

КОМПЛЕКСНЫЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Нургалиева Е.В.¹, Духин А.О.¹, Секирин А.Б.², Смирнова С.Н.², Дорогин В.Е.²

¹«Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана»), e-mail: fiziotermoniki@yandex.ru;

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Принимая во внимание рост воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), требующих оперативного лечения, определение реабилитационной тактики ведения таких больных является крайне актуальным. Нами разработан лечебно-реабилитационный алгоритм, состоящий из двух этапов. Первый этап представляет собой медикаментозную реабилитацию, включает в себя комплексное применение антибактериальной терапии, препаратов, восстанавливающих нормальную микрофлору влагалища. Второй этап включает в себя применение флюктуирующих токов. На базе ГКБ № 29 имени Н.Э. Баумана в гинекологическом отделении было обследовано 60 пациенток. Пациенты были разделены на 3 группы по 20 человек. В первой группе применялась стандартная антибактериальная терапия, во второй группе применялось комбинированное антибактериальное лечение и препараты, восстанавливающие нормальный биоценоз влагалища. В третьей группе применялся комплексный подход, сочетающий в себе медикаментозную составляющую и метод флюктуоризации. Данный комплексный подход достоверно уменьшает риск послеоперационных осложнений и рецидивов воспалительных процессов в малом тазу, а также способствует сохранению и поддержанию репродуктивного здоровья у женщин после оперативного лечения острых форм ВЗОМТ.

Ключевые слова: реабилитационный алгоритм, микрофлора, флюктуоризация.

A COMPLEX THERAPEUTIC REHABILITATION ALGORITHM FOR PATIENTS CURE AFTER SURGICAL TREATMENT OF ACUTE GENITAL INFLAMMATORY DISORDERS

Nurgalieva E.V.¹, Dukhin A.O.¹, Sekirin A.B.², Smirnova S.N.², Dorogin V.E.²

¹GBUZ «City clinical hospital №29 N.E. Bauman» Moscow, Russia, e-mail: fiziotermoniki@yandex.ru ;

²GBUZ MO «Moscow regional research clinical Institute. M.F. Vladimirskogo», Moscow, Russia

Taking into account the increasing rate of pelvic inflammatory disease (PID) forms which require surgical treatment, it is of extreme importance to determine a rehabilitation tactics for managing such patients. We have developed a treatment and rehabilitation algorithm consists of two stages. The first stage is a medication rehabilitation includes comprehensive use of antibiotic therapy drugs restore the normal microflora of the vagina. The second step involves applying fluctuating currents. On the basis of GKB № 29 Bauman N. E. in the gynecological department of 60 patients were examined. Patients were divided into 3 groups of 20 people. The first group used a standard antibiotic treatment, the second group use a combination of antibacterial drugs and treatment restores normal vaginal biocenosis. In the third group used an integrated approach that combines the pharmacological component and method flyuktuorization. That complex approach significantly decreases the risk of postoperative complications and relapses of pelvic inflammatory events, as well as contributes to the support and preservation of women's reproductive health after the surgical treatment of the acute PID forms.

Keywords: rehabilitation algorithm, microbiota, fluctuorization.

В XXI веке регистрируется неуклонный рост воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). В США ВЗОМТ ежегодно являются причиной 2,5 млн визитов к врачу и более 200 тысяч госпитализаций [4]. В России доля ВЗОМТ составляет 60-65% от общего числа обращений в женскую консультацию, при этом до 30% пациенток нуждаются в госпитализации. Растет гинекологическая заболеваемость, требующая хирургического

лечения. Так, например, тубоовариальный абсцесс диагностируется у 15% пациенток с этим диагнозом и у 33% госпитализированных по поводу ВЗОМТ женщин [5].

Однако установить точную частоту и распространенность трудно в связи с частым отсутствием симптомов и разнообразием клинической картины. Острое начало воспалительного процесса стало наблюдаться реже. Как правило, заболевание развивается постепенно, с нарастанием клинической симптоматики [7]. Характерно распространение инфекции восходящим путем из эндоцервикса с развитием эндометрита, сальпингита, оофорита, параметрита, тубоовариальных абсцессов и пельвиоперитонита. Нарушение равновесия в микробиоте связано с повышенным риском инфекции органов малого таза [1]. Нарушение механизмов поддержания нормальной микробиоты, снижение факторов противоинфекционной защиты способствуют активации условно патогенной микрофлоры и созданию благоприятных условий для возникновения острого процесса, тем самым запуская «замкнутый круг». Так, было выявлено, что бактериальный вагиноз увеличивал риск развития ВЗОМТ в 2 раза [5].

