

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ В ДИСПАНСЕРНОМ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гайдай Н. В.

Запорожский государственный медицинский университет

Работа посвящена дальнейшему исследованию проблемы «Беременность и варикозная болезнь» и путей ее совершенствования. Предложено совершенствование диспансерного ведения беременных с варикозной болезнью путем включения этапа санаторного оздоровления. Изучено влияние санаторных факторов на состояние матери и внутриутробного плода по данным кардиотокографии и ультразвуковой фетометрии в различные сроки гестации до и после оздоровления.

Ключевые слова: беременность, варикозная болезнь, санаторные факторы.

Несмотря на многовековую историю, проблема диагностики и лечения варикозной болезни не только не утратила своего значения, но и продолжает оставаться актуальной в современной медицине.

Прежде всего, это связано с высокой распространенностью заболевания в развитых странах. В наши дни для варикозной болезни характерны не только рост числа заболевших, но и тенденция к возникновению варикоза у лиц молодого возраста.

Беременность традиционно считается одним из основных факторов риска развития варикозной болезни, чем объясняется более частое поражение женщин.

Варикозная болезнь является наиболее распространенным хроническим заболеванием в Украине, целью лечения которого является улучшение прогноза и повышение качества жизни пациентов.

До настоящего времени в научных исследованиях, посвященных данной проблеме, существенное значение придавалось только некоторым этиологическим аспектам варикозной болезни. Главная роль в этиологии и патогенезе заболевания отводилась клапанной недостаточности венозных сосудов, которая, как считали, может быть врожденной и приобретенной.

Согласно современным представлениям этиологии и патогенеза варикозной болезни у женщин, основное место отведено дисплазии соединительной ткани (ДСТ), представляющей собой, по мнению многих ученых, нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и в постнатальном периоде.

Морфологической основой ДСТ служит снижение содержания отдельных видов коллагена или нарушения соотношения между ними, что ведет к снижению прочности соединительной ткани многих органов и систем.

Основными причинами ДСТ считают мультифакторное воздействие на плод в период внутри-

утробного развития. Следует особо отметить, что нарушение закладки соединительной ткани происходит на этапе раннего эмбриогенеза, то есть человек рождается уже запрограммированным на болезнь.

Ведущие украинские педиатрические школы, добившиеся за последнее десятилетие значительных успехов в изучении проблемы недифференцированной дисплазии соединительной ткани, констатируют большую и нарастающую распространенность среди детей и подростков диспластических синдромов, существенное влияние их на клиническое проявление и течение большинства типичных заболеваний, 100% зависимость от воздействия неблагоприятных факторов во внутриутробном периоде.

Заболевание манифестирует у девочек с врожденной слабостью соединительной ткани в пубертатном периоде, когда под воздействием эстрогенов происходит физиологическая и морфологическая перестройка венозной стенки сосудистой системы организма и таким образом, человек рождается уже запрограммированным на развитие варикозной болезни. Заболевание развивается не у всех женщин, имеющих ДСТ, однако большое влияние на развитие варикозного поражения сосудов, либо на его степень, оказывают факторы риска, которые меняют условия гемодинамики, приводя к хроническому венозному застою в организме.

Обращает на себя внимание тот факт, что значительная распространенность недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) среди женщин в современной украинской популяции совпадает со стабильно высокой частотой перинатальной патологии, младенческой заболеваемости, несмотря на совершенствование организационных, лечебно-профилактических составляющих акушерской и педиатрической помощи.

Все вышеуказанное диктует необходимость определения роли НДСТ в современном акушер-

стве, поиска подходов рациональной тактики диспансерного ведения этой категории беременных группы высокого риска.

Современный врач, объединяющий в своей профессиональной деятельности все целесообразные виды лечебной работы с пациентами, должен особое место уделять индивидуальным программам профилактики любого заболевания.

Отечественные школы акушеров-гинекологов и физиотерапевтов всегда положительно оценивали роль и отмечали большие перспективы лечебных физических факторов в акушерстве и гинекологии.

