

УДК 618.52: 036.82–085

© Шамхи Имен, 2013.

КОНСЕРВАТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОК В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Шамхи Имен*Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии (зав. – профессор О. В. Грищенко), Харьковская медицинская академия последипломного образования; 61174, Украина, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; E-mail: med.edu.ua@gmail.com*

CONSERVATIVE REHABILITATION OF THE PELVIC FLOOR FOR PATIENTS IN THE POSTDELIVERY PERIOD Shamkhi Imen

SUMMARY

Under a supervision, there were 140 patients after delivery with a large fetus; the main group consisted of 110 patients, the control group comprised 30 patients. All the patients underwent an echographic analysis of the pelvic bottom state after delivery; the markers of the connective tissue dysplasia, which are the glycoseaminoglicane fractions in the blood, did not show any substantial changes. Fifty patients of the group were executing the gymnastics of Kegele, sixty other patients were doing it in combination with metabolic therapy: thiotriazoline suppositories with ascoruthine per os. The patients of the control group did not undergo rehabilitation procedures. The best results in restoring the pelvic bottom were achieved for those patients who were using the gymnastics together with metabolic therapy. The method is recommended to all women after delivery.

КОНСЕРВАТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦІЄНТОК В ПІСЛЯРОДОВОМУ ПЕРІОДІ Шамхі Імен

РЕЗЮМЕ

Під спостереженням 140 пацієнток після пологів крупним плодом – 110 основна і 30 контрольна групи. Всім проводилася ехографічна оцінка стану тазового дна після пологів, дослідження маркерів сполучнотканинної дисплазії (фракції глікозаміногліканів) в крові – відмінностей не виявлено. П'ятдесят пацієнток основної групи виконували гімнастику Кегеле, 60 – гімнастику Кегеле у поєднанні з метаболічною терапією: тіотріазолін в суппозиторіях з аскорутином per os. Пацієнтки контрольної групи не проводили реабілітаційних заходів. Кращі результати по відновленню тазового дна – у пацієнток, що проводили гімнастику метаболічною терапією. Методика рекомендується всім жінкам після пологів.

Ключевые слова: опущение тазовых органов, послеродовой период, гликозаминогликаны, гимнастика, метаболіческая терапія.

Формирование здорового поколения людей в различные периоды их жизни, улучшение общего и репродуктивного здоровья, качества жизни есть важнейшим заданием для современного здравоохранения как во всем мире, так и в Украине, согласно целям развития третьего тысячелетия. Неблагоприятные факторы оказывают постоянное влияние на организм человека, его органы и ткани, вызывая различные заболевания. Не являются исключением и мышцы тазового дна. Процессы развития несостоятельности (ослабления) мышц тазового дна происходят непрерывно в течение жизни женщины, в возникновении патологии тазового дна важную роль играют физические, генетические и психологические факторы [3]. Научное понимание этих проблем, существующее в настоящее время, основывается в большинстве случаев на клинико-диагностических данных и результатах лечения при отсутствии четких представлений.

Этим обосновано стремление к разработке точных методов диагностики и лечения, усовершенствования существующих методов.

Возникает необходимость проводить тщательное исследование проблемы опущения женских половых органов, сопровождающееся застойными явлениями и нарушением функции мочевыводящей системы, связанными между собой анатомически, этиологически, клинически. Анатомические связи обусловлены близостью месторасположения органов малого таза и общностью поддерживающих структур.

Причинные факторы, отражающиеся на состоянии тазового дна, включают возраст, наследственность, родовую травму, роды, тяжелую физическую работу, рубцовые изменения после перенесенных воспалительных заболеваний и хирургических вмешательств. Также немаловажную роль играет психосоматическое влияние на гладкую мускулатуру и сосудистые структуры в области малого таза, изменения в продукции половых стероидов, влияющие на реакции гладкой мускулатуры, состояние слизистой оболочки, а также несостоятельность поперечнополосатой мускулатуры. Сложно

определить степень превалирования одного из перечисленных факторов.

Патогенетической основой многих из перечисленных состояний может быть соединительнотканная дисплазия (СТД) как причина органической несостоятельности коллагеновых структур, сосудистых нарушений [2].

Терапия несостоятельности мышц тазового дна на сегодняшний день представлена хирургическими и медикаментозными методами лечения.

