

ПАЦИЕНТКА, ПОЛУЧАЮЩАЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ВЗГЛЯД АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Фомина И.В.¹, Романенко С.А.²

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России», Тюмень, e-mail: fiv-1982@mail.ru;

²Клинический санаторий «Пограничник», Ялта, e-mail: mars19801106@yandex.ru

Статья рассматривает комплексный подход к пациентке, получающей санаторно-курортное лечение, при котором акушер-гинеколог рассматривает во взаимосвязи женщину и ее соматические и гинекологические заболевания. Взгляд акушера-гинеколога в условиях санаторно-курортного лечения женщины не остается узким относительно только гинекологической патологии, а рассматривает конкретную женщину в целом с ее сопутствующими заболеваниями. Так, среди всех возрастных категорий женщин, наблюдавшихся у акушера-гинеколога санатория, выявлена соматическая полиморбидность. Отмечено, что среди экстрагенитальной патологии преобладает артериальная гипертензия, а также ожирение различных степеней. Причем интересен факт, что чем старше возрастная категория пациенток, тем больший процент встречаемости ожирения встречается, а также степень его с возрастом увеличивается. Также заболевания, имеющие связь с ожирением от нарушений углеводного обмена и сахарного диабета, гипотиреоза до артериальной гипертензии, до гинекологических в виде миом матки и различных видов мастопатий, растут по мере прогрессирования частоты ожирения. Воспалительные заболевания в виде различного рода вагинитов и дисбиозов влагалища традиционно лидировали по частоте встречаемости, на втором месте находилась миома матки и фиброзно-кистозная мастопатия, имеющие непосредственную связь с указанной выше соматической патологией. Таким образом, взгляд акушера-гинеколога на этапе санаторно-курортного лечения и реабилитации отличается широтой подхода, рассматривающего конкретную пациентку не только относительно ее гинекологических заболеваний, а в комплексе ее соматической патологии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ожирение, санаторно-курортное лечение, нарушения углеводного обмена, миома матки.

A PATIENT RECEIVING HEALTH AND SPA TREATMENT. THE LOOK OF A OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST

Fomina I.V.¹, Romanenko S.A.²

¹Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tyumen, e-mail: fiv-1982@mail.ru;

²Clinical sanatorium "Pogranichnik", Yalta, e-mail: mars19801106@yandex.ru

The article examines an integrated approach to a patient receiving spa treatment, in which the obstetrician-gynecologist considers the relationship between a woman and her somatic and gynecological diseases. The view of an obstetrician-gynecologist in the conditions of a woman's spa treatment does not remain narrow regarding only gynecological pathology, but considers a particular woman as a whole with her concomitant diseases. So among all age categories of women observed by the obstetrician-gynecologist of the sanatorium, somatic polymorbidity was revealed. It is noted that among extragenital pathology, arterial hypertension prevails, as well as obesity of various degrees. Moreover, an interesting fact is that the older the age category of patients, the greater the prevalence of obesity occurs, and its degree increases with age. Also, diseases associated with obesity, from disorders of carbohydrate metabolism and diabetes mellitus, hypothyroidism to arterial hypertension, to gynecological in the form of uterine fibroids and various types of mastopathy, grow as the frequency of obesity progresses. Inflammatory diseases in the form of various kinds of vaginitis and vaginal dysbiosis were traditionally the leaders in terms of frequency of occurrence, followed by uterine myoma and fibrocystic mastopathy, which are directly related to the above somatic pathology. Thus, the view of an obstetrician-gynecologist at the stage of sanatorium treatment and rehabilitation is distinguished by the breadth of the approach, considering a particular patient not only in relation to her gynecological diseases, but in the complex of her somatic pathology.

Keywords: arterial hypertension, obesity, spa treatment, disorders of carbohydrate metabolism, uterine fibroids.

Врачебное искусство зачастую выходит за рамки клинических протоколов и стандартов лечения, поскольку рассматривает пациента в целом, а не отдельные нозологические единицы.

