

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Р.С. Молдасарина¹, Г.К. Манабаева¹, Ж.Е. Акылжанова², А.М. Рашидова³

¹Медицинский университет Семей, Семей, Республика Казахстан

²Павлодарский филиал Медицинского университета Семей, Павлодар, Республика Казахстан

³Группа клиник Эмиратов, Дубай, Объединенные Арабские Эмираты

Аннотация. Актуальность исследования обусловлена увеличением объемов оказания женщинам консервативной и хирургической помощи, которые нуждаются в обязательном проведении реабилитационных мероприятий в послеоперационный период. Еще относительно недавно в стране было очень мало реабилитационных учреждений, где женщины могли бы восстанавливаться под присмотром медсестры. Поэтому реабилитация могла затягиваться на долгие месяцы, и полностью вернуться к привычной жизни было очень сложно. В современном мире появилась возможность пройти все необходимые анализы и провести лечение с использованием новейших научных методик на высокоточном оборудовании, а затем выполнить полный курс послеоперационной регенерации. Ведь медицинские центры располагают на сегодня большими технологическими возможностями и контролируют процесс выздоровления в максимально короткие сроки. Характер мер по восстановлению женщин зависит от изменений в организме, которые обусловлены индивидуальным фоном к моменту лечения. Важно понимать зависимость положения женщины на момент восстановления: длительность приемов препаратов, наличие психологических травм, развитие хронических заболеваний, частота повторности вмешательств. Целью исследования является поэтапное объемное изучение осуществления различных мероприятий, направленных на реабилитацию женщины после консервативного и хирургического лечения. Современные подходы нуждаются в ответственности, высокой квалификации медицинского персонала и непосредственном участии самого пациента в данном процессе. Своевременное начало реабилитации обеспечивает продуктивное восстановление утраченных функций. Основным принципом успеха является использование стандартизированных способов, информирование пациента на всех этапах лечения, использование методик с минимальными последствиями и максимальным влиянием, проведение анализа течения послеоперационного периода. Подтверждается потребность в углубленном изучении особенностей оказания медицинской помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями, в том числе после хирургических вмешательств. Практическая значимость материала состоит в качественной и эффективной организации медицинской реабилитации, что имеет ключевое значение для полноценного восстановления функций репродуктивной системы женщины.

Ключевые слова: репродуктивная система, аденомиоз, послеоперационный период, физиотерапия, регенерации организма.

Для цитирования: Молдасарина Р.С., Манабаева Г.К., Акылжанова Ж.Е., Рашидова А.М. Реабилитация женщин после консервативного и хирургического лечения. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2021;5(53):92-104. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.5.CLIN.4>



REHABILITATION OF WOMEN AFTER CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT

R.S. Moldassarina¹, G.K. Manabayeva¹, Z.Ye. Akylzhanova², A.M. Rashidova³

¹Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan

²Pavlodar Branch of the Semey Medical University, Pavlodar, Republic of Kazakhstan

³Emirates Hospital Clinics Group, Dubai, United Arab Emirates

Abstract. The relevance of the study is due to the increase in the volume of conservative and surgical care for women who need mandatory rehabilitation measures in the postoperative period. Until relatively recently, there were very few rehabilitation facilities in the country where women could recover under the supervision of a nurse. Therefore, rehabilitation could drag on for many months and it was very difficult to fully return to normal life. In the modern world, it has become possible to undergo all the necessary analyzes and conduct treatment using the latest scientific methods on high-precision equipment, and then perform a full course of postoperative regeneration. After all, medical centers have great technological capabilities today and control the healing process as soon as possible. The nature of the measures for the recovery of women depends on the changes in the body, which are due to the individual background at the time of treatment. It is important to understand the dependence of a woman's position at the time of recovery: the duration of taking medications, the presence of psychological trauma, the development of chronic diseases, the frequency of repeated interventions. The aim of the study is a step-by-step volumetric study of the implementation of various measures aimed at the rehabilitation of women after conservative and surgical treatment. Modern approaches require responsibility, high qualifications of medical personnel and the direct participation of the patient himself in this process. Timely start of rehabilitation ensures productive restoration of lost functions. The main principle of success is the use of standardized methods, informing the patient at all stages of treatment, using techniques with minimal consequences and maximum impact, and analyzing the course of the postoperative period. The need for an in-depth study of the features of providing medical care to patients with gynecological diseases, including after surgical interventions, is confirmed. The practical significance of the material lies in the high-quality and effective organization of medical rehabilitation, which is of key importance for the full restoration of the functions of the woman's reproductive system.

Keywords: reproductive system, adenomyosis, postoperative period, physiotherapy, body regeneration.

Cite as: Moldassarina R.S., Manabayeva G.K., Akylzhanova Z.Ye., Rashidova A.M. Rehabilitation of women after conservative and surgical treatment. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ". Rehabilitation, Doctor and Health.* 2021;5(53):92-104. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.5.CLIN.4>

Введение

Реабилитация – целостный комплекс лечебных мероприятий, который позволяет закрепить достигнутый в результате консервативного или хирургического лечения итог и возобновить силы организма. Какими бы современными методами не производили лечение, важнейшим этапом на пути к выздоровлению выступает именно реабилитация. В реабилитационный период медицина осуществляет поэтапный перечень мероприятий, направленных на предупреждение обострения воспалительных заболеваний, мобилизацию защитных реакций и

механизмов, профилактики рецидивов, применение медикаментозных и немедикаментозных способов поддержания организма. В последние годы рекомендуется проведение курса восстановления в три этапа. Его основными принципами выступают: индивидуальный подход при разработке программы, диспансерное наблюдение при необходимости, преемственность и непрерывность [1]. Процессу регенерации подлежат женщины после проведения консервативного и хирургического лечения. Для его проведения требуется дифференцированный подход к реабилитационным

мероприятиям с целью реализации возможной детородной функции.

Консервативное и хирургическое лечение является определенно большим стрессом, как физиологическим, так и психологическим. Реакция организма на конкретное воздействие и адаптация к изменившимся условиям функционирования органов требует значительных энергетических затрат. Каждая женщина понимает, насколько сложно решиться на предполагаемое вмешательство. Такие трудности возникают по причине ожидаемых страхов перед и после операции. Объем вмешательства и тяжесть заболевания выступают не единственными показателями влияния на прогноз восстановления и продолжительность реабилитации. Для разработки эффективной программы должны непременно учитываться индивидуальные особенности женщины, такие как: общее физическое и психологическое состояние, пол, вредные привычки, возраст, хронические заболевания. Ведь часто специалисты, борясь с непосредственной угрозой для организма, упускают создание условий для обеспечения процессов регенерации и восстановления полноценного функционирования. Состояние здоровья женщин является одним из приоритетных критериев благополучия населения Республики Казахстан. В государстве реализуется проект, в рамках которого проводится усиление профилактической направленности здравоохранения и расширение доступности медицинской помощи [2, 3].

Негативные факторы отрицательно влияют на течение как раннего, так и отдаленного послеоперационного периода. Они существенно снижают результативность вмешательства, затрудняют адаптацию женщины к производственной деятельности и сложным бытовым условиям. Поэтому, для полного выздоровления необходима специальная восстановительная терапия, являющаяся в современных условиях обязательным заключительным компонентом. Чаще всего необходим комплексный

поход к процессу восстановления. Связано это с тем, что в период лечения у пациентки недостаточная двигательная активность, вызванная постельным режимом или другими возможными факторами. Кроме того, на психологическое состояние негативно влияет гиподинамия, которая снижает жизненный тонус и приводит к депрессии, провоцируя обострение других сопутствующих заболеваний. Успех выздоровления во многом зависит от правильно установленного диагноза и оптимально подобранного лечения. Однако, благодаря современным технологиям, основная роль в получении положительного результата принадлежит реабилитации пациентов. Данные методики используют максимально полный спектр механизмов, которые требуют терпения и упорства от пациента и специальных навыков и знаний – от врача [4].

Необходимость в переосмыслении проблем репродуктивного здоровья диктуется тенденциями к высокому росту заболеваемости женского населения в стране, неудовлетворительному состоянию здоровья, неблагоприятной динамике объективных показателей, которые отражают существующие социально-экономические проблемы. В современной структуре гинекологических заболеваний проблема бесплодия занимает ведущее место в системе мер, направленных на восстановление и сохранение репродуктивного потенциала. В стране зарегистрировано большое количество женщин, страдающих бесплодием, одной из причин которого является такое заболевание, как аденомиоз. Оно занимает третье место в списке самых распространенных женских болезней. Такой всплеск заболеваемости, скорее всего, связан с ухудшением работы иммунной системы женщины или с улучшением диагностических методов. Отмечено, что основная часть пациенток, страдающих аденомиозом – бесплодны. Причиной этого зачастую становятся спаечные процессы в маточных трубах, которые не дают яйцеклетке попасть в полость матки. Репродуктивные

функции нарушаются воспалительными процессами в матке, которые сопровождаются разрастанием клеток эндометрия. А повышенный тонус матки и некоторые другие факторы часто приводят к раннему выкидышу [5, 6].

Целью исследования является поэтапное объемное изучение осуществления различных мероприятий, направленных на реабилитацию женщины после консервативного и хирургического лечения.

