

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Цивьян Б.Л., Патинскиене Л., Бальциус А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, btsivyvan@mail.ru

Патология органов женской половой сферы, в том числе доброкачественные новообразования, оказывает существенное влияние на репродуктивное здоровье населения. В свете направленности органов государственной власти Российской Федерации на преодоление демографического кризиса вопросы организации медицинской помощи женщинам требуют особого внимания. Настоящая статья посвящена вопросам проведения восстановительного и санаторно-курортного лечения как одного из этапов оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. В статье рассматриваются особенности оказания медицинской помощи пациенткам на данном этапе на примере санатория в Литве, подчеркивается необходимость более широкого применения методик восстановительного и санаторно-курортного лечения при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы.

Ключевые слова: гинекологическая медицинская помощь, доброкачественные новообразования органов женской половой сферы, восстановительное и санаторно-курортное лечение, социологический опрос.

SANATORIUM TREATMENT IS AN IMPORTANT STAGE OF MEDICAL CARE IN GYNECOLOGY: THE EXPERIENCE OF LITHUANIA

Tsivyvan B.L., Patinskiene L., Balcius A.

St. Petersburg state medical University of I.P. Pavlov, St. Petersburg, btsivyvan@mail.ru

The pathology of the organs of the female genitalia, including benign tumors, has a significant impact on the reproductive health of the population. According of the Russian Federation state policy to overcome demographic crisis, the issues of organization of medical aid to women require special attention. The present article is devoted to the rehabilitation and sanatorium treatment as one of the stages of rendering of medical aid to patients with benign tumors of the female genital sphere. The article discusses the features of medical care to patients at this stage on the example of the health resort in Lithuania, stressed the need for wider application of the techniques of rehabilitation and sanatorium treatment in benign tumors of the female genital sphere.

Keywords: gynecological medical care, benign tumors of the female genital sphere, rehabilitation and Spa treatment, a sociological survey.

Актуальность вопросов организации медицинской помощи женщинам, страдающим доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, обусловлена существенным её влиянием на репродуктивное здоровье общества [3; 5]. В последние годы в Российской Федерации активно поводится политика преодоления демографического кризиса, направленная на повышение рождаемости и снижение смертности, в значительной мере путем улучшения качества и доступности медицинской помощи женскому населению [4]. Лечение ряда доброкачественных новообразований органов женской половой сферы сопровождается возникновением проблем психологического характера, связанных, прежде всего, с возможными проблемами с репродуктивным здоровьем в будущем, а также с боязнью возникновения злокачественных новообразований. Исследователи диагностировали тревожно-депрессивный синдром у 67% пациенток, перенесших гистерэктомию без

придатков по поводу миомы матки [2]. Показано, что по мере прогрессирования гинекологического заболевания у пациенток наблюдается повышение уровня тревожности, конфликтности, снижение уверенности в себе и самооценки, увеличение пассивности и пессимизма; даже при сохранении трудоспособности и социальной занятости женщины чувствуют себя ненужными, неполноценными, поскольку опухолевые процессы несут в себе риск удаления матки или (и) яичников, что является серьезным испытанием для телесной женской идентичности [8].

Оперативные вмешательства, выполняемые пациенткам при лечении доброкачественных новообразований органов женской половой сферы, в ряде случаев требуют последующего восстановления утраченных функций организма. Так, постгистерэктомический синдром, характеризующийся появлением соматических, нейроэндокринных и психических последствий, приводит к существенному снижению качества жизни больных, несмотря на отсутствие хирургических осложнений раннего послеоперационного периода. Нейровегетативные, эндокринно-метаболические нарушения и психоэмоциональный дискомфорт, развивающиеся на фоне гормонального дефицита, отражаются на состоянии общего здоровья, трудоспособности и качестве жизни женщины [1; 6; 7]. Все это позволяет говорить о важности соблюдения принципов непрерывности и преемственности лечения пациенток на всех этапах оказания медицинской помощи больным данной категории, о необходимости более широкого применения методик восстановительного и санаторно-курортного лечения при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы.

Методика исследования

В рамках проведенного исследования особенности этапа санаторно-курортного лечения пациенток интересующей нас группы изучены на примере санатория в Литве. В рамках выбранной медицинской организации проведен сбор данных из первичной медицинской документации и социологический опрос пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. Исследование проведено в 2013 году сплошным методом, всего получены данные о лечении 202 пациенток.

Полученные данные в дальнейшем были статистически обработаны, в целях чего применялся расчет средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей, проводился корреляционный анализ.