Целью работы явилось улучшение результатов

восстановления тазового дна после родов крупным плодом с применением гимнастики мышц тазового дна и метаболической терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением состояли 140 женщин после родов крупным плодом от раннего послеродового периода до 6 месяцев после родов. Основная группа – 110 человек, контрольная – 30 человек. Возрастной состав женщин обследованных клинических групп был сопоставим ($p > 0,05$). Основу групп составили пациентки в возрасте 26-30 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациенток по возрасту

Возраст, лет	Клинические группы			
	Основная n=110		Контрольная n=30	
	n	$P \pm S_p$ %	n	$P \pm S_p$ %
19-20	4	3,64±1,78	1	3,33±3,28
21-25	28	25,45±4,15	16	53,33±9,11
26-30	44	40,00±4,67	5	16,67±6,80
31-35	22	20,00±3,81	7	23,33±7,72
36-40	12	10,91±2,97	1	3,33±3,28

Распределение по возрасту: обращает внимание частота родов у пациенток 21-25 лет, а также 31-35 лет, что, по-видимому, связано с большей частотой родов в данные возрастные периоды и не имеет принципиального значения для веса плода, либо состояния тазового дна у пациенток. Подавляющее большинство беременных в группах на момент беременности состояли в браке ($p > 0,05$). Социально-

бытовые условия подавляющего числа беременных расценены как относительно удовлетворительные. Распределение по занятости пациенток: работа, связанная с тяжелым физическим трудом у преимущественной части пациенток обследованных групп.

Наиболее часто встречающиеся формы экстрагенитальной патологии у пациенток обследуемых групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

Экстрагенитальная патология

Экстрагенитальная патология	Клинические группы			
	Основная n=110		Контрольная n=30	
	n	$P \pm S_p$ %	n	$P \pm S_p$ %
Нейроциркуляторная дистония смешанного типа	2	1,82±1,27	1	3,33±3,28
Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу	7	6,36±2,33	2	6,67±4,55
Варикозное расширение вен	2	1,82±1,27	1	3,33±3,28
Миопия	2	1,82±1,27	1	3,33±3,28
Пиелонефрит	1	0,91±0,90	0	-
Мочекаменная болезнь	1	0,91±0,90	0	-

Как видно из представленной таблицы 2, часто встречаются у пациенток обеих групп заболевания, ассоциированные с соединительнотканной дисплазией: нейроциркуляторная дистония, варикозное расширение вен, миопия. Пиелонефрит и мочекаменная болезнь также могут ассоциироваться с

нарушением уродинамики за счет неполноценности соединительной ткани.

Показатели массы родившихся детей у женщин основной и контрольной групп представлены в таблице 3.

Таблица 3

Масса плода

Вес ребенка, гр	Клинические группы			
	Основная n=110		Контрольная n=30	
	N	P±S _p %	n	P±S _p %
≥3999	3	2,71±1,55	2	6,67±4,55
4000-4499	100	90,91±2,74	24	80,00±7,30
4500-4799	5	4,55±1,99	2	6,67±4,55
4800-4900	2	1,82±1,27	2	6,67±4,55

Паритет – первые роды у 49,3% пациенток основной группы, 19,3% – контрольной, у 34,3% пациенток основной группы и 22,7% контрольной соответственно – роды вторые, третьи – у 8,1% и 4,4% соответственно, четвертые у 1 пациентки основной группы и одной из контрольной. В течение беременности обращало внимание большой процент инфекционной патологии в группах (признаки внутриутробного инфицирования, экстрагенитальная патология), течение беременности с угрозой прерывания (что тоже может быть проявлением инфекционного анамнеза). В небольшом количестве случаев – до 8,1% роды осложнились дистрессом плода на фоне плацентарной дисфункции, ревизия матки после родов – у 7,2% из общего числа случаев.

Всем пациенткам проводилась эхографическая оценка тазового дна через 4 недели после родов с помощью линейного датчика и через 3 месяца после родов – с помощью вагинального датчика [1]. Определялось положение шейки матки относительно лонного сочленения и входа во влагалище, а также положение передней стенки влагалища и уретро-везикального сегмента с определением ширины угла – угол при натуживании, мобильность >20° – дислокация и гипермобильность уретры.