Персонализированный подход ясен многим: каждый пациент индивидуален и обладает определенной совокупностью заболеваний. Зачастую эти заболевания являются наследственными, поэтому предиктивный подход в виде выявления факторов риска и предрасположенностей у конкретного пациента с целью прогнозирования его здоровья становится крайне популярным. Зная предрасположенности, можно превентивно профилировать возникновение этих заболеваний или снижать риск их возникновения. Доказанными являются факты фетального программирования многих неинфекционных хронических заболеваний, в частности некоторых заболеваний, особенно ожирения [1]. Все указанные меры невозможно реализовать без заинтересованности пациента в процесс лечения, то есть партисипативности [2]. Таким образом, эффективное взаимодействие врача и пациента позволяет в полной мере реализовать все достижения современной медицинской науки [3]. Заинтересованность и мотивация пациента, а значит и его комплаентность в профилактике и лечении его заболеваний позволяет добиться наилучших результатов [4], что особенно достигается в странах Европы, где пациенты отличаются высокой комплаентностью к профилактике и терапии [5]. Реализация этого необходима на всех этапах оказания медицинской помощи [6], начиная с первичной врачебной в поликлинике по месту жительства, реализуемой в соответствии со статьями 32 – 35 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», заканчивая важным этапом реабилитации, особенно санаторно-курортного лечения, являющегося общепризнанным даже в Европе [7].

Свои особенности имеет лечение пациенток в условиях санатория [8]. Известно, что среди всех возрастных категорий женщин, особенно репродуктивного возраста [9], имеется тренд по росту числа соматической патологии [10], причем основную роль среди них приобретают ожирение [11], артериальная гипертензия (АГ) и нарушения углеводного обмена, известные всем составляющие метаболического синдрома [12]. Существуют тактики ведения терапевтами подобных пациенток [13]. Печален факт, что данная тенденция отслеживается особенно среди женщин репродуктивного возраста [14]. Поздний дебют деторождения, имеющий различные причины, все чаще в позднем репродуктивном возрасте влечет за собой обширный груз экстрагенитальной и генитальной патологии [14]. Весь комплекс соматических заболеваний, подлежащих санаторно-курортному лечению, и выявляемой или уже имеющейся гинекологической патологии определяет особенности и возможность вообще назначения тех или иных методов терапии. Такой взгляд акушера-гинеколога на пациентку, получающую санаторно-курортное лечение, отражает все современные подходы в медицине.

Цель исследования: изучить особенности структуры соматических и гинекологических заболеваний женщин, получивших санаторно-курортное лечение.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное ретроспективное исследование на базе клинического санатория «Пограничник» г. Ялта в 2018-2019 гг. и охватило 837 женщин, получивших санаторно-курортное лечение. Материалом для исследования послужили 837 историй болезни пациенток. Критериями включения в исследование были: обращение пациентки на прием акушеру-гинекологу в условиях санатория, согласие на проведение обследования. Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнеза и объективного исследования, включающего гинекологический осмотр с забором мазков на микрофлору, при необходимости УЗИ органов малого таза, определение индекса массы тела. Диагноз негинекологического профиля выносился на основании заключения соответствующего специалиста. Гинекологический диагноз выносился на основании критериев, описанных в действующих клинических рекомендациях по указанным нозологиям. Критерии исключения из исследования: отсутствие осмотра врача акушера-гинеколога у пациентки, информированного согласия. Для статистической обработки материала использованы программы Microsoft Excel и Statistica 13. С помощью теста Колмогорова-Смирнова проверяли нормальность распределения исследуемых величин. О достоверности различий судили по непараметрическому критерию (U) Манна-Уитни, считая их достоверными при $p < 0,05$. Статистические взаимосвязи изучали с помощью коэффициента корреляции Спирмена (r_s).

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины в соответствии с возрастом разделены на группы. Количество женщин различного возраста в абсолютных значениях (абс.) и процентах (%) представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациенток по возрасту, абс./%

| Группа | Возраст, лет | абс./% |
|--------|---------------|-----------|
| I | 18-34 | 100 /11,9 |
| II | 35-45 | 214 /25,6 |
| III | 46-50 | 109 /13 |
| IV | 51-60 | 262/31,3 |
| V | 61-70 | 138 /16,5 |
| VI | Более 71 года | 14 /1,7 |

При анализе возрастных категорий пациенток, получивших санаторно-курортное лечение, обращает на себя внимание преобладание женщин постменопаузального $n=262$ (31,3%) и позднего репродуктивного возраста $n= 214$ (25,6%).

В таблице 2 представлена структура соматической патологии женщин в зависимости от возраста.

Таблица 2

Структура соматической патологии у женщин в зависимости от возраста, абс./%

| Заболевания | Группы пациенток, абс./% | | | | | |
|--|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | I | II | III | IV | V | VI |
| Заболевания эндокринной системы, из них: | | | | | | |
| - нарушение толерантности к глюкозе | 2 /2 | 2/1 | 0 | 10 /3,8 | 3/2,2 | 0 |
| - сахарный диабет II типа | 1/1 | 6 /2,8 | 5 /4,6 | 13/11,9 | 23/8,8 | 5/3,6 |
| - избыточная масса тела | 14/14 | 43/20 | 8/7,3 | 75/28,6 | 46/33 | 2/14,3 |
| - ожирение, в том числе I степени | 10/10 | 30/14 | 4,6 | 45/17,2 | 27/19,6 | 0 |
| II степени | 3/3 | 8/3,7 | 2/1,8 | 25/9,5 | 13/9,4 | 1/7,1 |
| III степени | 1/1 | 5/2,3 | 1/1 | 5/1,9 | 6/4,3 | 1/7,1 |
| - аутоиммунный тиреоидит | 10/10 | 35/16,4 | 14/12,8 | 60/22,9 | 38/27,5 | 0 |
| - узловой зоб | 2/2 | 21/9,8 | 16/14,7 | 42/16 | 26/18,8 | 1/7,1 |
| - гипотиреоз | 4/4 | 14/6,5 | 5/4,6 | 13/4,9 | 10/7,2 | 1/7,1 |
| Заболевания сердечно-сосудистой системы, из них: | | | | | | |
| - артериальная гипертензия | 2/2 | 18/8,4 | 8/16,5 | 90/34,3 | 79/57,2 | 10/71,4 |
| Заболевания дыхательной системы, их них: | | | | | | |
| бронхиальная астма | 2/2 | 1/0,5 | 2/1,8 | 13/4,9 | 3/2,2 | 0 |

Среди соматической патологии женщин всех возрастных групп обращает на себя внимание преобладание АГ, которой страдают 207 (общее количество женщин всех групп, страдающих данной нозологией), что составляет 24,7% от общего количества обследованных, получивших лечение. Причем отмечается тренд увеличения количества данного заболевания в зависимости от возраста прямо пропорционально. Так, выявлена прямая корреляционная связь ($r_s=0,87$) между возрастом и количеством болеющих АГ женщин. Между всеми группами частота артериальной гипертензии достоверно отличается ($p=0.03$, критерий Краскелла-Уоллиса для сравнения непрерывных параметров 3 и более независимых групп). Также отмечается явное преобладание в структуре нозологий женщин с избыточной массой тела 188 (22,5%) и женщин с ожирением 187 (22,5%). При рассмотрении структуры ожирения по степеням выявлено, что преобладает число женщин с 1 степенью, причем их количество прямо пропорционально возрасту увеличивается ($r_s=0,79$), аналогично же выявлено и относительно 2 степени ожирения ($r_s=0,81$). Достоверных отличий количества пациенток с 3 степенью ожирения в зависимости от возраста не выявлено. Определено, что частота сахарного диабета у женщин составляет 53 (6,3%), нарушенная толерантность к глюкозе зафиксирована у 17 (2%) пациенток. Не выявлено достоверных статистически отличий числа

выявленных нарушений толерантности к глюкозе в зависимости от возраста ($p=0,7$, критерий Краскелла-Уоллиса для сравнения непрерывных параметров 3 и более независимых групп). Частота сахарного диабета статистически достоверно отличается между всеми группами, и увеличение его процента прямо пропорционально возрасту женщин ($r_s=0,83$).

Рассматривая структуру соматической патологии в разных возрастных группах отмечено, что среди женщин 18-34 лет преобладает избыточная масса тела 14 (14%), ожирение 10 (10%) и аутоиммунный тиреодит (АИТ) 10 (10%). Среди же женщин позднего репродуктивного возраста также преобладают избыточная масса тела 43 (20%), ожирение 43 (20%), АИТ 157 (18,8%), артериальная гипертензия 18 (8,4%), узловой зоб 108 (12,9%) и гипотиреоз 14 (6,5%). Процент АИТ достоверно отличается между группами IV, V и I, II, III ($p=0,03$, с помощью критерия Манна-Уитни для двух независимых групп переменных). Частота гипотиреоза в зависимости от возраста достоверно не меняется. Частота же узлового зоба достоверно выше между группой I и II, II и III, IV, V ($p=0,04$, с помощью критерия Манна-Уитни). Число женщин с бронхиальной астмой достоверно различается лишь между группой IV и II ($p=0,04$, критерий Манна-Уитни). Остальные нозологические формы встречались лишь в единичных случаях.

В таблице 3 представлена структура гинекологической патологии у пациенток, получивших санаторно-курортное лечение.

Таблица 3

Структура гинекологической патологии у женщин в зависимости от возраста, абс./%

| Заболевания | Возрастные категории, абс./% | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|----------|---------|---------|---------|--------|
| | I | II | III | IV | V | VI |
| Бесплодие | 16/16 | 14/6,5 | 1/0,9 | 1/0,4 | 0 | 0 |
| Дисменорея | 8/8 | 7/3,3 | 3/2,7 | 0 | 0 | 0 |
| ПМС | 3/3 | 12/5,6 | 3/2,7 | 0 | 0 | 0 |
| Поликистоз яичников | 2/2 | 5/2,3 | 2/1,8 | 0 | 0 | 0 |
| Полипы эндометрия | 1/1 | 5/2,3 | 3/2,7 | 2/0,8 | 2/1,4 | 0 |
| Гиперплазия эндометрия | 3/3 | 6/2,8 | 1/0,9 | 4/1,5 | 7/5 | 1/7,1 |
| Аденомиоз | 2/2 | 33/15,4 | 13/11,9 | 3/1,1 | 0 | 0 |
| Наружный генитальный эндометриоз | 25/25 | 43/20 | 5/4,6 | 0 | 0 | 0 |
| Миома матки | 7/7 | 61/28,5 | 45/41,2 | 99/37,8 | 35/25,3 | 3/21,4 |
| ФКМ | 13/13 | 47/21,9 | 33/30,3 | 53/20,2 | 11/7,9 | 1/7,1 |
| Фиброаденома молочной железы | 4/4 | 6/2,8 | 3/2,7 | 10/3,8 | 2/1,4 | 0 |
| Киста яичника | 3/3 | 9/4 | 4/3,7 | 7/2,6 | 0 | 0 |
| Воспалительные заболевания, их них: | 56/56 | 117/54,6 | 56/51,3 | 8/3,2 | 90/65,2 | 9/64,3 |
| 1. Вагиниты - атрофический | 0 | 2/1 | 7/6,4 | 1/0,4 | 63/45,6 | 9/64,3 |

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|-------------------|------------------|------------|--------------|--------|
| неспецифический - кандидозный | 23/23 11/11 | 40/18,7 20/9,3 | 19/17,4 7/6,4 | 0 2/0,8 | 0 21/15,2 | 0 0 |
| 2. Бактериальный вагиноз | 22/22 | 55/25,7 | 23/21 | 5/1,9 | 6/4,3 | 0 |
| Хронический цервицит | 11/11 | 15/7 | 4/3,7 | 3/1,1 | 1/0,7 | 0 |

Среди гинекологической патологии традиционно преобладают воспалительные заболевания, в основном влагалища, среди пациенток всех возрастных групп и достоверно не отличается. Изменяется лишь структура вагинитов: так, среди женщин репродуктивного возраста лидируют неспецифические вкупе с дисбиозом влагалища, достоверно чаще встречающиеся у групп I, II и III по сравнению с группой IV ($p=0,02$ с помощью критерия Краскелла-Уоллиса для сравнения непрерывных параметров 3 и более независимых групп). В возрастной группе V, VI достоверно выше число атрофических вагинитов по сравнению с группами I, II и III ($p=0,03$ с помощью критерия Краскелла-Уоллиса для сравнения непрерывных параметров 3 и более независимых групп). Число атрофических вагинитов прямо пропорционально возрасту женщин ($r_s=0,98$ с помощью критерия Спирмена). Второе по частоте встречаемости место также традиционно занимает в структуре гинекологической заболеваемости миома матки, частота встречаемости которой возрастает с позднего репродуктивного возраста и постменопаузы, после чего ее частота логично уменьшается. Выявлено, что генитальный эндометриоз встречается в основном в репродуктивном возрасте. Также значителен процент женщин с фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ), особенно в группах позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Гиперпластические процессы эндометрия встречаются значительно реже, что связано не с отсутствием их в популяции женщин, а с категориями пациенток, попавших на санаторно-курортное лечение (их наличие является противопоказанием к нему). Отмечен достаточно высокий процент женщин с бесплодием среди возрастной категории 18-34 года - 16%, по сравнению с женщинами позднего репродуктивного возраста или данными литературы [4].

Выводы

Взгляд акушера-гинеколога на этапе санаторно-курортного лечения и реабилитации отличается широтой подхода, рассматривающего конкретную пациентку не только относительно ее гинекологических заболеваний, а в комплексе ее соматической патологии. Известен факт, что ряд невоспалительных гинекологических заболеваний находится во взаимосвязи с эндокринной патологией. Так, среди женщин всех возрастов, наблюдавшихся у акушера-гинеколога санатория, выявлена соматическая полиморбидность. Отмечен значительный процент женщин с артериальной гипертензией. К сожалению, среди женщин всех возрастов все значимей выделяется проблема сначала избыточной массы тела, а затем и

ожирения. Лидирующую позицию занимает ожирение различных степеней в структуре соматических заболеваний. При этом увеличение возраста прямо пропорционально проценту женщин с ожирением, а также с более высокими степенями ожирения. Выявлен рост числа заболеваний, имеющих взаимосвязь с ожирением: среди экстрагенитальных от нарушений углеводного обмена и сахарного диабета, гипотиреоза до артериальной гипертензии, и гинекологических в виде миом матки и различных видов мастопатий. Воспалительные заболевания традиционно лидируют в структуре гинекологической патологии: различного рода вагиниты и дисбиозы влагалища. Далее по частоте встречаемости следуют миома матки и фиброзно-кистозная мастопатия, тесно взаимосвязанные с вышеуказанной соматической патологией.

Список литературы

1. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Матаев С.И., Полякова В.А. Значение ожирения в фетальном программировании хронических заболеваний // Современные проблемы науки и образования. 2018. Т. 18. № 2. С. 15.
2. Болотина Т.П. Сахарный диабет 2 типа и ожирение: эффективность комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от степени ожирения // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2015. № 2 (34). С. 57-67.
3. Мищенко Т.В., Звенигородская Л.А. Роль гормонов и типов пищевого поведения в развитии абдоминального ожирения, методы лечения ожирения // Вестник эстетической медицины. 2010. Т. 9. № 4. С. 33-39.
4. Якубова Е.Г., Кукарская И.И., Чабанова Н.Б., Шевлюкова Т.П., Хасанова В.В. Восстановление фертильности у женщин с избыточным весом и ожирением путем снижения массы тела // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 9-2. С. 229-232.
5. Bykov A.T., Khudoev E.S., Gordon K.V. Staged Physiotherapy in Postoperative Rehabilitation of Patients with Symptomatic Dyshormonal Breast Diseases. Eur. J. Med. 2019. № 2 (2). P. 69-75.
6. Юринская А.А. Ожирение, патогенез сердечно-сосудистых осложнений при ожирении // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2018. № 2 (41). С. 123-128.
7. ČELKO J. a kol. 2006. Liečivé vody a kúpele na Slovensku. Media Svatava, Bratislava, 2016. P. 82-95. P. 122-133.

8. Тагиева Ф.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины. Актуальні проблеми сучасної медицини // Вісник української медичної стоматологічної академії. 2016. Т. 16. № 2 (54). С. 317-320.
9. Хасанова В.В., Кукарская И.И., Шевлюкова Т.П., Кукарская Е.Ю. Современный подход к комбинированной терапии пациенток с воспалительными заболеваниями малого таза // Пермский медицинский журнал. 2021. Т. 38. № 2. С. 45-55.
10. Баклаева Т.Б., Василькова Т.Н., Чабанова Н.Б., Василькова Г.А. Особенности адипоцитокинового профиля у больных ожирением с различным типом депонирования жировой ткани // Медицинская наука и образование Урала. 2019. Т. 20. № 4 (100). С. 11-14.
11. Подзолков В.И., Брагина А.Е. Эссенциальная артериальная гипертензия у женщин или женская артериальная гипертензия? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. № 11 (1). С. 79-84.
12. Петров Ю.А., Купина А.Д. Сахарный диабет у женщин: влияние на репродуктивное здоровье и фертильность // Современные проблемы науки и образования. 2020. № 2. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29588> (дата обращения: 12.12.2021).
13. Полякова В.А. Шевлюкова Т.П., Кручинин Е.В., Максюкова Е.Н., Лукашенко А.В., Мокин Е.А. «Способ определения тактики терапевтического ведения пациенток с морбидным ожирением, метаболическим синдромом и гормональными нарушениями» (Gunecterpap pro). Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2019615851, 14.05.2019. Заявка № 2019614093 от 15.04.2019.
14. Фомина И.В., Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Чечулин Е.С., Василькова Г.А. Ожирение как фактор риска осложнений абдоминального родоразрешения // Медицинская наука и образование Урала. 2019. Т. 20. № 4 (100). С. 41-45.