Результаты исследования

Средний возраст опрошенных пациенток санатория составил 53 года. Большинство пациенток (54,2%) принадлежат к возрастной группе 46-60 лет. Большинство пациенток санатория социально активны – 66,7% из них работают.

Большинство женщин страдают доброкачественным новообразованием длительный период времени: более половины – на протяжении нескольких лет, а 37,5% – нескольких месяцев.

Почти все женщины направлены на лечение в санаторий практически сразу после стационарного лечения: 95,8% - через несколько дней после выписки из стационара, а 4,2% непосредственно переводом из стационара. При направлении в санаторий через некоторое время после выписки из стационара срок ожидания госпитализации в санаторий составил от нескольких дней до недели (среднее время ожидания госпитализации в санаторий составило 4,1 дня).

Продолжительность предшествующего стационарного лечения у большинства женщин (61,8%) не превысила 7 дней, остальные лечились в стационаре не более 10 дней. Это позволяет считать рассматриваемое восстановительное лечение в санатории этапом долечивания, позволяющим сократить длительность пребывания в стационаре до необходимого минимума.

Наибольшую долю среди пациенток санатория составляют женщины, страдающие лейомиомой матки – 64,5%, а также другими доброкачественными новообразованиями матки (5,6%). Меньшую долю составляют пациентки с доброкачественными новообразованиями яичника – 25,8%, и доброкачественными новообразованиями других женских половых органов (вульвы, влагалища, маточных труб и связок и пр.) – 4,0%.

Всем пациенткам санатория на предыдущем этапе лечения в стационаре проведена хирургическая операция. Большинство (88,0%) перенесли гистерэктомию, в том числе 47,9% - с придатками.

Изученная методика восстановительного лечения женщин с интересующей нас патологией включает семь основных разделов:

- фармакотерапия (витаминотерапия),
- физиотерапия (электротерапия, лазеротерапия, магнитотерапия, светотерапия, лимфодренаж, ингаляции парами минеральной воды и кислородом, грязевые аппликации),
- лечебная физкультура (направленная на стимуляцию органов малого таза, укрепление мышц пояснично-крестцового отдела позвоночника, нижних конечностей),
- диетотерапия,
- климатотерапия (аэротерапия, гелиотерапия),
- психотерапия (менотерапия, библиотерапия, психорелаксация, ароматерапия),
- мануальная терапия и массаж (массаж воротниковой зоны).

В зависимости от медицинских показаний вышеуказанные методы лечения применяются пациентам в различных сочетаниях, а также сопровождаются медикаментозной терапией по поводу сопутствующих заболеваний.

Продолжительность стандартного курса восстановительного и санаторно-курортного лечения в изученной медицинской организации составляет 18 дней. Среднее время пребывания в санатории изученной нами группы женщин составило 17,6 дня. Большинство женщин (92,7%) провели в санатории весь срок восстановительного лечения.

В результате лечения 97,9% пациенток выписаны из санатория домой с улучшением состояния, при этом 65,6% женщин рекомендовано амбулаторное наблюдение врача. В 2,0% случаев возникла необходимость, вызванная течением послеоперационного периода, перевода женщин снова на стационарное лечение.

Данные социологического опроса пациенток санатория показали, что подавляющее большинство опрошенных женщин (97,3%) полностью удовлетворены работой санатория, а 87,5% респондентов считают, что эффект от санаторно-курортного лечения полностью соответствовал их ожиданиям. При этом 65% респондентов ранее не получали восстановительного лечения, в том числе по поводу рассматриваемой патологии.

Наиболее эффективными методами лечения в санатории пациентки считают физиотерапию и лечебную физкультуру – на это указали участницы опроса с частотой 63 на 100. Также среди методов, оказавших наибольшее положительное влияние на состояние здоровья, женщины отметили мануальную терапию и массаж (56 положительных ответов на 100). Следует отметить и довольно высокую частоту положительных ответов об эффективности психотерапевтических методик – 37 из 100 опрошенных указали на это. Климатотерапию и диетотерапию пациентки реже отмечали среди наиболее эффективных методов (19 и 12 на 100 респондентов соответственно).

Выводы

Соблюдение принципов непрерывности и преемственности при лечении пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы является приоритетным направлением при организации медицинской помощи данной категории граждан. Применение методик восстановительного лечения важно на каждом из этапов.

Интересно отметить, что согласно Правилам организации деятельности женской консультации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н, одной из установленных функций женской консультации является оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности.

