

УДК: 618.174-02.618.11-616.839

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

С.А. КУРЕЛЕНОК \*, К.В. ГОРДОН \*\*

\*ФГУ Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ  
Россия, 350004, Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1

\*\*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский Университет»  
Россия, 350004, Краснодар, ул. Седина д. 4  
моб. тел. 8 (918) 401-50-08, e-mail: [doctor4007@rambler.ru](mailto:doctor4007@rambler.ru)

**Аннотация.** Миома матки, эндометриоз, доброкачественные заболевания молочных желез - частые спутники хронических воспалительных заболеваний женских тазовых органов, ограничивающие применение многих природных и преформированных физических лечебных факторов в период прохождения данной группой гинекологических больных санаторно-курортного лечения. Персонализированные схемы санаторно-курортного лечения данной группы гинекологических больных могут включать йодобромную и радоновую бальнеотерапию, озонотерапию, крайневысокочастотную терапию и транскраниальную электронейростимуляцию.

**Ключевые слова:** миома матки, эндометриоз, мастопатии, санаторно-курортное лечение.

SANATORIUM TREATMENT OF GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH COMBINED  
PATHOLOGY REPRODUCTIVE SYSTEM

S.A. KURELENOK \*, K.V. GORDON \*\*

\*FSI Basic obstetric and gynecological clinic GBOU VPO KubGMU  
Russia, 350004, Str. Zipovskaya St., 4/1

\*\*FBGU VPO "Kuban State Medical University"  
Russia, 350004, Str. Sedin, 4  
mobile phone. 8 (918) 401-50-08, e.mail - [doctor4007@rambler.ru](mailto:doctor4007@rambler.ru)

**Resume.** Uterine fibroids, endometriosis, noncancer dishormonal breast disease - frequent companions of chronic inflammatory diseases of the female pelvic organs, restricting the use of many natural and preformed physical therapeutic factors during the period of this group of patients with gynecologic spa treatment. Personalized scheme spa treatment in this group of gynecological patients may include iodobromine and radon balneotherapy, ozonotherapy, high frequency wave - therapy and transcranial electroneurostimulation.

**Key words:** uterine fibroids, endometriosis, noncancer dishormonal breast disease, spa treatment.

**Актуальность.** Результаты многочисленных исследований указывают на системный характер нарушений гомеостаза на фоне патологии репродуктивной системы: при воспалительных заболеваниях женских тазовых органов, миоме матки, эндометриозе и мастопатии, что предопределяет необходимость системного подхода к их лечению и профилактике сопутствующих осложнений, в первую очередь - бесплодия у женщин активного репродуктивного возраста [1, 2, 4, 5]. При этом результаты многочисленных исследований убедительно доказали высокую эффективность дифференцированного применения аппаратной физиотерапии, иглорефлексотерапии, лазеропунктуры, различных видов и режимов бальнеотерапии и других видов природных и преформированных физических факторов при лечении и реабилитации данной группы гинекологических больных. В тоже время часто сопутствующие воспалительному процессу в малом тазу гормонозависимые гинекологические заболевания создают ряд организационно-методологических проблем на пути эффективного проведения санаторно-курортного этапа их лечения [2], среди которых на одном из первых мест стоят вопросы персонализированного подбора комбинации лечебных физических факторов, сочетающихся с друг с другом и не противопоказанных при конкретном гинекологическом заболевании.

**Целью исследования** явилась разработка и апробация схем восстановительного лечения больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза с сопутствующими гормонозависимыми гинекологическими заболеваниями (миома матки, наружный генитальный эндометриоз и диффузные формы мастопатии).

**Материал и методы исследования.** В течение периода наблюдения было обследовано и пролечено 365 пациенток, из которых **основную группу** составили 247 больных, которые через два и более месяцев после лапароскопической органосохраняющей операции по поводу эндометриоза или (и) выполнения консервативной миомэктомии проходили курс медицинской реабилитации в здравницах Краснодарского края.

**Контрольную группу** наблюдения составили 118 женщин, которые после аналогичных видов оперативных вмешательств находились на диспансерном наблюдении по основному месту жительства и получали стандартные схемы лечения. Основными компонентами данных лечебных схем являлись комплексы витаминов и микроэлементов, различные БАДы, фитотерапия, оральные эстроген-гестагенсодержащие контрацептивы, препараты железа.

Стандартное гинекологическое исследование больных основной и контрольной групп наблюдения проводилось согласно Приказа МЗ и СР РФ № 808-н и включало бимануальное исследование, кольпоскопию, динамическое УЗИ органов малого таза, определение концентрации гормонов плазмы крови у пациенток, которое производили в динамике лечения с учетом проводимой гормональной терапии. Определяли показатели ФСГ, ЛГ, пролактина (Прл), прогестерона (П), эстрадиола (Э), 17-ОПК, ДЭА-С, тестостерона (Т), ТТГ и свободной фракции Т4 (тироксина).

Психо-эмоциональное состояние больных ХВЗОТ изучалось при помощи психологических тестов, рекомендованных В.Е.Рожновым (1979), М.М.Орловой (1982), М.М.Кабановым (1987), Б.Д.Карвасарским (1990) и другими отечественными психотерапевтами: тест САН, пробы Лурии, Шульте-Горбова и метод Дембо-Рубинштейна. Состояние надсегментарного уровня регуляции ВНС обследуемых оценивали с помощью опросника для выявления признаков синдрома вегетативной дисфункции, рекомендованного А.М.Вейном (1991) и метода кардиоинтервалографии с применением программно-аппаратного комплекса «Поли-Спектр» («Нейросовт», Россия) по методикам Р.М. Баевского (1995).

Состояние системы перекисного окисления липидов оценивали по уровню общих липидов, диеновых конъюгатов по Rechuagel в модификации Гаврилова В.Г. и сотр., малонового диальдегида в строме эритроцитов в пересчете на 1 кг липидов по Стальной и Гавришвили в модификации Суплотовой и Барковой. Из антиоксидантов определили церулоплазмин модифицированным методом Ревина, каталазу по Королюку. Иммунологические исследования проводили по показателям первого уровня с определением Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, иммуноглобулинов класса G, A, M. Все лабораторные и функциональные исследования проводились до и после лечения. При статистической обработке данных использовался пакет программ STATISTICA for Windows 5.0 Stat-Soft, включавший расчет средних значений и их ошибок с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Лечебный комплекс у больных **основной группы** проводился на фоне умеренно-интенсивного (щадящее-тренирующего) режима физической активности, лечебной гимнастики, морских купаний (при Т морской воды не ниже 18-20С – 3-4 мин.; 21-23С – 4-6 мин; 24-26С – 15-25 мин.), воздушных ванн (при ЭЭТ не ниже 17 до 20 мин.; при ЭЭТ 19-20 до 30 мин.; при ЭЭТ 21-22 до 60 мин.; при ЭЭТ выше 23 – не ограничиваются), солнечных ванн в щадящем режиме (суммарной радиации от 1/4 до 1,5 биодоз). В здравницах пациенткам рекомендовалось использование диетических режимов питания. Дополнительным элементом коррекции пищевого рациона явилось назначение питьевых режимов приема лечебных минеральных вод: «Чвижепсе», «Сочинской», «Пластунской» и галогенсодержащей гидрокарбонатно-хлоридной натриевой, щелочной, борной (с повышенным содержанием магния и фтора) воды «Лазаревская» скважины № 84-М Волконского месторождения.

Йодобромные ванны назначали с температурой воды 36-37 °С, продолжительностью 10-15 минут, йодобромные влагилищные орошения по Ягунову проводили за 15-20 минут до ванн, с температурой воды 37-38°С, продолжительностью 10-15 минут, на курс – по 8 процедур. Радоновые ванны и влагилищные орошения назначали с концентрацией радона 40нКР. Температура воды в ванне 36-37°С, продолжительность 10-15 минут, влагилищные орошения по Ягунову проводили за 15-20 минут до ванн, температурой воды 37°С, продолжительностью 10-15 минут, на курс – по 8 процедур.