Эти, оправданные столетней практикой, традиции своих замечательных предшественников и учителей всегда соблюдала и развивала физиотерапевтическая служба санатория «Великий Луг» г. Запорожье.

Перинатальная охрана плода тесно связана с качеством медицинской помощи беременным, роженицам и уровнем ее организации. Поэтому разработка эффективных комплексных профилактических мероприятий в диспансерном ведении беременных с варикозной болезнью имеет большое практическое значение.

Цели и задачи исследования – изучение влияния комплексных физических факторов на перинатальный результат у беременных с варикозной болезнью.

Непосредственной причиной, играющей в перинатальной заболеваемости и смертности, при варикозной болезни у беременных, является хроническая гипоксия материнского организма, обусловленная нарушением гемодинамики, венозным застоем и дисфункцией эндотелия сосудов.

Учитывая, что беременность служит главным провоцирующим фактором развития варикозной болезни, женщинам группы высокого риска целесообразно проводить профилактику заболевания уже с ранних сроков беременности.

Материалы и методы исследования

Впервые в Украине в комплекс санаторного оздоровления беременных с варикозной болезнью в санатории «Великий Луг» включен курс инфракрасной саунотерапии. Особенностью инфракрасных лучей является тот факт, что они, проникая в кожу неглубоко, на глубину до 4 мм, прогревают ее до 32–36°C. Реакция вазомоторных рецепторов достаточно чувствительная и развивается уже при температуре тела кожи в пределах 0,1°C. При этом кожный кровоток увеличивается более чем в 4 раза. Регулярные сеансы инфракрасной сауны вызывают дилатацию периферических капилляров и артериол, в результате чего на 30–40% снижается общее периферическое сопротивление и минутный объем кровообращения. Расширение периферических сосудов приводит к разгрузке кровенаполнения

внутренних органов, что имеет большое значение при сосудистых заболеваниях. Как дополнительный эффект, в процессе расширения сосудов происходит и тренировка мышц, отвечающих за тонус сосудов: в результате чего эти мышцы становятся более эластичными и подвижными – уменьшаются последствия варикозной болезни. Наблюдается благотворное влияние на работу кишечника – уменьшается метеоризм, стимулируется работа толстого кишечника. Процедуры в инфракрасной кабине благотворно влияют на нервную систему: спасают от бессонницы, стресса, утомляемости, восстанавливая психические и физические силы. В санатории «Великий Луг» для лечебно-профилактического воздействия инфракрасной сауны используются климатическая цветодинамическая камера «Квант-2» – температура 40°C, 20 минут, влажность воздуха 40%, цветодинамический канал красный, через день, на курс – 3 процедуры.

Одним из современных высокоэффективных физиотерапевтических средств лечения являются магнитотерапия, осуществляемая преимущественно переменными источниками электромагнитных полей, переменное магнитное поле обладает более выраженным биологическим эффектом действия. Новым направлением медицинской магнитологии с использованием импульсных магнитных полей низкой частоты явилось внедрение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий в санатории «Великий Луг» метода магнитотерапии путем использования аппарата «Dimar» у беременных с хронической венозной недостаточностью.

Клинические эффекты воздействия метода магнитотерапии аппаратом «Dimar» проявляются в: нормализации лимфооттока, улучшении микроциркуляции и периферического кровообращения, улучшении снабжения тканей кислородом, стимуляции иммуногенеза, обезболивающим и противовоспалительным эффектом. Магнитотерапия на нижние конечности, аппликатор № 4, программа 0, интенсивность 50%, частота 12 Гц, магнитная индукция 10 мТл, 10 мин., через день, № 10. При ХВН «0» класса длительность процедуры 10 мин., 1 и 2 класса – 15 мин., 3 класса – 20 мин.