Для этих целей вышеуказанным нормативным документом в структуре женской консультации рекомендуется наличие кабинета врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога). При этом согласно Рекомендуемым штатным нормативам женской консультации (также утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н) обеспеченность врачами-психотерапевтами (медицинскими психологами) должна соответствовать следующему показателю: 1 должность на 10 должностей врачей-специалистов.

Ранее проведенное нами в 2012 году исследование показало, что в женских консультациях Санкт-Петербурга имеется в целом 19,25 штатной должности психотерапевтов, в том числе 2,5 должности – в штатах отделений платных медицинских услуг, имеющих в некоторых медицинских организациях. При этом следует отметить, что половине женских консультаций (57,6%) такие должности не предусмотрены вовсе. Из предусмотренных штатных должностей психотерапевтов занятыми являются только 13 должностей, в том числе 0,75 должности – в отделениях платных медицинских услуг. Всего на указанных должностях осуществляли свою деятельность 11 специалистов (физических лиц), к которым в 2012 году пациентами женских консультаций было выполнено 22,0 тыс. посещений (1,3% от всех посещений пациентами женских консультаций в 2012 году). Таким образом, судя по всему, в настоящее время женские консультации остро нуждаются в специалистах психотерапевтического профиля, а объем посещений к работающим штатным врачам-психотерапевтам крайне невелик.

Вопросы применения восстановительного лечения женщин с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы после стационарного, в том числе хирургического лечения, остаются особенно актуальными в свете поиска путей повышения эффективности лечения, а также рационального использования ограниченных ресурсов здравоохранения. Сокращение срока пребывания пациентов на дорогостоящей стационарной койке может привести к более рациональному расходованию ресурсов в здравоохранении только в случае эффективного применения методик долечивания: медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Высокую эффективность медицинской помощи, полученной на этапе долечивания после стационарного лечения, подтвердили участницы опроса – пациентки санатория: большинство из них не считают, что в другой медицинской организации медицинская помощь им была бы оказана лучше (45%), либо сомневаются в этом (13%).

Оценка восстановительного лечения в санатории пациенток интересующей нас группы показала положительные результаты. Такие важные социально значимые цели лечения, как восстановление утраченных функций, поддержание функций при текущем

патологическом процессе, предупреждение возможных нарушений функций, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности, социальная интеграция в общество, достигаются в полной мере.

В России необходимо детальное изучение данных вопросов и принятие управленческих решений по стимулированию предоставления медицинских услуг по восстановительному лечению женщин при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы в рамках программ государственных гарантий бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи.

Список литературы

1. Аржаненкова Л.С., Сидоров Г.А., Сычов М.Д. Социально-психологический портрет онкогинекологических больных // Кубан. науч. мед. вестн. – 2007. - № 1-2. – С. 15-16.
2. Голешева Ю.М., Кулавский Е.В., Габидуллина Э.Р., Миянова Э.Н. Реабилитация пациенток, перенесших гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки // Урал. мед. журн. – 2009. - № 3. – С. 75-78.
3. Горохова Л.М., Буренков Г.М., Кузьмин А.Г., Мартынова Н.А., Кочорова Л.В. Пути улучшения здоровья женщин фертильного возраста в Вологодской области // Экология человека. – 2008. – № 7. – С. 38–39.
4. Горохова Л.М., Мартынова Н.А., Кочорова Л.В., Калинин А.Г. Медико-социальные особенности бесплодного брака // Экология человека. – 2008. – № 12. – С. 44–47.
5. Комличенко Э.В., Петрова Н.Г. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин. – СПб. : ПГУПС, 2010. – 222 с.
6. Маркова М.В., Кришталь Е.В., Свиридова В.В. Система медико-психологической реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах: мишени, этапы, эффективность // Психиатрия, психотерапия и клинич. психология. – 2012. - № 3. – С. 35-45.
7. Молчанов С.В. Эффективность комплекса реабилитационных мероприятий после завершения противоопухолевого лечения онкогинекологических больных репродуктивного периода // Сиб. онкол. журн. – 2008. – Прил. № 1. – С. 90-91.21 149.
8. Потемкина Е.А. Личностные характеристики, ассоциированные с хроническими гинекологическими заболеваниями у женщин репродуктивного возраста // Урал. мед. журн. – 2009. - № 6. – С. 17-24.

Рецензенты:

Вишняков Н.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург;

Пенюгина Е.Н., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург.