

Московенко Н.В.¹, Безнощенко Г.Б.²

Комплексная программа реабилитации женщин, страдающих тазовой болью

1 - МУЗ «Городская больница № 2», г. Омск, 2 - кафедра акушерства и гинекологии ЦПК И ППС Омской государственной медицинской академии

Moskovenko N.V., Beznoschenko G.B.

A comprehensive rehabilitation program for women suffering from pelvic pain

Введение

Здоровье населения является интегральным показателем качества жизни в объективных его проявлениях и отражает уровень культурного, духовного и экономического развития, состояние медицинской помощи. Здоровье является социально значимым феноменом, а возрастание ценности жизни, здоровья, активного долголетия и реализация человеческой индивидуальности рассматриваются как критерии социального прогресса общества. Здоровье как данность не является раз и навсегда приобретенным качеством личности и определяется не только врожденными качествами и уровнем физического развития человека, но и социально-экономическими условиями, взаимоотношениями личности с обществом и окружающей средой [1,2]. По оценкам ведущих российских и зарубежных специалистов, в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных хроническими заболеваниями среди взрослого населения на 25–30% [3]. Одной из основных причин, способствующих росту заболеваемости, следует считать снижение двигательной активности и психоэмоциональные стрессы, следствием которых являются серьезные нарушения высшей нервной деятельности и деятельности функциональных систем, работа которых направлена на поддержание постоянства внутренней среды и равновесия с окружающей. В обществе на сегодняшний день назревает серьезное, социальное противодействие. С одной стороны общество не ставит здоровье в ранг важнейшей социальной ценности, а с другой предъявляет требования к человеку здоровому. Ситуация усугубляется и тем, что для большинства населения страны здоровье не является ни нравственной, ни экономической ценностью; при этом лишь треть граждан РФ в качестве приоритета ставят здоровый образ жизни, тогда как в Китае, США, Германии и Японии 82–89%. К этому добавляется слабая правовая и социальная защита прав граждан на здоровье, отсутствие законодательно закрепленной ответственности людей за свое здоровье [4,5,6]. В последние годы правительством РФ предпринимаются меры по развитию здравоохранения, но, несмотря на это основные показатели здоровья населения продолжают оставаться неудовлетворитель-

ными. Обусловлено это не только указанными причинами, но и тем, что основная масса мероприятий в рамках национальных программ по охране здоровья населения направлена на решение проблем диагностики и лечения заболеваний. Между тем не только выявление и лечение болезней, но, прежде всего недопущение человека до болезненного состояния – профилактика – должна стать целью системы здравоохранения; основным объектом – индивидуальное здоровье человека, временно утратившего возможность в полной мере осуществлять свои биологические и социальные функции. Социальная и медицинская профилактика в определенном смысле не знает границ и стоит вне конкретного времени, так как имеет ориентацию на «вечные» объективные ценности общественного и индивидуального здоровья [3,7,8].

В настоящее время особую остроту и актуальность приобретает вопрос сохранения и укрепления здоровья женщин, в связи с тем, что в современном обществе женщина выполняет не только репродуктивную функцию, но и принимает активное участие в решении социально-экономических проблем. Проблема здоровья россиянок сложна и противоречива. Хотя в системе ценностей оно занимает второе-третье ранговое место после семьи, счастья и любви, доля практически здоровых женщин составляет 17,2%; страдают хроническими заболеваниями 58% женщин, 13,4% – имеют различные функциональные отклонения [9]. Это свидетельствует о необходимости проведения срочных мер, направленных на профилактику и оздоровление населения, обеспечения регулярного диспансерного наблюдения, используя малозатратные и высокоэффективные технологии комплексной оценки состояния организма и оздоровительных технологий, создания системы гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни. Мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни являются экономически оправданными только при их комплексном проведении [8,10]. Целью настоящего исследования явилось обоснование методики проведения мероприятий оздоровительной направленности на основе комплексного применения средств физической культуры, методов профилактики для улучшения состоя-

ния здоровья женщин на этапах амбулаторного наблюдения.

Материалы и методы

91 женщина репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) на фоне сочетанных заболеваний матки, её придатков и мочевого пузыря были включены в исследование. Средний возраст пациенток $31,6 \pm 3,9$ года; продолжительность заболевания $6,5 \pm 1,2$ года; продолжительность наблюдения – $17,3 \pm 4,3$ мес. Пациентки были разделены на 3 группы. Первую (основную) составили 34 женщины, в оздоровительной тренировке которых использована комплексная методика с использованием традиционных и нетрадиционных средств оздоровительной физической культуры. Вторую группу составили 34 женщины, занимающиеся лечебной физической культурой (ЛФК). Контрольную группу составили 23 женщины.