Материалы и методы

Методологическую основу исследования составили современные научные подходы, такие как: системный, клиничко-анамнестический, корреляционный, ретроспективный, статистический. Благодаря системному методу подчеркнуты основные элементы воздействия медицинской системы Республики Казахстан на доступность и эффективность предоставляемых услуг, совокупность которых обеспечивает осуществление исследовательского проекта, а также решение поставленных научных задач. Проведенный клиничко-анамнестический анализ данных у пациенток основных изучаемых групп выявил ряд общих закономерностей возникновения и развития заболеваний, которые влияют на состояние репродуктивного здоровья женщин после консервативного и хирургического лечения, в частности заболевания «аденомиоз». Корреляционный анализ отразил интегральные показатели нормализации и восстановления функций фертильности, а также проведенных реабилитационных мероприятий, изучив эффективность их воздействий в лечении данной категории женщин. Также текущий метод был применен в рассмотрении структуры заболеваемости пациентов, выявив рост рассматриваемой болезни за последние несколько лет у молодых женщин в 1,5 раза. В дальнейшем, после реабилитационных мер это позволит снизить риск рецидивов с 28 % до 16 %, что даст дополнительные временные возможности для выздоровления или наступ-

ления беременности у женщин, перенесших аденомиоз.

В рамках ретроспективного подхода реабилитация женщин после консервативного и хирургического лечения рассматривается как целостная наука оптимизации нарушенных параметров и механизмов с определенной патологией. Его методология определила структуру и частоту консервативных и хирургических способов лечения женщин и процесса их реабилитации с учетом конкретных критериев: желание женщины в проведении реабилитационных мероприятий, симптомы заболевания, репродуктивный возраст. Комплексные результаты данного способа показали клиническую продуктивность мер восстановления и регенерации. Основной базой материалов в качестве промежуточных положений являются теоретические мерки воздействия психологической подготовки пациентки к трудовой деятельности и возвращению в общество, устранению возможных психических расстройств. Также воздействие с помощью немедикаментозных и медикаментозных видов лечения, повышение естественной иммунологической реактивности и резистентности организма, его приспособляемость к вызванной болезни, ускорение регенерации. В ходе исследования проводилась оценка функции конкретных органов по клиническим показателям в динамике.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по параметрам величин способом вариационной статистики с определением критериев достоверности по Стьюденту-Фишеру с поправкой для малых значений. Сравнение номинального признака в связанных выборках производилось при помощи критерия Макнимана. Различия между сравниваемыми величинами считались статистически достоверными. Информация представлена в форме количественных и категориальных переменных. Выборка была репрезентативной по отношению к изучаемой проблеме и полномерно отразила возможные аспекты изучаемо-

го заболевания и послеоперационного состояния в популяции, чему способствовало строгое соблюдение критериев и четкое формулирование цели. Основой для анализа стала информация из научных публикаций авторов с других стран, интервью, а также социологические опросы. Для качественных данных единственной корректной характеристикой являлось число объектов с конкретным значением критерия. Относительным выражением числа выступали проценты. Индуктивная статистика помогла проверить статистические гипотезы о законе распределения и использования информации в медицинских целях для сравнения двух разных выборок на предмет принадлежности к общей генеральной совокупности.

Результаты и обсуждение

Реабилитация женщин после консервативного или хирургического лечения выступает системой определенных мероприятий, проводимых учреждениями здравоохранения на поликлиническом, санаторном и стационарном этапах ее организации с целью полного выздоровления, восстановления и компенсации нарушенных функций в результате болезни. Процесс реабилитации нуждается в синтезе разного рода знаний, которые открывают различные пути для пересмотра ряда теоретических положений в структуре медицины. Это сложное явление, в результате которого происходит расширение диапазона лечебных воздействий на пациентку для предотвращения рецидивов или прогрессирования патологии, социального и трудового приспособления. Текущий феномен рассматривается как неотъемлемая составная часть системы охраны здоровья населения. Его активная фаза начинается с момента определения болезни и продолжается до тех пор, пока не будет достигнуто максимально возможное устранение нарушений, вызванных течением паталогических изменений [7]. Одновременно решается задача стремительного восстановления пациента, как лично-

сти, и возвращение его к активной жизни в обществе в короткие сроки.

Благоприятный исход после консервативного и хирургического лечения зависит не только от правильной подготовки пациентки и подходящего подобранного способа, но и от того, как организован процесс реабилитации. Консервативное лечение женщин подразумевает проведение определенного рода лечебных мероприятий и процедур. Основная их часть не отличается от тех, которые используются во время лечения хирургических или терапевтических заболеваний. Особого внимания требуют приемы, которые чаще всего применяются в гинекологии. Иначе говоря, это виды относятся к физиотерапевтическим. Отсутствие надобности в специальной технике и частота использования позволяют их выделить отдельно. Различные виды физиотерапии широко используются при лечении пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов, такие как: антибиотикотерапия, фармакологические средства, диатермия, гормональная терапия, токи ультравысокой частоты, клизмы, спринцевания, протеиновая терапия. Зачастую физиотерапия проводится в оборудованных кабинетах под руководством врача, который прошел квалифицированную подготовку. При лечении гинекологических пациентов нередко прибегают и к хирургическому вмешательству.

