективный метод терапии при тяжелых акушерских осложнениях // *Достижения вузовской науки – 2018*, 2018. С. 260-264.
4. *Вафоева И.М.* Особенности течения беременности и родов с макросомией. Диссертация на соискание академической степени магистра по специальности «Акушерство и гинекология». Самарканд, 2013. 67 стр.
5. *Ганиев Ф.И. и др.* Гинекологическое Здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий // *Достижения науки и образования*, 2019. № 10 (51).
6. *Дустова Н.К.* Ведения родов при тазовом предлежании плода в современном аспекте // *Проблемы биологии и медицины*. 2012. Т.1. С. 73.
7. *Дустова Н.К.* Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии // *Проблемы биологии и медицины*, 2012. Т. 1. С. 129.
8. *Курбаниязова В.Э., Камалова Д.Д.* Эффективная контрацепция после кесарева сечения // *Неделя науки* 2015, 2015. С. 85-85.
9. *Курбаниязова В.Э., Сабирова С.Э., Закирова Ф.И.* Применение внутриматочной контрацепции в послеродовом периоде // *Неделя науки* 2015, 2015. С. 86-86.
10. *Саркисова Л.В.* Морфологические особенности плацент при преждевременных родах // *Проблемы биологии и медицины*, 2012. Т. 1. С. 166.
11. *Суярова З.С., Худоярова Д.Р.* Ведение беременности и родов при идиопатической тромбоцитопенической пурпурой // *Достижения науки и образования*, 2019. № 12 (53).
12. *Agababyan L.R., Nasirova Z.A., Makhmudova S.E.* Social aspects of reproductive health and contraceptive behavior of women who have undergone caesarean section // *Достижения вузовской науки* 2019, 2019. С. 114-120.
13. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // *The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia*. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.