В работе использовались антропометрические и физиологические (жизненный индекс – ЖИ, АД, ЧСС, МПК – показатель максимального потребления кислорода) методы и тесты для оценки физического развития и функционального состояния (динамометрия, определение гибкости и силовых возможностей, выносливости). Уровень физической работоспособности определяли по тесту PWC 170; адаптационный потенциал (АП) рассчитывали по формуле Г.Л. Апанасенко; проводился ретроспективный анализ карт амбулаторного больного и анкетирование.

Состояние вегетативной нервной системы оценивали методом определения variability сердечного ритма (ВСР) с использованием временного и спектрального анализов, кардиоинтервалографии по Р.М. Баевскому (Варикард, версия 1.04). Оценивали: суммарный эффект вегетативной регуляции; активность парасимпатической нервной системы; степень напряжения регуляторных систем – стресс-индекс; относительный уровень активности вазомоторного центра и симпатического звена; показатель активности регуляторных систем – ПАРС. Полученные показатели сравнивали с нормативными возрастными данными. Медико-психологическое обследование женщин включало изучение особенностей личности с помощью классических психодиагностических методик: тестов Айзенка, Смишкина, Спилберга-Ханнина и степени депрессивных расстройств. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ведении пациенток было выделено три этапа. Первый – лечебно-диагностический, включающий не только применение медикаментозных средств, но и большой арсенал физиотерапевтических процедур и ЛФК; второй – реабилитационный предусматривает использование оздоровительных мероприятий и психологическую помощь с целью восстановления нарушенных функций, скорейшей социальной и трудовой реабилитации женщин. Третий предполагает проведение профи-

лактических мероприятий и периодических осмотров, санитарно-просветительную работу. Профилактика заболеваний основывается на знании причин; каждая причина имеет свою особенность, а значит и методы борьбы с ней. К профилактике сочетанных заболеваний внутренних гениталий и мочевого пузыря относятся своевременная диагностика и рациональное лечение острых и хронических воспалительных процессов, мероприятия предупреждающие стаз в тазовом венозном сплетении, устранение причин ведущих к нарушению накопительной и эвакуаторной функций мочевого пузыря. Немаловажное значение в профилактике заболеваний играют гигиеническое воспитание, гигиена сексуальных отношений, рациональная контрацепция и планирование беременности. Проведение профилактических мероприятий предполагает получение знаний о здоровом образе жизни и невозможности без формирования у женщин ценностного отношения к здоровью и потребности к регулярным занятиям физической культурой.

Данный контингент женщин нуждается в длительном наблюдении и периодическом обследовании. Диспансеризация в этом случае включает не только организацию и проведение медицинских осмотров, обследование, определение и уточнение характера и частоты наблюдений, но и предусматривает систему активных вызовов пациенток, медикаментозную терапию, амбулаторное или госпитальное лечение, выявление изменений в состоянии здоровья женщины и составление социально-трудовых и гигиенических рекомендаций. Было выделено две группы диспансерного наблюдения: 1) больные, требующие лечения и контроля излеченности; 2) пациентки, не требующие лечения, но нуждающиеся в систематическом наблюдении. Критериями излеченности, помимо клинического улучшения является нормализация показателей лабораторных, эндоскопических и функциональных исследований, отсутствие рецидива в течение 3 лет.

На первом этапе исследование выявило значительную частоту (59,3%) заболеваний желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата (71,4%). У каждой второй женщины (53,8%) мели место вегетативные нарушения (общее недомогание, метеозависимость, головокружения, повышенная потливость). Сочетанные заболевания гениталий отмечены у 68 (74,2%) пациенток; миома матки – у 35 (38,5%); эндометриоз – у 17 (18,7%); пролапс гениталий – у 15 (16,5%). Нарушения менструальной функции отмечены у 65 (71,4%) женщин; у 75 (82,4%) женщин отмечены дисфункции мочевого пузыря (гиперактивность детрузора и/или сфинктерно-детрузорная диссинергия). Анализ ВСР показал, что у 87 (95,6%) пациенток имеет место повышение активности регуляторных систем. Умеренное напряжение регуляторных систем – ПАРС $3,5 \pm 0,5$ наблюдалось у 36 (34,6%) женщин; выраженное (ПАРС $5,4 \pm 0,8$) и перенапряжение (ПАРС $7,9 \pm 0,5$) – у 24 (23,1%) и 28 (26,9%) соответственно; истощение регуляторных систем отмечено у 16 (15,4%) пациенток (ПАРС $9,2 \pm 0,2$). Смещение вегетативного баланса в сторону превалирования симпатического отдела вегетативной нервной системы выявлено у 65

