

## ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Р.Д. Алымкулов, К.Б. Абдылдабекова*

Представлены результаты исследования применения ранней послеоперационной восстановительной терапии на динамику тазовых болей у гинекологических больных. Доказано, что использованные методы ранней реабилитации способствуют достоверной минимизации болевой симптоматики в малом тазу.

*Ключевые слова:* боли в тазовой области; эффективность ранней реабилитации.

Значение болевой симптоматики в гинекологической практике, по мнению Л.Е. Яроцкой (2006) [1], трудно переоценить, принимая во внимание ее крайне негативное воздействие на здоровье женщины и качество ее жизни. По данным автора, особенности тазовых болей при различных анатомо-морфологических вариантах гинекологических заболеваний изучены недостаточно. Гиподиагностика тазовой патологии лежит в основе необоснованной констатации психогенного происхождения болей, реальная частота которых, по данным авторитетных исследований, невысока. Персистенцией тазовых болей нередко мотивируют многократные, не всегда адекватные, курсы лекарственной терапии и хирургические вмешательства, объем которых постоянно увеличивается.

Вместе с тем, хирургическое лечение является основным, но не окончательным этапом. По мнению Л.В. Адамяна с соавт. (2004) [2] современная тактика ведения гинекологических больных после хирургических вмешательств на органах малого таза предполагает активное использование различных физических факторов, оказывающих полисистемное влияние на организм.

Целью настоящего исследования было изучение влияния ранней послеоперационной восстановительной терапии на динамику тазовых болей у гинекологических больных, перенесших операции на придатках матки.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 146 больных в возрасте от 18 до 35 лет, поступивших в отделение оперативной гинекологии, из них по поводу внематочной беременности – 137 женщин, кисты яичника – 6, апоплексии яичника – 3. После уточнения клинического диагноза все пациентки были прооперированы лапаротомным методом.

Интенсивность болевых симптомов в тазовой области оценивали по Е.Л. Яроцкой (2006) в баллах от 0 до 3, суммарная оценка представляла собой болевой индекс (БИ): 1–3 балла – легкая степень выраженности болей, 4–6 баллов – средняя степень тяжести, 7–9 баллов – тяжелая степень. Исследования проводились в два этапа: до оперативного вмешательства и через один месяц после восстановительного лечения.

С позиций оценки клинической эффективности проведенной ранней послеоперационной восстановительной терапии все больные были разделены на две равнозначные группы. Первую (основную) группу составили 78 женщин, которым на фоне традиционного медикаментозного лечения было назначено, начиная с 1-го дня после операции, дифференцированное поэтапное применение методов восстановительной терапии физическими факторами в виде лечебной физкультуры, массажа и электротерапии. Вторую, контрольную группу

Таблица 1

Распространенность и интенсивность тазовых болей у гинекологических больных, поступивших в отделение оперативной гинекологии (n=146)

| Степень тяжести болей | Количество случаев от общего числа наблюдений |       | БИ      |
|-----------------------|---|-------|---------|
|                       | абс. ч.                                       | %     |         |
| Легкая                | 0   | 0     | -       |
| Средняя               | 51  | 34,94 | 5,3±1,3 |
| Тяжелая               | 95  | 65,06 | 8,4±0,5 |

Таблица 2

Распространенность и интенсивность тазовых болей у больных основной группы, через один месяц после проведения ранней послеоперационной восстановительной терапии, n=78

| Степень тяжести болей | Количество случаев от общего числа наблюдений |      | БИ      |
|-----------------------|---|------|---------|
|                       | абс. ч.                                       | в    |         |
| Отсутствие            | 63  | 80,8 | 0       |
| Легкая                | 9   | 11,5 | 1,7±1,3 |
| Средняя               | 6   | 7,6  | 4,8±1,6 |
| Тяжелая               | 0   | 0    | 0       |

составили 68 больных, которым проводилось только традиционное медикаментозное лечение до выписки из стационара.

**Полученные результаты и обсуждение.** Полученные результаты исследования болевой симптоматики до оперативного вмешательства представлены на табл. 1

Как видно из таблицы, от общего числа наблюдавшихся больных, поступивших в отделение оперативной гинекологии, пациенток с легкой степенью выраженности болевого синдрома отмечено не было. Количество больных с интенсивностью тазовых болей средней степени тяжести – 51 пациент (34,94 %). Тяжелая степень тазовых болей была выявлена у 95 женщин, что соответствовало 65,06 % от общего количества обследованных.

Болевой индекс у больных со средней степенью тяжести тазовых болей составил 5,3±1,3 балла, а у пациенток с тяжелой степенью болевого синдрома – 8,4±0,5 балла.

Обращает на себя внимание то, что тазовые боли были отмечены у всех женщин, поступивших в отделение оперативной гинекологии. Однако у пациенток, в анамнезе которых были отмечены хронические воспалительные процессы в органах малого таза, причем с давностью заболевания от трех до четырех лет, болевой индекс был на максимальных значениях (8,7–9,0) баллов. Это еще раз подтверждает мнение других исследователей о том, что длительно персистирующий патологи-

ческий процесс с течением времени приводит к нарушению анатомо-топографических взаимоотношений органов, нарушению их гемодинамики, нормальному их функционированию, что приводит к еще более тяжелым осложнениям, включая внебрюшную беременность, при которой болевой синдром постоянно усугубляется [5].

Результаты анализа влияния комплексной восстановительной терапии у пациентов основной группы на интенсивность тазовых болей в ближайшем послеоперационном периоде представлены на табл. 2.

Из вышеизложенного следует, что 63 пациентки (80,8 %) из 78 жалоб на боли в тазовой области не предъявляли, 9 (11,5 %) женщин отмечали слабовыраженные боли в животе с болевым индексом 1,7±1,3; а у 6 (7,6 %) были выявлены боли средней степени тяжести, болевой индекс которых составил 4,8±1,6. Степень достоверности различия между больными, не предъявлявшими жалобы на боли в тазовой области и пациентками с болями легкой и средней степени тяжести вместе взятыми, составила  $p < 0,001$ .

Обращает на себя внимание, что интенсивность болевой симптоматики напрямую зависела от ограниченности подвижности и смещения положения матки и придатков, что было подтверждено гинекологическим обследованием, а также данными эхограмм органов малого таза.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что применение ранней послеоперационной,

Таблица 3

Распространенность и интенсивность тазовых болей у больных контрольной группы, не получавших ранней послеоперационной восстановительной терапии, n=68

| Степень тяжести болей | Количество случаев от общего числа наблюдений |      | БИ      |
|-----------------------|---|------|---------|
|                       | абс. ч  | %    |         |
| Отсутствие            | 35  | 51,5 | 0       |
| Легкая                | 4   | 5,8  | 1,8±1,6 |
| Средняя               | 19  | 27,9 | 4,7±1,5 |
| Тяжелая               | 10  | 14,7 | 7,6±1,8 |

Таблица 4

Динамика случаев интенсивности тазовых болей у больных основной и контрольной групп через один месяц после ранней послеоперационной восстановительной терапии

| Степень тяжести болей | Количество случаев    |      | БИ      | Количество случаев       |      | БИ      | p       |
|-----------------------|-----------------------|------|---------|--------------------------|------|---------|---------|
|                       | основная группа, n=78 |      |         | контрольная группа, n=68 |      |         |         |
| Отсутствие            | 63                    | 80,8 | 0       | 35                       | 51,5 | 0       | p<0,02  |
| Легкая                | 9                     | 11,5 | 1,7±1,3 | 4                        | 5,8  | 1,8±1,6 | p<0,05  |
| Средняя               | 6                     | 7,6  | 4,8±1,6 | 19                       | 27,9 | 4,7±1,5 | p<0,02  |
| Тяжелая               | 0                     | 0    | 0       | 10                       | 14,7 | 7,6±1,8 | p<0,001 |

причем начиная с 1-го дня после операции, активной восстановительной терапии физическими факторами способствует достоверной минимизации послеоперационных нарушений анатомо-топографических взаимоотношений органов малого таза, а также как на количественные, так и качественные характеристики болевой симптоматики в малом тазу.

В контрольной группе нами также изучены количественная и качественная характеристики болей в тазовой области за аналогичный период. Результаты анализа представлены на табл. 3.

Полученные данные свидетельствуют, что 35 женщин (51,5 %) из контрольной группы, чувствовали себя хорошо и жалоб на боли не предъявляли. У четырех пациенток (5,8 %) отмечена легкая степень болевой симптоматики с болевым индексом 1,8±1,6; у 19 (27,9 %) больных была констатирована средняя степень выраженности болей с болевым индексом 4,7±1,5 балла, а у 10 женщин (14,7 %) была отмечена тяжелая степень болей и болевой индекс составил 7,6±1,8 балла.

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что половина больных контрольной группы (51,5 %) чувствовали себя хорошо и жалоб на боли не предъявляли. Вместе с тем у 48,5 % женщин была констатирована болезненность в тазовой области различной интенсивности.

В процессе исследования нами было выяснено, что у большинства женщин со средней и тяжелой степенью тазовых болей при гинекологическом обследовании также отмечалась болезненность и ограниченность подвижности матки и придатков, их уплотнение и смещение от нормального положения.

Сравнительные показатели динамики случаев и интенсивности тазовых болей у больных основной и контрольной групп представлены в табл. 4.

Сравнительная оценка динамики случаев и интенсивности тазовых болей показала, что после ранней послеоперационной восстановительной терапии 80,8 % в основной и 51,5 % пациенток в контрольной группах не жаловались на боли. Статистическая достоверность различия составила p<0,02. Легкая степень болевой симптоматики в основной группе была констатирована у 11,5 %, а в контрольной группе у 5,8 % пациенток с достоверностью различия p<0,05. Больных со средней тяжестью болей в основной группе было 7,6 % против 27,9 % в контрольной. Тяжелая степень интенсивности тазовых болей в основной группе не выявлена, тогда как в контрольной группе 14,7 % женщин продолжали жаловаться на выраженные боли внизу живота ноющего характера, с иррадиацией в промежность и область послеоперационного рубца.

### Заключение

Таким образом, анализ полученных результатов исследования свидетельствует, что после лечения у больных как основной, так и контрольной группы выявлялась однонаправленная положительная динамика. Однако у пациенток основной группы под воздействием использованных методов ранней реабилитации положительная динамика всех показателей была достоверно благоприятнее. Проведение ранней активной послеоперационной реабилитации, по нашему мнению, обеспечило стойкий позитивный эффект, выразившийся в значительном улучшении общего состояния и достоверном уменьшении болей в тазовой области, что, вероятно, является следствием спазмолитического, трофического, противоотечного, противовоспалительного, дефринолизирующего действия физических факторов и согласуется с данными других исследователей. [4–8]

Совершенно справедливо утверждает В.С. Улащик (2008) [9], что одним из важных направлений использования физических факторов является реабилитационное. Без сомнения, физическая терапия и ее принципы должны занимать главенствующее место в медицинской реабилитации больных.

Выявленная нами положительная динамика свидетельствует о патогенетической обоснованности назначения гинекологическим больным ранней послеоперационной реабилитации, начиная с 1-го дня после лапаротомного оперативного вмешательства.

### Литература

1. Яроцкая Л.Е. Интегрированный подход к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии // *Акушерство и гинекология. Приложения*. 2006. С. 60–67.
2. Адамян Д.В., Арсланян К.Н., Чупрынин В.Д., Борисов С.Н. Восстановительное лечение после гинекологических операций с помощью аппарата КАП-ЭЛМ-01 “АНДРО-ГИН” // *Акушерство и гинекология*. 2004. № 5. С. 47–49.
3. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях // *Акушерство и гинекология*. 2008. № 1. С. 31–33.
4. Диамант И.И. Восстановительное лечение после операций на маточных трубах с применением абдоминально-влагалищного вибромассажа // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры*. 2003. № 2. С. 35–37.
5. Гобеджшвили В.К., Лаврешин П.М., Овчаренко Л.М. Влияние комплексного применения лечебных физических факторов на процесс спайкообразования в раннем послеоперационном периоде в эксперименте // *Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК*. 2006. № 3. С. 9–11.
6. Кузьмина М.А., Ипатов М.В. Комплексная восстановительная немедикаментозная терапия в лечении женщин с хроническим воспалительными заболеваниями органов малого таза и синдромом тазовой боли // *Акушерство и гинекология*. 2008. № 4. С. 36–39.
7. Юшина И.Г., Гордон К.В., Мельникова Т.В. Преемственная послеоперационная реабилитация больных, перенесших реконструктивно-пластические операции по поводу трубно-перитонеального бесплодия // *Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК*. 2007. № 5. С. 35–38.
8. Терешин А.Т., Виноградский А.М., Авластимов Я.И., Попов С.А. Электроимпульсная терапия в ранней послеоперационной реабилитации больных, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах // *Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК*. 2008. № 4. С. 26–28.
9. Улащик В.С. Физиотерапия в современной медицине, ее достижения и перспективы развития // *Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК*. 2008. № 1. С. 9–18.