Все пациентки получали вводный курс процедур *транскраниальной электронейростимуляции* (ТЭС), которая осуществлялась по стандартной методике с применением аппарата «Трансаир-01», после проведения которой назначалась *крайневысокочастотной* (КВЧ) терапия [3]. В ходе изучения лечебно-профилактической эффективности КВЧ-терапии нами были использованы 2 режима отпуска процедур: 1 методика - на органо-специфические зоны на передней брюшной стенке, имеющие рефлекторную связь с маткой и ее придатками (акупунктурные БАТ – R12 и внемеридианная точка ВМ-46, симметрично), общее время процедуры 20 минут; 2 методика - КВЧ-терапия на корпоральные точки акупунктуры общего ( E36, Gi4, RP6, V60 ) и местного ( J2, R12, E28, T4, V22, V23 ) действия. КВЧ-ИК-терапия проводилась на БАТ надлонно, ежедневно на следующий день после первых бальнеопроцедур.

Озонотерапия проводилась в виде внутривенных инфузий, малой аутогемотерапии, эндолимфатического введения в область паховых лимфоузлов, а участи пациенток дополнялась проточными влагилищными орошениями.

**Результаты исследования.** Применение авторской модификации режимов климатотерапии, ЛФК и диетотерапии, озонотерапии, йодобромной или радоновой бальнеотерапией в виде общих ванн и влагилищных орошений по Ягунову, в комбинации с таими методами аппаратной физиотерапии, как транскраниальная электронейростимуляция и КВЧ-терапия на БАТ акупунктуры оказывает статистически достоверное положительное однопольное действие на ведущие клинические проявления миоимной и эн-

дометриоидной болезни, и при этом способствует позитивной динамике состояния молочных желез. Все пациентки основной группы наблюдения лечение на различных этапах переносили хорошо, демонстрируя снижение выраженности жалоб на проявление основного заболевания, что объективно сопровождалось выраженным противовоспалительным, обезболивающим и рассасывающим эффектами. Параллельно у данных пациенток отмечалось снижение выраженности масталгии и степени нагрубания молочных желез в предменструальный период. У всех пролеченных пациенток отмечались однонаправленные положительные сдвиги психоэмоционального состояния и состояния вегетативного обеспечения деятельности, однако продолжительность и стойкость данной позитивной динамики была наиболее выражена в основной группе наблюдения, а наименьшей в контрольной группе: 80,3% и 34,4% случаев улучшения по основным изучаемым показателям, соответственно ( $p < 0,01$ ). Также в основной группе наблюдений отмечалась и более оптимальная динамика адаптационных реакций гомеостаза, что выразилось в достоверном снижении доли неполноценных реакций до 32,1% и 69,5%, соответственно ( $p < 0,01$ ), что в целом свидетельствовало об усилении защитно-приспособительных механизмов гомеостаза под воздействием компонентов авторской системы реабилитации.

В конце лечения влагалищное исследование стало безболезненным примерно у 77,8% женщин, причем обезболивающий эффект был примерно равным в 1-3 подгруппах, получавших КВЧ-терапию (в 77,4%, 65,3%, 69,6% случаев соответственно). Среди подгрупп основной группы наблюдения наблюдалась статистически достоверная дифференциация в динамике снижения выраженности болевого синдрома: лучшие результаты отмечали пациентки во 2 подгруппе, где больные получали радоновые ванны и орошения - все женщины отметили исчезновение тазовых болей, а в 1 подгруппе – 67,4% пациенток, в 3 подгруппе – 64,2% женщин ( $p < 0,05$ ). Восстановление морфо-функционального состояния женских тазовых органов и активности функциональной активности яичников подтверждались позитивной динамикой результатов тестов функциональной диагностики: проанализированные показатели ректальной термометрии указывали на то, что нормальный двухфазный цикл восстановился у 26,2% женщин, недостаточность лютеиновой фазы отмечалась у 47,7% больных, у 26,1% обследованных женщин диагностировался монофазный характер. По данным УЗИ, проведенного в конце СКЛ, у 82,4% женщин из состава подгрупп основной группы наблюдения отмечалось увеличение количества фолликулов, а в 91,5% случаев эхографическая картина соответствовала фазе менструального цикла. По данным доплерографического исследования в 91,5% случаев было отмечено достоверное улучшение кровотока в яичниковых артериях, проявлявшееся снижением индекса резистентности и скорости максимального кровотока.

Исследования биохимического статуса указывали на снижение выраженности диспротеинемии, снижение уровней острофазных белков и нормализацию альбумин-глобулинового коэффициента. Динамика иммунологических показателей свидетельствовала о снижении выраженности воспалительных изменений у всех пролеченных больных, причем динамика ряда из них (уровни лейкоцитов и Т- и В-лимфоцитов, соотношение CD4/CD8, концентрация JgG) носила достоверный характер ( $p < 0,05$ ). Соответствующая позитивная динамика отмечалась и со стороны процессов перекисного окисления липидов, для которых было характерно снижение концентраций диеновых конъюгатов, малонового альдегида липидов и эритроцитов на фоне нормализации уровня каталазы и церулоплазмينا. Примененный спектр природных и преформированных физических факторов оказал статистически достоверное воздействие на спектр обмена-метаболических нарушений: подгруппах основной группы нормализация альбумин-глобулинового коэффициента была отмечена в 82% на фоне йодобромных бальнеопроцедур и в 73% случаев на фоне искусственных радоновых общих ванн и влагалищных орошений по Ягунову; альфа-1-глобулины достоверно снизились в первой группе с  $6,24 \pm 0,51\%$  до  $5,35 \pm 0,42\%$ , а исходно повышенные альфа-2-глобулины более всего снизились в 1 подгруппе (в 66% случаев), соответственно во 2 и 3 их снижение было зафиксировано в 51% и 55% случаев.

Учитывая важность реализации репродуктивной функции для пролеченных больных необходимо отметить, что после завершения лечения была произведена отмена контрацептивных средств 105 женщинам основной группы и 83 – в контрольной группе, пожелавшим осуществить репродуктивную функцию. В основной группе в 82,5% случаев беременность была маточной, в 9,7% - трубная, а у 3,9 % больных было диагностировано бесплодие. В контрольной группе – маточная беременность к этому периоду наблюдения наступила только в 31,6% случаев, трубная развилась у 12,2% женщин, в остальных случаях наблюдалось бесплодие. Соответственно, именно больные с бесплодием и составили контингент с наиболее выраженными морфо-функциональными и клиническими проявлениями ДЗМЖ, потребовавшими проведения дополнительного лечения.

**Заключение.** Современные отечественные и зарубежные научные исследования указывают на общность механизмов этиопатогенеза таких наиболее распространенных гормонозависимых гинекологических заболеваний, как миома матки, эндометриоз и дисгормональные заболевания молочной железы, затрагивающих системные процессы психо-нейро-эндокринной регуляции гомеостаза и специфических функций женского организма, сущностью которых является широкий спектр взаимосвязанных неспецифических предикторов развития, разнесенного по времени манифестирования и прогрессирования гине-

кологических и экстрагенитальных заболеваний, что предопределяет актуальность применения методов системного саногенетического воздействия на основные регуляторные механизмы гомеостаза, обеспечивающие поддержание уровня общесоматического здоровья и фертильности женщин.

Курортно-рекреационные зоны Краснодарского края характеризуются наличием широкого спектра природных лечебных физических факторов (дифференцированных климато- и бальнеоресурсов), применение которых в комбинации с современными технологиями восстановительной медицины (озонотерапия, аппаратная физиотерапия) за счет специфических механизмов биовоздействия на женский организм (коррекция психо-вегетативного статуса, параметров гемодинамики и микроциркуляции, иммуномодулирующее воздействие, гармонизация показателей гормонального фона и биохимического статуса) обеспечивает развитие целенаправленных саногенетических эффектов, что объективизирует актуальность их применение в комплексном оздоровлении, профилактике заболеваний, восстановительном лечении и послеоперационной медицинской реабилитации гинекологических больных с выше названными гормонозависимыми гинекологическими заболеваниями.

