

**Summary**

CHARACTERISTICS OF ADIPOCYTOKINE IMBALANCE AND HORMONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS DEPENDING ON BODY MASS

Bilovol O. M., Bobronnikova L. R.

Key words: arterial hypertension, diabetes mellitus type 2, metabolic disorders, adipocytokines, body mass index.

The article describes the characteristics of metabolic disturbances, imbalance of retinol-binding protein-4 (RBP-4) and omentin in blood serum of patients with hypertension and type 2 diabetes in relation to the patients' body weight. The results obtained have demonstrated that there is close pathogenic relationship between metabolic disorders and reduced omentin and increased RBP-4 in the serum, which should be considered as an adverse factor in the course of comorbidity of hypertension and type 2 diabetes that contributes to the progression of atherosclerosis and elevates cardiovascular risks. It has been found out that the overweight patients with hypertension and type 2 diabetes not only have more severe dyslipidemia and carbohydrate disorders, but the imbalance of adipocytokines and indicators of systemic inflammation that must be considered when selecting therapeutic tactics for these patients.

УДК 618.218-001.33-089

**Бугаевский К.А.**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ**

Классический приватный университет, Институт здоровья, спорта и туризма, г. Запорожье

*В статье представлены материалы исследования, посвящённые немедикаментозному восстановительному лечению и реабилитации пациенток, перенесших травматические роды, с повреждениями промежности разной степени. Приведён примерный комплекс восстановительного лечения и реабилитации, включающий в себя ЛФК, специальные физические упражнения, физиотерапевтические методы. Отмечена необходимость дополнительного применения светолечения, магнитотерапии, применение ультразвука и лазерной терапии, ароматерапии, релаксации. Представлены особенности практического применения этих методик, направленных на восстановление тканей промежности, зависящие от степени имеющихся её повреждений у пациенток. Даны практические рекомендации по применению комплекса методов немедикаментозного восстановительного лечения как на амбулаторном, так и на санаторно-курортном этапах реабилитации данной группы пациенток.*

Ключевые слова: немедикаментозное восстановительное лечение, реабилитация, послеродовые повреждения промежности, роды, лечебная физкультура, специальные физические упражнения.

Акушерский травматизм мягких тканей промежности и его неблагоприятные последствия для организма женщины всегда были проблемой акушерства [5]. Разрыв промежности — это повреждение, которые могут возникнуть вследствие значительного растяжения родовых путей будущей матери, из-за сильного давления на мышцы тазового дна во время родов. Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих [8].

Частота родового травматизма тканей промежности не имеет тенденции к снижению и, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 10,2–39% [9]. Разрывы промежности III степени колеблются с частотой от 0,4 до 5% [6].

Восстановление анатомической и функциональной целостности промежности у женщин, перенесших разрывы в родах — одна из актуальных проблем акушерства.

Доказано, что неполноценное заживление ран промежности приводит к ослаблению вульварного кольца, мышц тазового дна, в последующем ведёт к возникновению рубцовой деформации вульвы, зиянию половой щели, опу-

щению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики (М.Е. Селихова, М.В. Котовская, 2009; С.Г. Султанова, 2010). Вопросы восстановительного лечения и физической реабилитации после материнского родового травматизма промежности занимались такие специалисты, как О.Г. Павлов (2008); Х.Н. Мусавев, Н.Н. Ахундова (2009); М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова (2010); М.А. Кучеренко (2010); М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина (2013); О.И. Сойменова (2014); Э.А. Алиев, С.Г. Султанова, А.Г. Аббасов (2014); К.А. Бугаевский (2015).

**Цель исследования**

Изучить положительные аспекты применения комплекса методов и средств физической реабилитации у пациенток, перенесших травматические повреждения промежности в родах, на этапах восстановительного лечения. Задачами исследования были: подбор примерного комплекса методов и средств физической реабилитации и восстановительного лечения при данном виде акушерской патологии и определение степени эффективности подобранного реабилитационного комплекса на амбулаторном этапе

восстановления пациенток в позднем послеродовом периоде.

### Объект и методы исследования

Исследование по применению и эффективности предложенного примерного комплекса методов и средств реабилитации при проведении восстановительного лечения у пациенток с разрывами промежности I-III степени, полученными в процессе родов, проводилось на базе женской консультации коммунального учреждения «Центральная городская больница» г. Новая Каховка, Херсонской области, Украина, в 2016 году. Все пациентки, принявшие участие в проведении исследования, дали своё добровольное согласие на участие в нём. Объектом ис-

следования являлся предложенный комплекс методов и средств немедикаментозного восстановительного лечения, применяемый у пациенток в позднем послеродовом периоде, с наличием послеродовых повреждений в анамнезе.

### Результаты исследования и их обсуждение

Всего в исследовании приняли участие 73 пациентки. Их средний возраст составил  $29,3 \pm 1,04$  лет. У 48 (65,75%) это были первые роды, у 21 (28,77%) – вторые роды, у 4 (5,48%) – третьи и более роды.

Все они перед родами прошли комплекс подготовительных занятий в условиях женской консультации. Распределение степеней разрывов промежности у пациенток, отражён на рис.

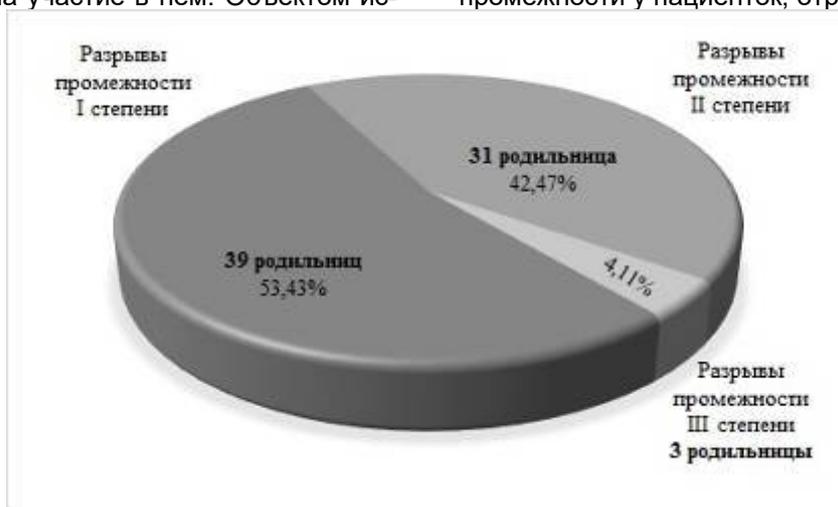


Рис. Соотношение разрывов промежности I-III степени у пациенток в группе.

Все пациентки перед началом проведения восстановительного лечения проходили контрольный осмотр гинеколога в условиях женской консультации, с обязательным проведением УЗИ мест разрыва и ушитой раны, с определением состояния рубца и окружающих тканей [2,3].

У пациенток с разрывами I степени восстановительное лечение [10] применяли через 5-7 дней после выписки из роддома, в условиях кабинета ЛФК женской консультации. У большинства пациенток данной группы раны заживали первичным натяжением, практически без каких-либо осложнений, большинство разрывов не требовали ушивания, ткани не инфицированы, подвижные, эластичные. В данной группе комплекс методов восстановительного лечения ограничивался проведением в течение 2-3 недель комплекса упражнений А. Кегеля и занятий на фитболе, с целью укрепления мышц и связочного аппарата промежности и тазового дна после родов [2]. С учётом сроков заживления тканей при ушитых разрывах II степени, с учётом самочувствия пациенток, их жалоб, состояния раны, реабилитационные мероприятия проводились не ранее чем через 1 месяц после получения травмы в родах, в условиях женской консультации. Длительность проводимого ком-

плекса методов восстановительного лечения варьировала от 1,5-2-х месяцев, с совместным контролем врачей реабилитолога и гинеколога. При данной патологии одновременно с применением упражнений А. Кегеля и 10-15 сеансов использования фитбола активно использовалась ЛФК и физиотерапевтическое местное лечение области травматического повреждения, с применением 10-15 сеансов магнитотерапии, применением ультразвука и лазерной терапии [4], использование жёлтого спектра света с применением аппарата фирмы «Zepter» «Биоптрон» [1,7].

В группе пациенток с разрывом промежности III степени, где имелись наиболее тяжёлые повреждения (ткани влагалища и мышцы промежности, разрыв анального сфинктера) критерием начала и объёма реабилитационно-восстановительного комплекса являлся вопрос заживления повреждённых в процессе патологических родов тканей, а также наличие посттравматических осложнений, связанных с такими нарушениями, как частичное или полное недержание газов и каловых масс при повреждении анального сфинктера, наличие более разной степени интенсивности при половом акте (диспареуния), как во влагалище, так и в облас-

ти рубца и повреждённой промежности [1,5].