Виды реабилитации женщин с патологическими отклонениями репродуктивной системы отражают сущность проводимых мер в учреждениях здравоохранения. Их возможно разделить на три интегрированных этапа в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): поликлинический, стационарный, санаторный. Очередность этапов может меняться, что должно учитываться в момент составления программы восстановления пациентки. Задачи и формы методологии сводятся к устранению патологического процесса и направлены на создание благоприятной социальной и психологической

микросреды, которые выступают способами вторичной профилактики. Методы воздействия разнообразны от первоначального активного лечения, включая хирургическое вмешательство, которое постепенно заменяется поддерживающей и восстановительной терапией, роль которых постепенно возрастает на предстоящих этапах реабилитации. Важным моментом является ранняя диагностика, интенсивная терапия и постепенное применение немедикаментозных методов лечения с целью предупреждения осложнений. Периодическая оценка функций организма анализирует показатели и корректирует для пациентки проводимые мероприятия [8].

Трехэтапная модель тактики лечения, разработанная В.Е. Радзинским, у данной категории женщин включает: предоперационный этап, поддержку влагалищного биотипа, рациональную контрацепцию. Известно, что после хирургического лечения появляется ряд патологических изменений в состоянии здоровья пациенток. Медицинская реабилитация реализуется и заключается в поэтапном усилении компенсаторных механизмов, мобилизации защитных реакций организма, профилактика осложнений. Возможно применение медикаментозных препаратов и эфферентных методов. Объем реабилитационных мер зависит от характера изменений в организме, обусловленных состоянием до момента вмешательства. Наибольшее число дискуссий посвящено выбору того или иного способа лечения, однако анализа их последствий на организм женщины и состояния ее будущего репродуктивного потенциала – минимум. Ведь восстановление здоровья пациенток после лечения выступает первостепенным элементом важности ввиду нехватки комплексного подхода к реабилитации, особенно в послеоперационный период. Таким образом, систематизация информативных данных с последующей комплексной реабилитацией поспособствует восстановлению и сохранению здоровья женщин после лечения.

Значимость реабилитации женщин после лечения переоценить трудно. Особенно важно, чтобы они не вызвали болевых ощущений, ведь болевая реакция в таких случаях чаще всего указывает на воспалительный процесс. Если ряд реабилитационных мер не провести вовремя или отказаться от него, это опасно развитием осложнений или неполным восстановлением репродуктивного здоровья пациентки. Поэтому, раннее начало реабилитации – это залог успешного лечения и выздоровления, ведь чем раньше начинается восстановление, тем меньше времени на него понадобится. Любая программа основана на стимуляции возможностей организма под действием внешних факторов. Пациентка должна осознать всю важность текущего процесса, а врачебный персонал должен обладать должной подготовкой и специальными навыками. Успех регенерации организма женщины после консервативного и хирургического лечения в большей степени зависит от качества пройденной реабилитации. Именно это и является основной целью любой программы, составленной профессиональными врачами и физиотерапевтами, а использование медицинского оборудования и современных технологий должны ускорить и облегчить этот процесс [9, 10].

Женщины, которые перенесли консервативное или хирургическое лечение могут довольно в короткие сроки восстановить свое здоровье. Однако, необходимо помнить, что хирургическое вмешательство вызывает в организме пациентки стресс, который нужно преодолеть в течение послеоперационного этапа. С 1-го по 3-й день организм мобилизует все свои силы для устранения негативных последствий нагрузки с целью восстановления обменных процессов. Затем, в течение 3–5 дней начинает происходить защитная реакция, которая направлена на быстрое получение необходимых веществ в клетки, поскольку после гинекологического вмешательства для сохранения репродуктивной функции

важно восполнить энергетические потери. Для реабилитации женщине необходимо комплексное медикаментозное лечение. Оно включает обезболивающую, успокаивающую, антибактериальную терапию и общеукрепляющие препараты. Также, суточная потребность в жидкости в период регенерации составляет от 2 до 4,5 литров в сутки в зависимости от состояния пациентки. Данные рекомендации необходимо соблюдать в среднем в течение 2–4 месяцев, а затем можно переходить на обычный режим.

В последние годы сформировалось представление о массовом бесплодии, следствием которого являются аборты, оперативные вмешательства, инфекции, передающиеся половым путем, что повлекло за собой эпидемию аденомиоза в Республике Казахстан. Это одна из самых распространенных патологий матки, вызванная эктопией ткани эндометрия. У пациенток характеризуется дисменореей. Поражает, в основном, женщин репродуктивного возраста. В группе риска находятся пациентки после операционных вмешательств и повторнородящие. Частота встречаемости рассматриваемой патологии в процентном эквиваленте от 5 % до 70 % в зависимости от чувствительности и точности используемого метода определения заболевания, в частности, это ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). У 30 % пациенток с аденомиозом заболевание характеризуется бессимптомным течением и не требует консервативного или хирургического вмешательства [11]. Симптоматический аденомиоз более частый у женщин в возрасте от 35 до 50 лет. Частотность сочетания текущего заболевания с миомой матки достигает 80 %. Среди зафиксированных случаев генитального эндометриоза 70–90 % представлено аденомиозом, для которого характерны очаги эктопического эндометрия.