Пациентки основной группы разделены на две подгруппы: первая – 50 человек с целью реабилитации функции тазового дна выполняли упражнения Кегеле, вторая подгруппа – 60 пациенток – упражнения Кегеле с применением

местно свечей с тиотриазолином (далмаксин) по 1 свече 1 раз в день 20 дней во влагалище, а также аскорутин по 250 мг 3 раза в день 20 дней. Известно, что аскорбиновая кислота и рутин являются кофакторами ферментов, отвечающих за укрепление элементов соединительной ткани. Тиотриазолин (далмаксин) – препарат метаболического и ранозаживляющего действия, усиливающий микроциркуляцию и тканевой метаболизм.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У пациенток основной группы через 4 недели после родов эхографически констатирована I степень у 65 (59,1%) и у 32 (29,0%) – II степень опущения тазовых органов. К трем месяцам после родов при контрольном эхографическом осмотре у пациенток первой подгруппы, выполнявшей только гимнастику Кегеле, восстановление нормальной анатомии тазового дна происходило в 19 (38,0%) случаях, у пациенток второй подгруппы, получавшей наряду с гимнастикой метаболическую терапию (тиотриазолин (далмаксин) и аскорутин), положительные результаты получены в 36 (60,0%) случаях. В контрольной группе также у 5 (16,6%) пациенток восстановилась анатомия тазового дна, что свидетельствует о возможности самовосстановления мышц тазового дна после родов, в том числе крупным плодом, но в очень малом количестве случаев.

Результаты обследования на уровень метаболитов соединительной ткани представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4

Содержание в крови гликопротеина, хондроитинсульфата, щелочной фосфатазы у пациенток групп наблюдения

Клинические группы	Гликопротеин (ед)	Хондроитинсульфат (г/л)	Щелочная фосфата (Е/л)
Основная (I подгруппа), n=50	0,70±0,06	0,19±0,06	476,22±0,05
Основная (II подгруппа), n=60	0,64±0,05	0,15±0,07	415,53±0,05
Контрольная, n=30	0,54±0,06	0,09±0,07	320,80±0,05

Корреляционной связи между массой плода, течением родов и послеродового периода выявлено не было, отмечалось незначительное повышение количе-

ства ревизий матки в послеродовом периоде и 2 случая послеродового кровотечения, что может быть связано с целым рядом прочих патогенетических причин.

Таблица 5

Содержание гликозаминогликанов в крови пациенток групп наблюдения

Клинические группы	Гликозаминогликансульфаты (ед.)			
	Общая	I фракция	II фракция	III фракция
Основная (I подгруппа), n=50	10,33±0,06	6,52±0,07	2,24±0,05	1,57±0,07
Основная (II подгруппа), n=60	11,05±0,08	6,34±0,04	2,93±0,06	1,78±0,07
Контрольная, n=30	10,61±0,06	6,44±0,07	2,69±0,03	1,48±0,06

Выявлена связь между содержанием фракций метаболитов соединительной ткани у пациенток основной и контрольной групп в зависимости от степени опущения тазовых органов после родов, а также соответствие положительным результатам курса реабилитации тазового дна после родов. Очевидно, уровень гликозаминогликанов зависит также от гормонального фона и степени травматического повреждения в процессе родов через естественные родовые пути.

ВЫВОДЫ

1. Применение комплекса современных методов восстановительной физической реабилитации в сочетании с метаболической терапией при неправильных положениях матки и ее опущениях после родов крупным плодом позволяет устранить начальные стадии опущения и выпадения внутренних половых органов таза, улучшить общее физическое здоровье и сохранить качество жизни женщины.

2. Чаще нарушения анатомии тазового дна происходят вследствие наступившей генерализованной дисплазии соединительной ткани структур, тесно связанных с травматическими повреждениями в процессе родов через естественные родовые пути.

3. Применение местной метаболической терапии

(тиотриазолин (далмаксин) и аскорутин) улучшает результаты проведения гимнастики для мышц тазового дна, в том числе для женщин с признаками СТД и может быть рекомендованным для комплекса реабилитации женщин после родов крупным плодом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности ультразвуковой визуализации анатомии и патологии тазового дна / В. И. Краснопольский, Л. И. Титченко, М. А. Чечнева [и др.] // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 5. – С. 64–68. – Библиогр.: 3 назв.

2. Жданова М. С. Пролапс гениталий у женщин с дисплазией соединительной ткани, тактика ведения : дис. ... канд.мед.наук, : 14.00.01 / Жданова Мария Сергеевна ; ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – Москва, 2009. – 108 с.

3. Русина Е. И. Клинико-фенотипические и генеалогические особенности проявлений дисплазии соединительной ткани у пациенток с пролапсом тазовых органов / Е. И. Русина, М. В. Кречмар., В. Ф. Беженарь // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Спецвыпуск: 67. – С. 45–48. – Библиогр.: 4 назв.