Помимо биоценоза влагалища, особую нишу занимает проблема тазовой боли, являющаяся одним из важных факторов, ухудшающих качество жизни женщин. Частота возникновения синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) у женщин репродуктивного возраста составляет 12-39%. В 28,9% случаев причиной развития этого состояния является спаечная болезнь органов малого таза, возникающая преимущественно после оперативного вмешательства [9].

Таким образом, возрастающее количество операций по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза требует оценки микрофлоры половых путей и тазовой боли и разработки методов коррекции с целью уменьшения количества послеоперационных осложнений и профилактики возможных рецидивов.

Цель работы

Разработать комплексный лечебно-реабилитационный алгоритм [6] ведения больных после хирургического лечения острых воспалительных заболеваний гениталий.

Материалы и методы

В связи с поставленной задачей в предлагаемом нами комплексном лечебно-реабилитационном плане были выделены следующие этапы. Первый этап выступает в качестве медикаментозной реабилитации. Основная его цель – восстановление биоценоза влагалища после завершения основного эффективного курса противоинфекционной терапии. Главным условием эффективности такого лечения является заселение влагалища лактобактериями и создание среды, препятствующей проникновению инородных микроорганизмов [5]. Второй этап - это применение метода флюктуоризации [2; 8] с целью

уменьшения воспалительных явлений в малом тазу и коррекции тазовой боли. Примененные после хирургического лечения флюктуирующие токи ускоряют отторжение омертвевших тканей, активизируют размножение местных клеточных элементов и способствуют заживлению ран. Флюктуирующие токи активизируют деятельность клеток ретикуло-эндотелиальной системы, что также имеет значение для их противовоспалительного и трофико-регенераторного действия. Они потенцируют действие химиотерапевтических средств, а повышая сосудистую и эпителиальную проницаемость, способствуют их лучшему проникновению в патологический очаг. Способствуя улучшению кровообращения и оксигенации мышечной ткани, флюктуирующие токи активно влияют на гладкую и поперечно-полосатую мускулатуру, содействуют нормализации тонуса нервномышечного аппарата и уменьшают выраженность миофасциальных нарушений. Обезболивающее влияние флюктуоризации объясняется эффектом анестезии, подобно новокаину, так как просто прекращается поток импульсов с периферии [8].

На базе ГKB № 29 имени Н.Э. Баумана в гинекологическом отделении было обследовано 60 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст составил $28,3 \pm 3,4$ года). Основные жалобы, предъявляемые пациентками, были: тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37-38 градусов, выделения из половых путей. При осмотре определялась болезненная пальпация передней брюшной стенки в подвздошных областях, боли в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, крестцово-подвздошных сочленениях, слабopоложительные или положительные симптомы раздражения брюшины. При гинекологическом осмотре выявлялись признаки цервицита, гнойные выделения из половых путей, болезненность в области придатков матки. В клиническом анализе крови преобладал лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Всем пациенткам (60 человек) было проведено оперативное лечение лапароскопическим доступом. Лапароскопия проводилась по общепринятой методике с применением эндоскопического оборудования фирмы Karl Storz (Германия). Во время лапароскопии производилась аспирация патологического выпота, сальпингоовариолизис, промывание брюшной полости, восстановление анатомо-топографических взаимоотношений органов малого таза. У пациенток со сформированными пиосальпиксами производилась сальпингэктомия, при наличии гнойных тубоовариальных абсцессов – односторонняя аднексэктомия. От каждой пациентки был получен биологический материал для проведения микроскопического, бактериологического и молекулярно-биологического исследования методом Флороценоз – количественная и качественная ПЦР с оценкой биоценоза влагалища.

Всем обследованным (60 человек) назначена антибактериальная терапия. Согласно европейским рекомендациям применялись препараты цефалоспоринов второго ряда в сочетании с метронидазолом.

Пациенты были разделены на 3 группы по 20 человек. В первой группе (20 человек) применялась только стандартная антибактериальная и антиоксидантная терапия [3]. Во второй группе (20 человек) сочеталось применение антибактериальной терапии с интравагинальным введением препаратов лактобактерий с целью восстановления биоценоза. Пациенткам назначался влагалищный гель, содержащий молочную кислоту и гликоген, показанный для лечения и профилактики бактериального вагиноза. Молочная кислота способствует снижению pH влагалища, т.е. создает кислую среду, губительную для развития патогенных бактерий, а гликоген – питательная среда, необходимая для размножения собственных лактобактерий. Таким образом создается естественный и эффективный механизм защиты от инфекций. Гель назначался вагинально по 1 тюбику ежедневно на ночь в течение 7 дней. После очередной менструации проводилось контрольное исследование влагалищных мазков при помощи микроскопического метода и метода ПЦР. В третьей группе (20 человек) применялись все три компонента: антибактериальная терапия, препараты лактобактерий и метод флюктуоризации. При проведении процедуры флюктуоризации электроды располагали поперечно, один на область пояснично-крестцового отдела позвоночника, второй на надлонную область. Применяли двухполярный симметричный флюктуирующий ток (1 форма), доза малая (до ощущения умеренной вибрации). Длительность воздействия составляла 10 минут. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур.