Современной тенденцией выступает сознательный выбор женщины о репродуктивных планах в более позднее время,

независимо от этнической принадлежности и социально-экономических условий. В связи с этим, вопросы диагностики, терапии и реабилитации гормонозависимой патологии приобретают особую актуальность: необходимы эффективные лечебные методы восстановления при условии сохранения репродуктивной функции. В Республике Казахстан в условиях высокого уровня общей смертности и падения рождаемости, особое значения приобретают ранняя диагностика, лечение и продуктивная реабилитация подобных пациенток. Опрос, проведенный Международной ассоциацией эндометриоза, установил, что у 50 % среди пациенток с уже диагностированным аденомиозом, симптомы возникали в возрасте до 24 лет, у 21% – до 15 лет, а у 17 % – между 15 и 19 годами. Таким образом, данное заболевание можно называть упущенным, поскольку в среднем проходит около 7–8 лет от момента появления первых симптомов до постановки конкретного диагноза, что, без преувеличений, требует качественной диагностики и современного повышения мероприятий по регенерации женского здоровья после лечения [12, 13].

Лечение аденомиоза проводят с применением консервативных и хирургических методик. На первоначальных этапах развития заболевания обычно используют консервативные методы, которые длятся, в основном, не менее трех месяцев. Они подразумевают устранение причин развития патологии и регулируют гормональный фон путем назначения гормональных средств. Для нормализации работы репродуктивной системы также применяются витамины, иммуномодуляторы и препараты, которые улучшают микроциркуляцию. При надобности проводится фитотерапия и обязательная коррекция анемии. После повторных обследований определяется эффективность назначенной терапии и необходимость в хирургическом лечении или лапароскопии. Оперативное лечение аденомиоза назначается при неэффективной гормонотерапии пациенткам старше 40 лет,

у которых нарушено общее самочувствие и сохраняются жалобы. После хирургического лечения стационарное наблюдение может длиться от 2 до 10 дней. После вмешательств на матке, меры по восстановлению здоровья внедряются на 2–3 недели. Противопоказаны значительные физические нагрузки, поднятие тяжестей, сексуальные контакты, перегрев и переохлаждение организма.

Оптимальным методом хирургического лечения является лапароскопическая операция. Ее преимущества по сравнению с другими способами лечения заключаются в проведении манипуляций в расширенном объеме и уточненной локализации. Согласно рекомендациям Американской и Европейской ассоциаций акушеров-гинекологов радикальным способом лечения аденомиоза является удаление матки лапароскопическим способом. Состояние пациенток после такой операции, как правило, удовлетворительное. В период реабилитации женщины с первого дня начинают принимать жидкую пищу и вставать с постели. Для профилактики послеоперационных осложнений возможно использование воздействия импульсного электростатического поля низкой частоты по абдоминально-сакральной или вагинальной методикам [14]. Благодаря использованию современных методик реабилитация проходит гораздо быстрее, это так называемая методика ранней мобилизации. Срок полного восстановления во многом зависит от наличия сопутствующих патологий, тяжестью анемии, и обычно соответствует 12–21 дню после операции. Примерно через месяц после лечения возможна половая жизнь. В дальнейшей перспективе требуется классическое наблюдение гинеколога с профилактическими осмотрами и УЗИ один раз в 6–12 месяцев.

Основным этапом после лечения выступает восстановление нарушенных анатомических взаимоотношений. Проведенные исследования показали, что даже после радикальных вмешательств, трудоспо-

собность женщин возвращается через 3–4 недели. К этому времени как раз исчезают симптомы астенизации. Широко применяются и дополнительные реабилитационные мероприятия, как бальнеотерапия и физиотерапия, которые способствуют лучшему кровообращению, заживлению тканей, восстановлению эндокринной и репродуктивной систем. Такие методы направлены на коррекцию нарушений органа, профилактику воспалительных процессов, применение обезболивающих препаратов. Благоприятный клинический эффект импульсным электростатическим полем низкой частоты используется для ускорения процессов репарации и регенерации, обусловленным противовоспалительным действием. С помощью реабилитационных процессов наблюдалась положительная динамика в нормализации клеток и стабилизации морфометрических параметров периферической крови на различных этапах послеоперационного периода [15, 16].