Для диагностики функционального состояния плода использовался метод ультразвуковой фетометрии, включающий определение размеров головки, окружности живота и длины бедра. Наиболее ценным показателем рекомендуется считать предполагаемую массу плода. Фетометрия является информативной с 20 недель беременности. Для мониторинга функционального состояния плода рекомендуется использовать биофизический профиль плода и метод непрямой кардиотокографии для оценки степени выраженности процессов адаптации и компенсации сердечно-сосудистой системы плода.

Для анализа состояния внутриутробного плода у беременных с варикозной болезнью изучены фетометрические показатели у 97 беременных (из них 33 – оздоровленных в санатории «Великий Луг» и 31 – прошедшая лечение в условиях акушерского стационара во II и III триместрах беременности).

Результаты исследования и их обсуждения

Анализируя результаты фетометрического мониторинга состояния плода, получены следующие данные.

Так, в сроки 20–30 недель БПР головки в группе беременных после санаторного оздоровления на 2,2 мм больше ($p < 0,01$) аналогичного показателя в группе беременных, прошедших стационарное лечение. Средний ДГ соответственно на 3,4 мм больше ($p < 0,001$). Средний ДЖ больше на 3,6 мм в сравнении с показателем в группе беременных, леченных в стационаре. Средняя ДБ на 2,3 мм ($p < 0,01$) больше в группе оздоровленных в санатории.

Изучение фетометрических показателей плода в сроки 31–36 недель, оздоровленных в санатории в сравнении с лечеными в стационаре показывает, что БПР на 3,7 мм больше ($p < 0,05$); средний ДГ на 3,4 мм ($p < 0,05$), средний ДЖ увеличивается на 0,9 мм, а средний ДБ практически не увеличивается в сравниваемых группах и составляет $62,7 \pm 0,4$ мм.

В сроки 37–40 недель БП головки увеличивается лишь на 0,6 мм, средний ДГ – на 0,4 мм. Средний ДЖ практически не отмечается в сравниваемых группах и составляет $10,35 \pm 0,14$ мм. Средняя ДБ увеличилась незначительно без статистических различий в сравниваемых группах. Анализируя показатели ультразвуковой биометрии внутриутробного плода беременных с варикозной болезнью, наблюдается общая законо-

мерность: неравномерная задержка исследуемых показателей биометрии плода в различные сроки гестации, особенно выраженные в 20–30 недель беременности. Данные наблюдения позволяют считать срок гестации 20–30 недель наиболее критическим для развития ультразвуковых биометрических показателей плода беременных с варикозной болезнью.

Выводы

После проведенного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий в местном санатории отмечается нормализация ультразвуковых биометрических показателей внутриутробного плода. Оздоровление беременных с варикозной болезнью в санатории «Великий Луг» г. Запорожья оказывает благоприятное влияние на кардиотокографические показатели, отражающие состояние внутриутробного плода: улучшается базальный ритм, отсутствует уплощенная переменная кривая и увеличивается частота ундулирующей кривой; преобладает нормальная амплитуда осцилляций, хотя частота осцилляций заметно не изменяется; спорадические децелерации уменьшаются, а *dir* отсутствуют. Анализ течения и исходов родов у беременных с варикозной болезнью, оздоровленных в санатории свидетельствует о снижении частоты осложнений во время родов. Состояние новорожденных от матерей с варикозной болезнью, оздоровленных в местном санатории по шкале Апгар выше на 1-й и 5-й минуте. Показатели динамики кривой массы тела обследованных новорожденных свидетельствует о том, что среднесуточная максимальная потеря массы тела новорожденных снижается. Данный факт можно расценить, как более быструю адаптацию к условиям постнатального существования.