(74,7%) женщин. Медико-психологическое обследование показало, что 89 (97,8%) женщин предъявляли жалобы на эмоциональные расстройства (подавленность, пониженное настроение, плаксивость, раздражительность и т.п.). Повышенный нейротизм имел место у 70 (76,9%) женщин. Умеренная или высокая реактивная тревожность отмечена у 83 (91,2%) наблюдаемых; высокая личностная тревожность – у 29 (31,8%). Легкие депрессивные расстройства и близкие к ним состояния выявлены у 47 (51,6%) пациенток; умеренные – у 19 (20,8%) женщин. Характерной особенностью пациенток явилось сочетание специфических акцентуаций или черт характера, оказывающих влияние на отношение к болезни и определяющих её течение и стратегию поведения. Превалировали акцентуации, для которых свойственны смена настроения, недоверчивость, длительное переживание одного и того же события, вспыльчивость и трудность переключения на новый вид деятельности. Умеренное снижение активности в быту ($6,5 \pm 2,1$ баллов), незначительное и умеренное ($3,2 \pm 1,2$ балла) осложнение семейных отношений были связаны не только с симптомами заболевания, но и обусловлены эмоциональными факторами (снижение и перепады настроения, вспыльчивость, раздражительность), имели место соответственно у 91 и 82 (90,1%) наблюдаемых. Проведенная нами у женщин 1-ой и 2-ой групп комплексная терапия включала мероприятия, направленные на устранение болевого синдрома и нарушений местной гемодинамики, восстановление уродинамики нижних мочевых путей, коррекцию нарушений вегетативного баланса и психоэмоционального статуса; использовались медикаментозные средства, факторы физического воздействия (энергия электромагнитно-резонансного излучения, лазеротерапия) и ЛФК.

Второй этап включал антистрессирование, изучение физического состояния и проведение оздоровительных мероприятий. В результате опроса выявлено, что у 96,7% респонденток условия труда связаны с интеллектуальной деятельностью; не занимаются физической культурой 76,9%, опрошенных женщин, занимаются не регулярно – 21,0%, и лишь 2,1% регулярно занимаются физической культурой. Отмечена корреляция имеющихся у женщин заболеваний с особенностями трудовой деятельности, обусловленными постоянными стрессовыми ситуациями, высоким эмоциональным напряжением и умственными перегрузками, высокой социальной ответственностью, малоподвижным образом жизни, удлиненным рабочим днем. Дефицит массы тела имели 25,3% женщин (ИМТ- $17,8 \pm 2,3$). Избыточную массу имели 12,1% женщин, ИМТ $28,2 \pm 1,7$; остальные женщины имели нормальный вес с ИМТ – $22,5 \pm 2,9$ при норме 20-25. Средняя ЧСС составила $74,8 \pm 8,3$ ударов в минуту; уровень АД – $107,2 \pm 11,9/70,6 \pm 5,7$ мм рт. ст.; частота дыхания – $16,0 \pm 1,6$. Уровень физического развития у 70,3% женщин можно был ниже среднего.

Женщины основной группы использовали комплексную методику с применением средств оздоровительного плавания и водной гимнастики, гимнастики хатха-йога и медитативных техник, лекционного и видеоматериалов

(о здоровом образе жизни, питании, взаимосвязи человека природы и пр.). Выбор средств психофизической рекреации не случаен и связан с неспецифическими и специальными эффектами воздействия данных факторов на организм. Последний обусловлен повышением функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, возможностью эффективного использования для снятия психоэмоционального напряжения и профилактики стресса, что в конечном итоге приводит к повышению уровня адаптации [4,11].