Ранний реабилитационный период у женщин, перенесших консервативное или хирургическое лечение, характеризуется нарушением адаптивно-регуляторных механизмов в комплексе с изменениями состояния периферической, иммунной и эндокринной систем. В таких случаях высокую лечебную действенность имеют озонотерапия и плазмаферез, которые обладают противовоспалительными функциями и снижают уровень эндогенной интоксикации на 30–40 %. Это способствует нормализации температуры тела и уменьшению интенсивности болевого синдрома у 87 % пациенток. Под влиянием рассматриваемых способов реабилитации у женщин снижается уровень фибриногена на 18 %, приходит в норму плазменное звено гемостаза, а также уменьшается концентрация факторов тромбоцитов более чем в 2 раза. У пациенток после консервативного лечения на этапе принятия ранних реабилитационных мероприятий с применением плазмафереза и медицинского озона явно выражено антистрессовое воздействие, которое спо-

способствует упорядочению активности гипоталамо-гипофизарной системы, о чем свидетельствует снижение пролактина и кортизола в крови.

Послеоперационная регенерация с использованием санаторно-курортного и восстановительного лечения после реконструктивной операции позволяет восстановить генеративную функцию у 10 % пациенток и получить положительный клинический эффект. Нормализация размерных параметров циркулирующих лимфоцитов и восстановление их полноценного состава являются направляющими критериями оценки ранних или отсроченных реабилитационных мероприятий. Рекомендовано проводить восстановительный процесс сразу после лечения, тогда он принесет наилучший результат и пользу. Одним из важных условий реабилитации выступает непрерывность. Ведь целесообразность проведения курсов восстановительного лечения после истечения острого периода и повторность реабилитационных программ при недостаточном достижении интенсивности помогают предупредить возможные рецидивы. Программы разрабатываются мультидисциплинарными специалистами. При необходимости привлекаются врачи других специальностей. Составляя комплекс процедур, происходит оценка состояния здоровья пациентки, оценка смежных протекающих заболеваний и включается тот дозированный объем нагрузки, который будет способствовать улучшению самочувствия и общего состояния здоровья.

В настоящее время обоснованы принципы функционирования и организации реабилитационной помощи больным женщинам, которые базируются на использовании импульсного бегущего магнитного поля при различных локальных воздействиях. Комплексное применение данного вида поля на этапе раннего реабилитационного периода способствует снижению болевого синдрома и налаживанию нейровегетативных и эмоциональных нарушений пациентки. Высокий терапевтический эффект использо-

вания магнитной терапии базируется на исправлении нарушенного кровообращения, в текущем случае в области малого таза, и устранении иммунного гуморального дисбаланса и вегетативной дисфункции. Разработанный метод обладает высокой результативностью, особенно при совокупности двух локализаций воздействия с сохранением полученных последствий в течение ближайшего года. При применении базового восстановительного комплекса через 6 и 12 месяцев у женщин в более позднем возрасте наблюдается прогрессивное развитие климактерического синдрома. Особую значимость эта проблема имеет в реабилитации пациенток после хирургического лечения в репродуктивном возрасте и в зависимости от объема и вида вмешательства.

Реабилитационными возможностями владеют способы восстановления, которые не введены в стандарты, но пользуются огромным спросом и влиянием на женскую аудиторию. Одним из важных компонентов такой терапии является сбалансированное питание и режимный прием пищи, в которые, в обязательном порядке, должны входить продукты с содержанием ненасыщенных жирных кислот, микроэлементов, обеспечивающих синтез ферментных систем и важных биологических веществ, а также ферментов, инактивирующих метаболиты гормона эстрогена. Нормализация массы тела выступает одним из главных комплексных компонентов программы регенерации женщин. Ожирение увеличивает риски развития и роста гинекологических заболеваний, в том числе и аденомиоза. Причем значительного повышения риска можно ожидать при наборе массы тела после 18 лет. Фитотерапевтические препараты в современных методах реабилитации также занимают весомую нишу. Их патогенетическое воздействие направлено на основные механизмы развития данного заболевания [17].

Витаминотерапия также способствует нормализации синтеза метаболитических процессов, половых и гонадотропных гор-

монов. В послеоперационный период применяются витамины А, С, Е. Насыщение организма женщины минералами и витаминами позволяет в значительной мере скорректировать определенные реакции на чужеродные агенты и обмен веществ, обеспечивая иммунную защиту. Многими фундаментальными исследованиями доказана роль витаминов в предупреждении повторного риска развития заболеваний. Использование витаминотерапии в медицинской практике требует адекватного понимания со стороны врача и пациента конечных точек достижения данной терапии. Пациенткой должны строго выполняться предписания по приему реабилитационной терапии и соблюдение рекомендаций, которые должны иметь курсовую цикличность для определенных групп заболеваний. По данным эпидемиологических исследований Республики Казахстан, успешную профилактику рецидивов и отрицательного воздействия на организм женщины хирургического вмешательства, патологических процессов и лекарственной терапии в большинстве случаев проводят, используя эволюционно обоснованные и физиологически сбалансированные витамины, назначаемые на определенный срок в индивидуальных случаях.