Все пациентки этой группы, перед началом восстановительного лечения, были осмотрены специалистами – проктологом и гинекологом. Степень заживления повреждённых тканей и состояние рубца напрямую зависит как от объёма самого повреждения, так и от техники и способа ушивания повреждённых участков и протекания послеродового периода, наличия и выраженности послеродовых и послеоперационных осложнений [1,3]. Заживление швов любой локализации после родов – это процесс полного восстановления целостности мягких тканей промежности [5,9]. Важные данные о состоянии рубца и тканей в месте повреждения мы получили после осмотра и исследования места повреждения как во время специального гинекологического исследования, с применением бимануального влагалищного и ректо-вагинального исследования, так и по результатам проведённого УЗИ зоны повреждения [1,5,9].

Эти важные составляющие учитывались нами при планировании и подборе методов реабилитации в данной группе пациенток. Так как в данной группе существует высокая степень риска формирования в дальнейшем различной патологии в виде синдрома несостоятельности тазового дна, синдрома хронической тазовой боли, пролапса внутренних половых органов, реабилитационные мероприятия, направленные на укрепление мышечно-связочного аппарата тазового дна являются, по нашему мнению, весьма актуальными и востребованными.

В этой группе продолжительность восстановительной терапии была самой длительной – от 2,5 до 3-х месяцев. Вначале она проводилась в кабинете ЛФК женской консультации, а в последние 2-3 недели в домашних условиях. Пациентки выполняли комплекс специальных упражнений А. Кегеля для укрепления мышечно-связочного аппарата промежности, тазового дна, в т. ч. и мочеполовой диафрагмы, активно был использован фитбол, ЛФК с использованием комплекса упражнений на укрепление мышц промежности и тазового дна. Дополнительно все пациентки получали физиотерапевтическое лечение в виде использования жёлтого спектра света с применением аппарата фирмы «Zepher» «Биоптрон» с применением окси-спрея, магнитоинфракрасное облучение области промежности [7].

При помощи анкетирования и дополнительного, расширенного опроса пациенток, через 1-3-6 месяцев после начала восстановительного лечения (с учётом данных осмотра гинеколога, проктолога, УЗИ) проводился субъективный и объективный контроль эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. Уже через 3-4 недели пациентки с разрывами I сте-

пени (n=39) отмечали полное отсутствие дискомфорта и болевых ощущений в области промежности, могли свободно сидеть, раздвигать ноги, выполнять определённые физические нагрузки и повседневную работу по дому, не отмечали никаких неприятных ощущений и трудностей при дефекации, отхождении газов и мочеиспускании. Через 3 месяца, при наличии половой жизни, в группе не было проблем, связанных с получением родовой травмы.

Из числа пациенток с разрывами промежности II степени (n=31), согласно данным проведенного осмотра, опроса и анкетирования, после 1-1,5 месяцев проводимого восстановительного лечения, у 23 (74,19%) произошло полное заживление повреждений тканей, полученных в результате родовой травмы, сформировался устойчивый рубец, укрепился мышечно-связочный аппарат тазового дна, значительно уменьшились неприятные ощущения и дискомфорт при мочеиспускании, отхождении газов и дефекации. Через 2,5-3 месяца после начала реабилитационных мероприятий уже 29 (93,55%) пациенток отметили значительное улучшение всех параметров и практически полное отсутствие явлений диспареунии и неприятных ощущений в области промежности при интимной близости. При исследовании эффективности восстановительного лечения, через 6 месяцев после проведения курса реабилитации, уже все 31 пациентка отметили полное отсутствие каких либо патологических нарушений и дискомфорта при выполнении работы, домашних дел и при сексуальных взаимоотношениях.

У пациенток третьей группы (n=3), с наиболее тяжёлыми повреждениями влагалища, мышц и связочного аппарата тазового дна, анального сфинктера и частично тканей прямой кишки, наиболее длительно проводилось восстановительное лечение – 2,5-3 месяца. Практически, первые изменения в сторону улучшения самочувствия и начало положительной динамики (согласно данным врачебных осмотров, данным УЗИ, опроса и анкетирования) были отмечены не раньше, чем через 1,5-2 месяца после начала использования комплекса методов восстановительного лечения. Начало улучшения процесса отхождения газов и акта дефекации, возможность сидеть, в т.ч. и в туалете при мочеиспускании и/или выполнении ряда физических упражнений, появилось только через 1,5-2,5 месяца после родов и получения тяжёлой родовой травмы, на фоне проводимых лечения и реабилитации. Если специальные упражнения А. Кегеля и занятия на фитболе, проводимые физиотерапевтические процедуры воспринимались пациентками позитивно и они охотно их выполняли, то любая попытка внедрения ЛФК вызывала боязнь, протест и явное нежелание