Оздоровительный период включает 3 этапа. На первом (10-12 занятий) осваиваются основные упражнения. На втором применяются упражнения средней интенсивности в пределах 55-65% от максимальной ЧСС. Третий этап предусматривает поддержание достигнутого уровня. Пациентки второй группы самостоятельно использовали комплекс специальных упражнений, способствующих улучшению кровоснабжения органов малого таза, дыхательные и общеразвивающие упражнения. Оценка физического состояния женщин проводили через 3, 6 и 9 месяцев. Изменение состояния женщин 1-ой и 2-ой групп через 3 месяца характеризуется приростом показателей физического развития в среднем на 13,6% и 6,4% соответственно. При этом наибольшие изменения отмечены в показателях силы (16,9%) и гибкости (23,0%), прирост мышечного компонента тела (15,7%) у женщин основной группы ($p < 0,01$); во 2-ой группе эти показатели составили 7,3%, 12,1% и 5,6% соответственно, обхватные размеры тела у представительниц обеих групп изменились незначительно. Функциональное состояние в процессе проведения оздоровительных мероприятий улучшилось в основной группе на 13,9%, в группе ЛФК – 7,7%. На втором этапе (через 6 мес.) продолжалось улучшение физического состояния женщин экспериментальной и 2-ой групп; при общем снижении темпов прироста; прирост на этом этапе составил в среднем от 11,9% и 5,5% соответственно. Наблюдалось улучшение показателей работы сердечно-сосудистой системы у наблюдаемых обеих групп. На пробу с физической нагрузкой отмечено укорочение восстановительного периода. Отмечены выраженное увеличение времени задержки дыхания на вдохе и выдохе и разница по показателям ЧСС в покое и в значенных восстановления ЧСС к концу 1 минуты после стандартной нагрузки (20 приседаний за 30 сек). Наблюдалось улучшение показателей ЖЕЛ, ЖИ и МПК и физической работоспособности по тесту PWC 170; более выраженные изменения отмечены у женщин экспериментальной группы ($p < 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о повышении устойчивости к гипоксии и мощности дыхательной системы.

Для оценки компенсаторно-приспособительных механизмов использовали адаптационный потенциал и ПАРС. В основной группе отмечено достоверное ($p < 0,01$) улучшение АП и ПАРС, что доказывает большую приспособительность протекания адаптационного процесса и регуляции функционального состояния. Показатель самочувствия и уровень эмоционального тона повысились на по сравнению с исходным на 38,9% и 21,6%

Таблица 1. Показатели физического развития, функционального и психоэмоционального состояния женщин на разных этапах наблюдения (M±m)

Показатель:	I			II			III		
	До занятий	Через 6мес.	При рост, %	До занятий	Через 6мес.	При рост, %	До занятий	Через 6мес.	При рост, %
ЖИ, мл /кг	45,6±9,2	58,3±8,2	24,4*	39,1±11	42,8±7,0	9*	40,4±8,9	42,3±12,2	4,6
PWC ⁷⁰ , кгм/мин	546±82	980±83	56,9***	485±119	584±96	12,2*	547±102	551±98	0,7
МПК, мл/кг	32,5±5,8	46,2±6,2	34,8**	29,5±3,8	37,0±3,2	22,6**	27,6±8,2	27,6±9,2	0
ЖЕЛ, мл	2553±66	3310±57	25,5*	2373±69	2590±59	8,7	2651±62	2760±59	4
Проба Штанге, сек	42,9±1,2	76,0±2,2	55,7***	40,1±1,3	57,6±2,6	35,8**	40,4±1,4	42,3±1,2	4,6
Ортопроба, уд/мин	18,2±2,9	10,9±0,1	50,2***	19,6±1,4	16,1±1,9	12,6*	18,8±1,3	17,9±1,4	4,9
Восстановление ЧСС после нагрузки, уд/мин	132,5±6	79,5±0,5	50,0***	134,2±1,4	126±6,9	6,2	134,2±1,3	130,1±1,1	3,1
ПАРС	6,2±1,9	3,1±0,7	66,7***	5,9±1,8	4,1±0,7	36**	5,8±1,8	5,1±1,5	2,8
АП	2,8	2,1	33,3**	2,9	2,6	10*	2,9	2,9	0
Самочувствие	50,1±3,9	74,3±3,4	38,9***	55,3±3,8	62,6±3,4	27,1*	53,5±3,6	57,4±3,8	7,0

Примечания: достоверность различий при * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

в первой группе, во второй – на 27,1% и 14,7% соответственно. В контрольной группе женщин выраженной динамики в процессе наблюдения не отмечено (табл. 1). Таким образом, комплексная оздоровительная программа влияет не только на физическое развитие, но и улучшает работу кардио-респираторной системы, и, следовательно, в большей степени повышает адаптивные возможности организма. Следует обратить внимание на тот факт, что в процессе занятий у женщин основной группы изменилось отношение к физической культуре и здоровью. По сути, изменились мотивации, если в начале занятий улучшение физических данных было основным мотивом у 58,8 % женщин основной группы, то после – восстановить и укрепить свое здоровье хотели 82,5% опрошенных основной группы.