Методика квантовой терапии также относится к одному из способов реабилитационных мероприятий репродуктивной функции для женщин. Она основана на воздействии как непосредственно рефлексогенной зоны, так и на патологический очаг. Влияние импульсного низкоэнергетического инфракрасного излучения и магнитного поля обоснованы наличием сегментарной иннервации покровов с внутренними органами. Параметры и режим терапии учитывают воздействие лучей на определенные рефлекторные зоны, которые являются проекцией патологического очага, и воздействуют на активные биологические точки, используемые для акупунктуры. Лечебное влияние вызвано постоянно пульсирующим инфракрасным излучением и магнитным полем. Местная реакция при-

способления развивается по типу метамерного рефлекса, в образовании которого участвуют нервные волокна. В их основе лежат физические связи между кожей и внутренними органами, которые определяют области раздражения рецепторов. Благодаря их совокупности аппараты пользуются высокой клинической эффективностью. В раннем послеоперационном периоде курс восстановления включает приблизительно 10 процедур.

После хирургического лечения женщин используется физиотерапия в двух направлениях: профилактике и лечении. Первый этап реабилитации проводится на госпитальном этапе, и его целью выступает неосложненное течение послеоперационного периода за счет сохранения фаз раневого процесса в рамках физиологических констант. В отдаленном периоде может проявиться изменение анатомо-функциональное состояние органов малого таза и формирование постоянного болевого синдрома. Хроническое течение заболевания может привести к бесплодию и неудачной беременности, что резко снижает качество жизни, поэтому для достижения репродуктивных задач и поддержания физического здоровья важно не пренебрегать вторым этапом реабилитации. Для получения полного выздоровления нужно придерживаться основных принципов восстановительной терапии, таких как: комплексность реабилитационных мер, тщательный врачебный контроль, непрерывная связь лечебных и регенерирующих процессов, индивидуализация программы с учетом клинических особенностей заболевания и реакции пациентки на текущие мероприятия. Именно поэтому с процессом реабилитации связано качество жизни женщины и восстановление ее репродуктивных возможностей в дальнейшем [18].

С целью профилактики бесплодия и гинекологических заболеваний необходимо выделить важную роль гормонотерапии в реабилитационный период, которой, к сожалению, уделено недостаточно внимания

в литературе. Ведь в случае назначения гормональных препаратов очень редко учитывается первичный гормональный статус женщины. В течение всего реабилитационного этапа и 2–3 месяцев после него пациентки должны принимать контрацептивные препараты. Оценив функциональное и анатомическое состояние репродуктивного аппарата, возможно отменить контрацептивы и планировать беременность. Определенно доказана взаимосвязь между временем начала восстановительных процессов и их продуктивностью. Восстановление репродуктивной функции наблюдается в два раза чаще у пациенток, которые начали курс реабилитации сразу после лечения, повторные заболевания и рецидивы также развиваются в два раза реже в сравнении с теми, кто начал проводить текущие мероприятия через 3–6 месяцев после хирургического вмешательства. В заключение программы реабилитации дополняются активной мобилизацией пациенток в раннем послеоперационном периоде назначением противорвотных и слабительных средств. Данные мероприятия обоснованы тем, что длительная иммобилизация повышает риск тромбозомболических осложнений и осложнений со стороны дыхательной системы, что может привести к снижению мышечного тонуса, потере мышечной массы и негативно влиять на процесс реабилитации [19, 20].

Выводы

Проблема охраны женского здоровья в современном мире приобрела особую значимость в последние годы в связи с нестабильными социально-экономическими изменениями на фоне ухудшения состояния здоровья населения в целом. Текущая ситуация поставила перед медицинской наукой ряд вопросов, касающихся охраны репродуктивной женской системы фертильного возраста. Среди основных причин, которые приводят к такому нарушению, важное место занимает и аденомиоз. Таким образом, неблагоприятные показа-

тели здоровья женщин на демографическом уровне в Республике Казахстан выдвигают процесс реабилитации на одно из самых важных стратегических направлений деятельности социальных институтов государства. Несмотря на значительный прогресс в усовершенствовании и разработке методологии лечения заболеваний, проблема последующего восстановления репродуктивной системы остается крайне актуальной и требует широкого изучения, поскольку ряд вопросов остается до конца не освещенным.