применять физические нагрузки из-за боязни усиления дискомфорта, болей и возможных осложнений. Поэтому в данной группе мы столкнулись с проблемой проведения дополнительной психологической реабилитации и использования таких методов, как ароматерапия с маслами растений с седативным эффектом, в сочетании с релаксирующей музыкой (от 15 до 25 сеансов), электросон (№ 10). Через 3-4 месяца после начала восстановительного лечения 2 (66,67%) пациентки отметили улучшение состояния в виде значительного уменьшения дискомфорта и болей в месте полученной родовой травмы, возможности безболезненной или малоболезненной дефекации и отхождения газов (на фоне соответствующей диеты), возможности сидеть и выполнять сидячую работу. По прошествии 6 месяцев после проведения восстановительного лечения все 3 пациентки отмечали положительный эффект от проведенной реабилитации. Через 6-9 месяцев у всех пациенток данной группы постепенно уменьшились, а затем практически прекратились явления диспареунии и дискомфорта в области полученной родовой травмы при половом акте.

Данные проведенного в эти периоды времени гинекологического и проктологического осмотров подтвердили стойкую стабилизацию восстановительно-репаративных процессов тканей в области полученного разрыва и восстановление промежности и анального сфинктера у данных пациенток.

### Выводы

1. Большое количество разрывов промежности I-III степени, в современной акушерской практике требует не только их профилактики, но и ранней и разносторонней реабилитации и комплексного восстановительного лечения мышц и связочного аппарата промежности, что является средством активной профилактики пролапса

женских внутренних половых органов.

2. Предложенный примерный комплекс методов восстановительного лечения последствий разрывов промежности может быть предложен для активного практического использования как на амбулаторном, так и санаторно-курортном этапе реабилитации данной группы пациенток.

### Перспективы дальнейших исследований

Заключаются в разработке методов и средств физической реабилитации и восстановительного лечения после перенесенных малых акушерских операций – эпизиотомии и перинеотомии и их возможных осложнениях.

### Литература

1. Алиев Э.А. Лечение разрывов промежности / Э.А. Алиев, С.Г. Султанова, А.Г. Аббасов // *Хірургія України*. – 2011. – № 1. – С. 40-44.
2. Бугаевский К.А. Практические особенности применения специальных упражнений, лечебной физкультуры и массажа у пациенток при реабилитации тазового дна / К.А. Бугаевский // *Зб. тез. наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. «Нові у медицині сучасного світу»*. – Львів, 27-28 листопада 2015 р. – С. 107-111.
3. Кучеренко М.А. Ведение послеродового периода у родильниц с травмами промежности / М.А. Кучеренко // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2010. – № 59 (4). – С. 65-70.
4. Маланова Т.Б. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре / Т.Б. Маланова, М.В. Ипатов, Ю.В. Кубицкая, С.В. Локтионов // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. – 2013. – № 2. – С. 27-33.
5. Мусаев Х.Н. Разрывы промежности в родах и их последствия / Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова // *Surgery (Азербайджан)*. – 2009. – № 1 (17). – С. 59-63.
6. Павлов О.Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О.Г. Павлов // *Российский Вестник Акушера-гинеколога*. – 2008. – № 5. – С. 44-46.
7. Результаты использования и методика применения прибора «Биоптрон» в клинической практике российских врачей // *Сборник под ред. проф. Лапаевой И.А.* - М. – 2004. – 88 с.
8. Селихова М.С. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины / М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Куготова // *Акушерство и гинекология*. – 2010. – № 5. – С. 55-58.
9. Сойменова О.И. Проблема родového травматизма в современном акушерстве / О.И. Сойменова // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 208-211.
10. Шнейдерман М.Г. Роль и место гинекологического массажа в профилактике разрывов промежности в родах и опущения тазовых органов после родов / М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина // *Consilium medicum*. – 2013. – № 15 (6). – С. 37-39.

### Реферат

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛОВОГИХ УШКОДЖЕНЬ ПРОМЕЖИНИ Бугаєвський К. А.

Ключові слова: немедикаментозне відновне лікування, реабілітація, післяпологові пошкодження промежини, пологи, лікувальна фізкультура, спеціальні фізичні вправи.

У статті представлені матеріали дослідження, присвячені особливостям немедикаментозного відновного лікування та реабілітації пацієнток, які перенесли травматичні пологи, з ушкодженнями промежини різного ступеня. Наведено приблизний комплекс відновного лікування та реабілітації, що включає в себе ЛФК, спеціальні фізичні вправи, фізіотерапевтичні методи. Наголошено на необхідності додаткового застосування світлолікування, магнітотерапії, застосування ультразвуку та лазерної терапії, ароматерапії, релаксації. Представлені особливості практичного застосування цих методик, спрямованих на відновлення тканин промежини, що залежать від ступеня наявний її пошкодження у пацієнток. Дано практичні рекомендації щодо застосування комплексу методів немедикаментозного відновлювального лікування як на амбулаторному, так і на санаторно-курортному етапах реабілітації даної групи пацієнток.