Литература

1. Алексеев А. А., Ларионова И. С., Дудина Н. Я. Системная медицина (от чего погибает человечество). М: УРРС, 2000.
2. Бугаева Е. В., Васильева О. В. Дисплазия соединительной ткани – актуальная проблема современной медицины (обзор литературы). В: Ультразвукова перинатальна діагностика: Матеріали міжнар. конф. «Плід, як частина родини» 2009; 27–28; 266–281.
3. Земцовский Э. В. Диспластические синдромы и фенотипы. Диспластическое сердце. СПб: Ольга. – 2007. – с. 80.
4. Камаева А. Р. Особенности беременности и родов у женщин с клиническими маркерами дисплазии соединительной ткани. Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России: Тез. докл. М – 2008. – с. 105–106.
5. Каюкова Т. М. Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок у вагітних : сучасний погляд на проблему. Жіночий лікар. – 2006. – № 5. – стор. 15–19.
6. Клеменов А. В. Клиническое значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Автореф. дис. д. мед. н. / Клеменов А. В. – Нижний Новгород, 2004. – 44 с.
7. Клеменов А. В. Особенности течения беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / А. В. Клеменов, О. П. Алексеева, О. Н. Ткаева и соавт. // Проблемы репродукции. – 2005. № 3. – с. 85–88.
8. Корнеев Н. М. Патология соединительной ткани у детей и подростков – основа – проблемы и перспективы / Н. М. Корнеев // Патологія сполучної тканини – основа формування хронічних захворювань дітей і підлітків: Мат. конф. – Харків: 2004. – с. 3–5.
9. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Туманова В. А. и др. Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристики хронической плацентарной

- недостаточности. Акуш.и гинекол. – 2006. – № 1. – с. 13–16.
10. Назаренко Л. Г. Дисплазія сполучної тканини: роль в патології людини і проблемах гестаційного періоду (огляд) / Жіночий лікар. 2010. – № 1. – с. 42–47.
11. Назаренко Л. Г., Ромадіна О. В., Неєлова О. В., Яковенко О. А. Перинатальний аспект ангіопротекторної терапії при вагітності і спадкових порушеннях сполучної тканини. Педіатр., акуш. та гінекол. – 2009 – № 6. – стор. 50–54.
12. Омельченко Л. І. Виявлення аутоантител у хворих на дисплазію сполучної тканини та її можлива роль у виникненні ревматичних захворювань./ Л. І. Омельченко, О. А. Отлянська, В. П. Чернишов та ін. //Перинатологія та педіатрія. – 2005. – № 3 – с. 128–131.
13. Пономаренко В. І. та співавт. Застосування інфрачервоної саунотерапії в оздоровчих і лікувальних установах. Методичні рекомендації, Київ. – 2007. 19 стор.
14. Стругацкий В. М., Маланова Т. Б., Арсланян К. Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. – 2е изд-е., испр. и доп. – М.: МЕДпресс – информ, 2008. – 272 с.
15. Kamina P., Chansigaund J.P., Functional anatomy of pelvic veins in women. Phlebologi, 1989: 42 (3): 363–379.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ В ДИСПАНСЕРНОМУ ВЕДЕННІ ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ

Гайдай Н. В.

Запорізький державний медичний університет

Робота присвячена подальшому дослідженню проблеми «Вагітність і варикозна хвороба» і шляхів її удосконалення. Запропоновано удосконалення диспансерного ведення вагітних з варикозною хворобою шляхом включення етапу місцевого санаторного оздоровлення. Вивчено вплив санаторних факторів на стан матері та плоду по даним кардіотокографії та ультрозвукової фетометрії в різні строки гестації до та після оздоровлення.

Ключові слова: вагітність, варикозна хвороба, санаторні фактори.

ROLE OF THE COMPLEX SANATORIUM REHABILITATION AT THE ANTENATAL CARE OF PREGNANT WOMEN WITH VALVULAR DISEASES OF VEINES

Gaidai N. V.

Zaporozhye State Medical University

This work is dedicated to the further development of the problem «Pregnancy and valvular diseases of the veins» and the ways of its perfection. The influence of the sanatorium factors of the mother's health and antenatal fetus of pregnant women with valvular diseases of the veins.

Keywords: pregnancy, valvular diseases of the veins, the sanatorium factors.