Специфика этиопатогенеза гормонозависимых гинекологических заболеваний у женщин активного репродуктивного возраста, планирующих беременность или проходящих лечение бесплодия, предопределяет существенное наполнение методологии применения технологий восстановительной медицины, которая может консолидировать модифицированные режимы аэро-, гелио- и талассотерапии, дифференцированные методы йодобромной или радоновой бальнеотерапии (общие ванны, влагалитные орошения по Ягунову), внутренний прием углекислых натуральных галогенсодержащих лечебных минеральных вод («Лазаревская» и «Чвижепсе»), системную озонотерапию, низкоэнергетические методы аппаратной физиотерапии (транскраниальную электронейростимуляцию и КВЧ-терапию на БАТ акупунктуры), позволяя при этом расширить спектр медицинских показаний для оздоровления, профилактики заболеваний, восстановительного лечения и медицинской реабилитации данной группы гинекологических больных на курортах Краснодарского края.

Под воздействием избранных технологий восстановительной медицины отмечается позитивная динамика клинического состояния и результатов динамического инструментального и клинико-лабораторного обследования данной категории гинекологических больных, что в подгруппах основной группы наблюдения подтверждалось: выраженной редукцией болевого синдрома у 77,7±1,23% случаев; восстановлением овуляторного менструального цикла у 74,9% больных с соответствующим повышением уровня прогестерона до нормальных значений в 74,9% случаев; нормализацией психоэмоционального состояния у 95,4±0,56% женщин, функциональной активности вегетативной нервной системы в 64,7% наблюдений; улучшением кровотока в яичниковых артериях в 91,5% случаев; снижением напряжения в системе перекисного окисления липидов за счет снижения концентрации диеновых конъюгатов в 69,8±1,23% случаев; гармонизации клеточного звена иммунного статуса за счет повышения Т-лимфоцитов в 66,5±1,45% случаев при сочетанном увеличении уровня Т-хелперов с 742,5±12,4 до 936,4±14,5/мкл и снижении уровня Т-супрессоров в среднем у 62,3±0,98% больных, что в целом свидетельствовало о рациональной таргетированности патогенетической направленности векторов лечебного воздействия избранных лечебных физических факторов.

Высокий уровень лечебно-профилактической эффективности применения природных и преформированных физических лечебных факторов в ходе санаторно-курортного этапа комплексного лечения и медицинской реабилитации больных активного репродуктивного возраста, страдающих гормонозависимыми гинекологическими заболеваниями, обеспечивается позитивной динамикой системного клинического состояния больных, подтверждающейся высокой долей пациенток, выписанных из здравниц со «значительным улучшением» и «с улучшением» – от 77,9% до 84,1% по 1-3 подгруппам основной группы, против 32,5% контрольной группы наблюдения, а также отдаленными результатами, свидетельствующими о повышении уровня жизни и степени фертильности пролеченных женщин, что обеспечило наступление беременности и срочные роды у 52% из них.

Спектр имеющихся в курортно-рекреационных зонах Кубани природных лечебных физических факторов позволяет проводить высоко эффективное оздоровление, профилактику заболеваний, восстановительное лечение и медицинскую послеоперационную реабилитацию в здравницах Краснодарского края гинекологических больных активного репродуктивного возраста с такими наиболее распространенными гормонозависимыми гинекологическими заболеваниями, как миома матки и наружный генитальный эндометриоз, ассоциированных с дисгормональными заболеваниями молочной железы, что предопределяет необходимость модернизации нормативной базы в аспектах расширения медицинских показаний для направления данной группы гинекологических больных на санаторно-курортное лечение.

#### **Литература**

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 2-е изд., доп. – 496 с.

2. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. – 304 с.
3. *Паньшина, М.В.* Технология немедикаментозной профилактики преэклампсии / М.В. Паньшина // Вестник новых медицинских технологий. Электронный журнал. – Тула: Тульский государственный университет, 2013. – N 1 (публ. N2-19), <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4320.pdf>.
4. *Сидоренко, Л.И.* Мастопатия / Л.И. Сидоренко. – СПб.: Гиппократ, 2007. – 432 с.
5. *Стругацкий, В.М.* Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии / В.М. Стругацкий, К.Н. Арсланян // Курортология и физиотерапия. – 2000, № 2. – С. 42–44.