Результаты

В первой группе у пациенток в послеоперационном периоде длительно (более 14 дней) сохранялся болевой синдром в виде тянущих болей внизу живота, усиливающихся при ходьбе и минимальной физической нагрузке. Неприятные выделения из половых путей наблюдались у 75% (15 чел.), повышение лейкоцитоза во влагалищном секрете при микроскопическом исследовании – 70% (14 чел.), преобладание кокковой флоры – 90% (18 чел.).

У пациенток второй группы жалобы на боли при физической нагрузке в послеоперационном периоде сохранялись в среднем около 14 дней 85% случаев (17 чел.). Жалобы на неприятные выделения из половых путей встречались у 30% (6 чел.), повышение лейкоцитоза во влагалищном секрете при микроскопическом исследовании было отмечено у 5 женщин (25%), в 70% (14 чел.) отмечался нормобиоценоз.

В третьей группе в 90% случаев (18 чел.) по истечении 10 дней у пациенток полностью восстанавливалась трудоспособность. При исследовании влагалищного содержимого отмечался нормобиоценоз в 75% (15 чел.), жалобы на неприятные выделения из половых путей – 20% (4 чел.), повышение лейкоцитоза во влагалищном секрете при микроскопическом исследовании было отмечено у 2 женщин (10%).

Выводы

Таким образом, на сегодняшний день оправдан комплексный подход к лечению пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями гениталий. Изолированное применение антибактериальной либо антисептической терапии не только не снижает частоту дисбиотических нарушений, но и повышает риск инфекционно-воспалительных заболеваний. Применение в комплексе с антибактериальной терапией препаратов, восстанавливающих нормальную микрофлору влагалища и флюктуирующих токов, достоверно уменьшает риск послеоперационных осложнений и рецидивов воспалительных процессов в малом тазу, а также способствует сохранению и поддержанию репродуктивного здоровья у женщин после оперативного лечения острых форм ВЗОМТ.

Список литературы

1. Бурова Е.В., Синчихин С.П., Мамиев О.Б. Микробный пейзаж слизистой влагалища и шейки матки при остром аднексите и пельвиоперитоните // Вестник Российского университета дружбы народов. - 2012. - № 5. - С. 204.
2. Герасименко М.Ю. Флюктуоризация // Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Богомолова. – 2008. – Кн. 1. - С. 218-223.
3. Гудков С.В., Брусков В.И., Куликов А.В., Бобылёв А.Г., Куликов Д.А., Молочков А.В. Биоантиоксиданты (часть 1) // Альманах клинической медицины. – 2014. - № 31. - С. 61-64; Биоантиоксиданты (часть 2) // Альманах клинической медицины. – 2014. - № 31. - С. 65-79.
4. Радзинский В.Е., Козлов Р.С., Духин А.О., ред. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза без ошибок и экспериментов : методическое руководство для врачей. - М. : StatusPraesens, 2013. - 16 с.
5. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Результаты российского многоцентрового исследования «сравнительной оценки различных схем лечения вагинальных инфекций неспецифической бактериальной этиологии (BIOS)». – М. : StatusPraesens, 2012. - С. 15.
6. Секирин А.Б. Комплексная реабилитация при пояснично-крестцовых болях у больных коксартрозом : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.

7. Серов В.Н., Дубницкий Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения // Российский медицинский журнал. - 2011. - Vol. 19. - № 1. - С. 46-50.
8. Смирнова С.Н. Флюктуирующие токи в комплексном лечении детей с врожденными аномалиями развития толстой кишки : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. - С. 30-32.
9. Шупелькова Ю.О. Хроническая тазовая боль у женщин // Российский медицинский журнал. – 2011. - № 20. – С. 1232.
- 10 CDC STD Treatment Guidelines 2010. MMWR. 2010; 59 (RR-12): 110 p.

Рецензенты:

Прикулс В.Ф., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой реабилитации и физиотерапии ФУВ «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва;

Тотчиев Г.Ф., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН при ГКБ № 64, г. Москва.