

УДК 618.177:615.83(575.2) (04)

МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Ш.Т. Эрботоева, Ч.К. Калканбаева

Приведены результаты комплексной терапии на основе использования физических факторов, ЛФК и психотерапии и медикаментозного лечения.

Ключевые слова: физиотерапия; психотерапия; эффективность.

Введение. Несмотря на большой выбор физиотерапии, схемы комбинированного последовательного использования электро- и физиотерапии в лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и бесплодия не всегда приводят к желаемому результату [1, 2]. В связи с этим нами предложен комплекс реабилитационных мероприятий на основе использования физических факторов, ЛФК и психотерапии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе КНИИКиВЛ в отделении урогинекологии. Были обследованы 75 женщин из супружеских пар с бесплодием, связанным с воспалительными заболеваниями мочеполовой системы. Основную группу (1-ю) составили 53 женщины, получавшие комплексную терапию, контрольную группу (2-ю) составили 22 женщины, которые получали только медикаментозное лечение. Группа исследования и группа сравнения были сопоставимы по диагнозу, возрасту, росту, весовым и демографическим показателям.

Использовались следующие методы исследования: клинический осмотр больных; мазки на урогенитальную флору; УЗИ органов малого таза; реография бассейна малого таза; психодиагностические тесты (метод Ч. Спилберга—Ю. Ханина, дифференцированная самооценка состояния по шкале САН).

В комплекс реабилитационных мероприятий входили:

1. Лазерная терапия по сакроабдоминальной методике (полупроводниковым лазером) ППЛ от аппарата “Мустанг 0-16”, по 2 минуты на поле, 5 полей, общее время 10 мин, № 10.

2. Фонофорез с гидрокортизоновой мазью на низ живота, в непрерывном режиме, ежедневно, по 3 мин на поле, 2 поля в день, № 8.

3. Валериановые ванны при температуре 37 °С, через день или 2 дня подряд с отдыхом на третий, № 8.

4. Грязевые аппликации по типу “трусов”, температура грязи 40–42 °С, время 20 мин, через день, № 8.

5. ЛФК, ежедневно, № 10.

6. Психотерапия, ежедневно, № 10.

7. Медикаментозная терапия и местные процедуры (по показаниям).

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение по возрасту выглядело следующим образом: в возрасте от 21 до 30 лет было обследовано 64,1 %, 31–40 лет – 33,1 % и 41–45 лет – 2,8 % пациенток.

Первичное бесплодие выявлено у 34 % женщин, вторичное – в 66 % случаев. Длительность бесплодия колебалась от одного года до трех лет у 52 женщин (66 %), от 5–7 лет – 30 % (24 женщины) и свыше 8 лет – 4 % (3 женщины).

Проведенный курс реабилитационной терапии основной группы более чем в 72,6 % наблюдений оказал благоприятное воздействие на общее состояние женщин, работоспособность, продолжительность ночного сна.

Купирование болевого синдрома по окончании курса лечения отмечено у 83 % больных 1-й группы против 55 % больных 2-й.

В.К. Гобеджишвили и соавт. [3] полагают, что физические лечебные факторы, в том числе и лазеротерапия, влияют на снижение процесса формирования коллагена спаек и его последующее созревание, что приводит к ограничению формирования спаек путем улучшения микроциркуляции, изменения активности ряда ферментов, повышения функциональной активности клеток. Была доказана и положительная роль электрофореза в профилактике спаечной болезни [4].

Таблица 1

Динамика реографических показателей бассейна малого таза

Реографический показатель		Q-а, сек	a1, сек	a2, сек	B, сек	РИ, отн. ед.	АЧП, отн. ед.	aИ, %
Основная группа n=22								
До лечения	M±m	0,23±0,012	0,037±0,00	0,062±0,001	0,44±0,01	0,39±0,02	0,49±0,04	9,8±0,28
После лечения	M±m	0,25±0,008	0,039±0,001	0,068±0,004	0,39±0,01*	0,50±0,04*	0,65±0,03*	11,65±0,13*
Контрольная группа n=12								
До лечения	M±m	0,22±0,011	0,034±0,001	0,063±0,001	0,46±0,02	0,37±0,02	0,46±0,03	9,5±0,29
После лечения	M±m	0,24±0,006	0,037±0,001*	0,066±0,003	0,40±0,02*	0,48±0,01*	0,61±0,01*	10,53±0,10*

Примечание: * – достоверное отличие показателей от исходных данных ($p < 0,05$); + – достоверное отличие показателей от значения группы сравнения ($p < 0,05$).

Клиническим проявлением позитивных изменений в системе гипоталамус–гипофиз–яичники явилась нормализация менструальной функции. У женщин с нарушением менструальной функции позитивная динамика констатирована у 83,3 % пациенток 1-й и у 66,7 % пациенток 2-й группы. Это выражалось в уменьшении явлений альгодисменореи у 10 (66,7 %) из 15 пациенток 1-й и у 3 (60,0%) из 5 – 2-й группы.

Данные бимануального исследования также указывали на более выраженное противовоспалительное и анальгезирующее влияние лечебного комплекса (80 %) по сравнению с монотерапией (45 %).

При физикальном обследовании отсутствовала болезненность при пальпации матки и придатков, и смещение шейки матки после 10 физиопроцедур не отметили уже 85 % пациенток 1-й группы и 72 % 2-й группы (только монотерапия). У большинства пациенток обеих групп отмечено повышение эластичности тазовых перитонеальных спаек и увеличение подвижности матки.

Результаты УЗИ свидетельствовали об инволюции поверхностных анэхогенных образований (наботовых кист) шейки матки у пациенток 1-й группы, тогда как у женщин 2-й группы положительная динамика имела место лишь у 41,7 % пациенток. В группе, получавшей комплексное лечение, достигнут полный регресс воспалительной инфильтрации эндометрия, тогда как во 2-й группе – только у 48 % пациенток.

Исследование кровообращения в органах малого таза в динамике свидетельствовало о вазопрогективном эффекте комплексного лечения. Об уменьшении воспалительного процесса и его рассасывании свидетельствует и увеличение таких реографических показателей, как РИ

и АЧП (табл. 1). Это согласуется с данными ряда авторов, которые подчеркивают, что в результате использования методов физиотерапии увеличивается крово- и лимфоток, ликвидируются микроциркуляторные расстройства и отек органов малого таза, что способствует местной детоксикации тканей [5, 6].

Анализ результатов медико-психологического тестирования показал, что, по данным теста САН, отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение показателя “самочувствие” в обеих группах наблюдения: с 4,89±0,2 до 5,38±0,1 балла в основной группе и с 4,72±0,1 до 5,15±0,2 балла в контрольной. По данным методики Ч. Спилбергер–Ю. Ханина, существенные положительные изменения в динамике психологического статуса больных наблюдались лишь в группе комплексной терапии.

Благоприятные адаптационные реакции выявлены у 95,2 % больных 1-й группы и в 79,9 % случаев 2-й группы, что согласуется и с данными С.М. Verhaak и соавт. [7].

Совокупная оценка непосредственных результатов лечения позволила определить следующую эффективность терапии. В 1-й группе высокая эффективность составила 84,9 %, средняя – 15,1 %. Во 2-й группе высокая эффективность лечения составила 68,2 %, в 22,7 % случаев результат лечения оценен как “средняя эффективность”, у 9,1 % наблюдаемых – “малая эффективность”.

Оценивая результаты лечения по такому критерию, как наступление беременности, следует отметить преимущества комплексной терапии: беременность наступила у 11,3 % пациенток 1-й и у 9,1 % больных 2-й групп соответственно.

Таким образом, результаты проведенного исследования дают основание расценивать изучен-

ные методы лечения как патогенетически обоснованные и эффективные в лечении больных с бесплодием, что расширяет арсенал средств немедикаментозной терапии на различных этапах лечебно-восстановительных мероприятий у изучаемого контингента больных.

Литература

1. Кулаков В. И., Корнеева И. Е. // *Акушерство и гинекология*. 2002. № 3. С. 56-59.
2. Серов В.Н., Силантьева Е.С., Ипатов М.В., Жаров Е.В. *Акушерство и гинекология*. 2007. № 3. С. 75–78.
3. Гобеджишвили В.К., Лаврешин П.М., Овчаренко Л.М. *Вопросы курортологии*. 2006. № 3. С. 9–11.
4. Чураков А.А. и соавт. *Акушерство и гинекология*. 2008. № 6. С. 57–61.
5. Абдрахманов А.Р., Карташова О.Л., Киргизова С.Б. *Вопросы курортологии*. 2004. № 4. С. 21–24.
6. Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Борова Е.И. *Акушерство и гинекология*. 2003. № 4. С. 61–65.
7. Verhaak С.М., Smeenk J.М., van Minnen А. et al. *Hum. Reprod*. 2005. V. 20, № 8. P. 2253–60.