На сегодняшний день нет универсальной и рациональной программы реабилитации после консервативного или хирургического лечения женщин. Медицинскому потенциалу необходимо осуществить поиск оптимальных вариантов решения текущей проблемы и направить на нее все свои усилия. Сокращение общих сроков реабилитации уменьшает социальный стресс в силу раннего возвращения к повседневной жизни. Для получения положительного эффекта от реабилитационных мер нужно придерживаться основных принципов терапии восстановления. Своевременная ее реализация позволяет снизить частоту осложнений после лечения, ликвидировать психологические травмы, восстановить взаимодействие нервной и эндокринной систем, снизить смертность и сохранить репродуктивную функцию женщины. Данный процесс должен базироваться на системном принципе строения и функционирования организма. Женский организм является интегративной схемой, представляющей собой иерархию автономных систем. В период реабилитации основные усилия сосредоточены на адаптацию пораженной системы, которая в организме не изолирована. Методы реабилитации требуют постоянного усовершенствования и дополнительного изучения. Именно эти показатели являются определяющими в восстановлении фертильности женщин, перенесших консервативное или хирургическое лечение.

Литература/References

- 1 Doyle J.O., Missmer S.A., Laufer M.R. The effect of combined surgical-medical intervention on the progression of endometriosis in an adolescent and young adult population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2009;22(4):257-263.
- 2 Darai E., Bazot M., Rouzier R. et al. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Current Opinion Obstetrics & Gynecology*. 2007;19(4):308-313.
- 3 Abou-Setta A.M., Al-Inany H.G., Farquhar C.M. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNGIUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database System Review*. 2006;1(4), Article number: CD005072.
- 4 Jones K.D., Haines P., Sutton Ch. Long-term follow-up of a controlled trial of laser laparoscopy for pelvic pain. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2020;5(2):111-115.
- 5 Osada H., Silber Sh., Kakinuma T. et al. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis. *Reproductive Biomedicine Online*. 2011;22(1):94-99.
- 6 Dovey S., Sanfilippo J. Endometriosis and the adolescent. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2010;53: 420-428.
- 7 Thakur M., Rambhatla A., Qadri F. et al. 2020. *Is there a genetic predisposition to postoperative adhesion development?* <https://link.springer.com/article/10.1007/s43032-020-00356-7>
- 8 Royston D. Free radicals. Formation, function and potential relevance in anaesthesia. *Anaesthesia*. 1988;43(4):315-320.
- 9 Yagyu T., Tsuji Y., Haruta S. et al. Activation of mammalian target of rapamycin in postmenopausal ovarian endometriosis. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2006;16(4):1545-1551.
- 10 Proctor M.L., Murphy P.A. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001. 3, Article number: CD002124.
- 11 Trelle S., Reichenbach S., Wandel S., et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *British Medical Journal*. 2011. 342, Article number: c7086.
- 12 Kuile M.M., Weijenborg P.T.M., Spinhoven Ph. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: The role of anxiety and depression. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(5):1901-1910.
- 13 Soliman N.F., Hillard T.C. Hormone replacement therapy in women with history of endometriosis. *Climacteric*. 2006;9(5):325-335.
- 14 Sitruk-Ware R. New progestagens for contraceptive use. *Human Reproduction Update*. 2005;12(2):169-178.
- 15 Sepulcri R., Amaral V.F. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009;142(1):53-56.
- 16 Schindler A.E. Non-contraceptive benefits of hormonal contraception. *Minerva Obstetrics and Gynecology*. 2010;62(4):319-329.
- 17 Momoeda M., Harada T., Terakawa N. et al. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2009;35(6):1069-1076.
- 18 Metwally M., Watson A., Lilford R. et al. Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynecological surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;19(2), Article number: CD001298.
- 19 McLaren J. Vascular endothelial growth factor and endometriotic angiogenesis. *Human Reproduction Update*. 2000;6(1):45-55.
- 20 Speer L.M., Mushkbar S., Erbele T. Chronic pelvic pain in women. *American Family Physician*. 2016;93(5): 380-387.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Funding. This research received no external funding.

Авторская справка**Молдасарина****Рымгуль Секеновна**

доктор медицинских наук, врач акушер-гинеколог, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский университет Семей, Семей, Республика Казахстан
e-mail: moldassarina6706-1@murdoch.in
ORCID 0000-0001-6418-3502

Манабаева Гульшат**Кабдрахмановна**

кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой перинатологии, Медицинский университет Семей, Семей, Республика Казахстан,
e-mail: manabayeva6706-1@kpi.com.de
ORCID 0000-0002-0203-0655

Акылжанова**Жансулу Егизбаевна**

кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Павлодарский филиал Медицинского университета Семей, Павлодар, Республика Казахстан
e-mail: akylzhanova6706-1@uoel.uk
ORCID 0000-0002-8386-9697

Рашидова**Азима Муминовна**

кандидат медицинских наук, доцент, врач акушер-гинеколог, отделение акушерства и гинекологии, Группа клиник Эмиратов, Дубай, Объединенные Арабские Эмираты
e-mail: rashidova6706-1@national-university.info
ORCID 0000-0001-9854-1267