Результатом проведенной оздоровительной работы стало достоверное ($p < 0,001$) снижение частоты обострений заболевания у женщин 1-ой группы на 102,3%, которая составила 1,2 раза. У пациенток контрольной группы она снизилась лишь на 17,7% и составила 3,2 раза. При этом количество дней нетрудоспособности у пациенток контрольной группы было 408, у пациенток основной группы – 118. Экономическая прибыль (P) в целом обусловлена как снижением затрат на лечение (B), так и уменьшением количества дней отсутствия на работе (A), которое, в свою очередь, определяется как сокращением сроков лечения, так и снижением частоты обострений заболевания рассчитывается по формуле:

$P = (A \cdot C) + B$, где C – продукция, произведенная за день в среднем по стране.

Тогда: $A = 608 - 118 = 490$ дней, $B = (608 \cdot d1 - 118 \cdot d2)$, где d1 – стоимость одного лечения у пациенток контрольной группы, d2 – основной группы.

$$B = 778787,2 - 143322,8 = 635464,4 \text{ руб.}$$

Приведенные расчеты указывают на экономическую рентабельность комплексных методов оздоровления.

Выводы

Итак, можно заключить, что использование комплексной оздоровительной системы открывает новые возможности укрепления всех аспектов здоровья, повышая функциональные возможности, прежде всего, кардио-респираторной системы, улучшая психоэмоциональное состояние занимающихся и, позволяя достичь хороших результатов в оздоровлении.

К сожалению, низкий уровень знаний о здоровом образе жизни, большая занятость на производстве и в быту, отсутствие мотиваций для оздоровительных занятий физической культурой, и как следствие, нерегулярные занятия, нередко приводят к снижению эффективности оздоровительных мероприятий. Указанное выше обуславливает необходимость формирования у женщин ценностного отношения к здоровью и потребности к регулярным занятиям физической культурой, позволяющим укрепить и сохранить здоровье, достичь физического совершенства, активного долголетия.

Показатели, характеризующие состояние сердечно-сосудистой системы (ва-риабельность сердечного ритма и ПАРС, АП) являются малозатратными и эффективными методами, позволяющими также оценить адаптационные реакции организма и их адекватность. Использование в клинической практике психофизиологических и физиологических тестов, отражающих состояние основных систем организма, позволит быстро и без больших затрат выявить лиц по отношению, к которым необходимо проведение оздоровительных мероприятий, что, несомненно, является достоинством указанного подхода. Проведенные расчеты указывают на экономическую эффективность комплексных программ наблюдения, профилактики и оздоровительных мероприятий.

Московенко Н. В., врач-уролог, к.м.н., МУЗ «Городская больница № 2», г. Омск; Безнощенко Г. Б., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ЦПК и ППС Омской государственной медицинской академии;

Автор, ответственный за переписку - Московенко Наталья Владимировна – врач-уролог, к.м.н., МУЗ «Городская больница № 2», 644177. г. Омск, ул. 18 военный го-

родок, д. 187, кв. 24. Тел. рабочий: 8 (3812) 54-47-92, сот. 89043216797, e-mail: moskov-antonra@yandex.ru.

Литература:

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. Ростов н/Дону. Феникс; 2000.
2. Соколова Т.Б. Социальные факторы, определяющие здоровье населения. Матер. Все-российская конфер. «Физическая культура и спорт в современном обществе». Хаба-ровск; 2005.
3. Вялков А.И. Современные проблемы формирования индивидуального здоровья чело-века и оздоровления населения. Вестник РАМН. 2008;10; 28 -1
4. Меньшуткина Т.Г. Теория и методика оздоровительного плавания женщин разного возраста [автореф. дисс. докт. пед. наук]. СПб, 2000; 1- 43.
5. Трещева О.Л. Формирование культуры здоровья личности в условиях современного образования. Омск; 2002.
6. Заводевкина Н.В. Физкультурное воспитание ценности здоровья: гендерный аспект. Проблемы физической культуры, спорта и здоровье населения на Дальнем Востоке. Хабаровск; 2004; 6; 106-8.
7. Клеванский В.Ф. Основная задача правительства страны – достижение высокого уровня здоровья населения. Проблемы физической культуры, спорта и здоровье насе-ления на Дальнем Востоке. Хабаровск; 2004; 6; 38-40.
8. Демченкова Г.В., Полонский Л.М. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. М. Медицина; 1987.
9. Антоненко Э.Н. Сезонно-ориентированная технология оздоровления женщин зре-лого возраста в услови-ях Крайнего севера [автореф. дисс. канд. пед. наук]. Хабаровск, 2002; 1-23.
10. Новгородцев Г.А. Демченкова, М.Л. Диспансеризация населения СССР. М. Медицина; 1984.
11. Састомойнен Т.В. Внедрение оздоровительных систем Йоги в практику психофизической рекреации. Матер. междуна. науч. практич. конфер. «Современные про-блемы физической культуры и спорта»; 2008; СПб.