**Summary**

PRACTICAL ASPECTS OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PERINEAL TRAUMAS AFTER VAGINAL DELIVERY  
Bugavskij K.A.

Key words: non-pharmacological treatment, recovery care, post partum perineal traumas, childbirth, exercise therapy, special physical exercises.

The article presents the materials devoted to non-pharmacological treatment and recovery care of patients with post partum perineal traumas of various severities. The integrated approach of the treatment and rehabilitation described in this article includes special exercises, physiotherapy procedures. Particular attention is paid to the benefits of light therapy, magneto therapy, ultrasound and laser therapy, aromatherapy, relaxation techniques. The article also describes the peculiarities associated with applying these techniques in targeted patients, aimed at restoring the integrity of perineal tissues depending on the severity of their damage. Practical recommendations on the introducing this integrated approach, which includes non-pharmacological treatment and rehabilitation in both out-patient and sanatorium-resort stages are summed up.

616.351-006.04-085.849-07

**Васько Л.М.**

**ЗНАЧЕННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Вивчені можливості застосування променевих методів діагностики, зокрема спіральної комп'ютерної томографії, для діагностики та стадіювання місцевопоширеного раку прямої кишки. Матеріали та методи: 85 хворих з місцевопоширеним раком прямої кишки до та після проведення неoad'ювантної хіміопроменевої терапії було обстежено за допомогою ендоскопічних та променевих методів дослідження, в тому числі спіральної комп'ютерної томографії. Зміни, отримані при обстеженні в динаміці, вивчені якісно та кількісно. Результати: В результаті проведеного дослідження встановлено, що при комплексному обстеженні хворих на МПРПК тільки спіральна комп'ютерна томографія, незалежно від ступеню стенозування просвіту кишки, дозволила правильно оцінити протяжність поширення пухлини по окружності та довжині кишки, проростання пухлин у параректальну клітковину та суміжні органи, наявність збільшених лімфовузлів. Висновок: Спіральна комп'ютерна томографія є високоінформативним, ефективним і достовірним методом обстеження хворих на МПРПК на доопераційному етапі.*

Ключові слова: місцевопоширений рак прямої кишки, спіральна комп'ютерна томографія.

*Стаття є фрагментом ініціативної академічної науково-дослідної роботи ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Вивчення патогенетичних механізмів розвитку захворювань органів травлення у поєднанні із іншими захворюваннями внутрішніх органів та розробка методів діагностики і лікування» (№ державної реєстрації 0111 У 004887)*

В останнє десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення числа онкологічних уражень прямої кишки. В структурі онкологічної захворюваності в Україні РПК посідає 5-6 місце і складає 19,7 випадків на 100 000 населення на рік, смертність – 12,1 випадків і посідає 3-4 місце. За даними Українського національного канцер-реєстру, у 32% пацієнтів при первинному зверненні діагностують занедбані випадки захворювання. Щодо Полтавської області, то у 29,7% хворих пухлинний процес діагностується в III-IV стадіях [1,4].

Відомо, що від 20% до 55% уперше зареєстрованих хворих на РПК мають віддалене метастатичне або місцеве інфільтративне поширення на сусідні органи й тканини, що не дозволяє використовувати хірургічне втручання на першому етапі лікування [1, 3].

З метою підвищення резектабельності пухлини у хворих на МП РПК застосовують неoad'ювантну хіміопроменеву терапію, що дозволяє, за рахунок зменшення розмірів пухлини і зв'язку з навколишніми органами, полегшити подальше виконання хірургічних втручань [3,6].

В такому разі особливу роль в онкопроктології відіграє визначення ступеня поширеності пухлинного процесу при плануванні неoad'ювантного лікування місцевопоширеного раку прямої кишки за допомогою променевих методів [3,5,6,7].

**Мета дослідження**

Вивчення ролі та можливостей променевих методів дослідження, зокрема спіральної комп'ютерної томографії в діагностиці та стадіюванні місцевопоширеного РПК.

**Матеріал та методи**

Для вирішення поставленої мети було піддано всебічному та комплексному обстеженню 85 хворих на місцевопоширений РПК, що знаходились на лікуванні в проктологічному відділенні та у відділенні променевої терапії Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Серед обстежуваних пацієнтів кількість чоловіків складала 57,1%, жінок – 42,9%. Аналіз звітів та джерел літератури свідчить, що не існує єдиної думки щодо переважного ураження РПК чоловіків чи жінок. Разом з тим, за даними нашого