

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

УДК 615.814.1 (075)

А.А. КАЛЮЖКА

САНАТОРНО–КУРОРТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Проведено лечение беременных с хронической плацентарной недостаточностью в санаторных условиях. Установлено благоприятное влияние на болевой синдром разной локализации, а также улучшение гемодинамических показателей.

Ключевые слова: хроническая плацентарная недостаточность, санаторно-курортная реабилитация.

ВСУП

Хронічна плацентарна недостатність (ХПН) зустрічається у 24-76% вагітних і розвивається на фоні соматичної та акушерської патології вагітних, а також при довготривалому ускладненому перебігу вагітності під впливом несприятливих факторів середовища [2]. Сучасна терапія хронічної плацентарної недостатності складається з використання лікарських засобів, переважно вазоактивних за характером, що поліпшують гемодинаміку та мікроциркуляцію плаценти. Разом з тим, поряд з позитивним впливом лікарські засоби можуть негативно впливати і на організм жінки, і на організм внутрішньоутробного плода, знижують процеси адаптації. В зв'язку з цим великого значення набуває застосування немедикаментозних засобів, які відновлюють процеси адаптації, володіють протизапальною і десенсибілізуючою дією, стимулюють процеси фізіологічного захисту, що підвищує опір організму до неблагоприємного впливу різноманітних чинників

Одним з перспективних методів лікування вважають нормобаричну гіпоксичну терапію (НГТ). НГТ – лікувальне застосування гіпоксичної суміші, яка чергується з диханням атмосферним повітрям. Її дія обумовлена періодично виникаючою гіпоксичною гіпоксією з послідувальною реоксигенацією тканин організму [1, 4,7]. Метод виник на основі використання факторів гірського клімату – у першу чергу, зниженого вмісту кисню у вдихуваному повітрі. Головною позитивною якістю вважають відсутність впливу зниженого атмосферного тиску, яке спостерігається в горах, що особливо актуально для метеочутливих людей, вагітних та ослаблених хворих [6]

Санаторно-курортне лікування вагітних показане як для лікування, так і для профілактики виникнення різних захворювань в період вагітності. В той же час, для терапії хронічної плацентарної недостатності воно застосовується не досить повно [5].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходилися 169 жінок, перебіг вагітності яких ускладнився ХПН та які були направлені на санаторно – курортне лікування з різних жіночих консультацій Харкова та Харківської області. Друга (контрольна) група складалась із 47 вагітних з ХПН, що знаходились на лікуванні в умовах поліклініки. Групи були ідентичними за віком ($p>0,05$), характером соматичної ($p>0,05$) та акушерсько-гінекологічної патології ($p>0,05$), перебігом теперішньої вагітності ($p>0,05$), що дозволило провести порівняльне вивчення ефективності проведеної терапії.

Лікування проводилося у різні строки гестації. Так, 36 (23%) вагітних, які були під спостереженням, проходили курс терапії у строкові від 16 до 20 тижнів, 84 (49,8%) жінок знаходилися у строкові від 21 до 30 тижнів, а 49 (28%) перебували під час лікування у строкові від 31 до 34 тижнів вагітності.

У вагітних, за якими ми спостерігали, мала місце як акушерська, так і соматична патологія, тому вони були віднесені до групи високого і середнього ризику по розвитку ускладнень під час вагітності, пологів і післяпологовому періоді.

Домінуючою скаргою, що пред'являли 76 (44,4%) досліджуваних, був біль у ділянці проекції матки різної локалізації, характеру й інтенсивності. Так, у 7 (4,0%) вагітних больові відчуття локалізувалися в ділянці проекції дна матки, у 61 (35,6%) мав місце біль у проекції її бокових

поверхонь (праворуч або ліворуч), у 9 (5,2%) вагітних біль відмічався в ділянці нижнього маткового сегменту .

Другою за частотою скаргою, що пред'являли 27 (15,7%) хворих, був головний біль. При цьому давячий біль відмічався у 11 (6,4%), стискаючий - у 5 (2,9%), пульсуєчий - у 6 (4,6%), комбінований характер болю виявлявся у 3 (1,7%) вагітних. Локальний головний біль непокоїв 23 (13,4%), а у 2 (1,1%) досліджуваних біль іррадіював в очноямкову ділянку або, у такої ж кількості вагітних, у ділянку скроні.

Біль у ділянці серця, переважно колочого характеру відмічали 15 (8,7%) вагітних. Разом з тим скарги на посилення задишки при невеликому фізичному навантаженні пред'являли 95 (55,5%) жінок. Поряд з больовими відчуттями у 7 (4,0%) досліджуваних періодично виникало запаморочення.

Зважаючи, що при ХПН має місце анемія, проводилося кількісне визначення гемоглобіну та еритроцитів за стандартними методиками.

Вагітним призначався в санаторії комплекс, що складався з дієтотерапії, аеротерапії, легкого масажу, лікувальної гімнастики і дозованої ходьби, внутрішнього прийому мінеральної води „Березівська”. В основі комплексу лежало призначення нормобаричної гіпоксичної терапії, яку проводили за методикою розробленою нами [4]. Була використана аеротерапевтична установка "Борей-2", яка дозволяє підтримувати концентрацію кисню в газовій гіпоксичній суміші на рівні від 16% до 10%. Мінеральна вода „Березівська” приймалась за 30-40 хвилин до прийому їжі по 100-150 мл, залежно від ваги вагітних.

Методика нормобаричної гіпоксичної терапії для лікування вагітних з ХПН

№ процедури	Кількість гіпоксичних циклів по 5 хвилин	Час циклу (хв.)	Час між циклами (хв.)	Концентрація кисню
Вступна процедура	1	5	-	16 %
1-5 процедури	2	5	5	16 - 13 %
6-10 процедури	3	5	5	13 - 11,5 %

Крім того, вагітні одержували медикаментозну терапію, що складалася з призначення вазоактивних препаратів (трентал, курантил) згідно терапевтичних доз цих ліків, вітамінотерапії, спазмолітичних засобів та препаратів заліза у вигляді перорального прийому. Лікувальний комплекс вагітних другої групи складався з дієтотерапії, лікарських засобів, аналогічних тим, що призначалися вагітним першої групи. До санаторію ці вагітні не направлялись.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При дослідженні впливу лікування на больові відчуття в ділянці проекції матки, які були найчастішими скаргами та відмічалися майже у половини вагітних, ми помітили більш раннє зменшення болю у пацієток, які одержували лікувально-реабілітаційний комплекс в санаторії. Це дало нам можливість знизити дозу спазмолітичних засобів до середини курсу лікування й повністю їх відмінити до закінчення терапії. Зменшення больових відчуттів ми простежували й у пацієток контрольної групи, разом з тим це залежало від регулярного й тривалого приймання спазмолітичних препаратів, зниження дози, або відміна яких провокувала виникнення болю.

У процесі лікування зменшувався головний біль, який мав місце у 15%. При цьому всі пацієтки першої групи, які одержували НГТ, відмічали зменшення головного болю, а до кінця лікування і повне його зникнення без приймання анальгетичних засобів. У той же час, у вагітних другої групи інтенсивність больових відчуттів знижувалася під дією медикаментозних препаратів у 11% випадків, а у 4% головний біль навіть відновлювався під впливом змін погодних умов або надмірно високого навантаження.

Протибольові дії лікувально-реабілітаційного комплексу з НГТ проявлялися у 8,7% вагітних, які скаржилися на біль у ділянці серця, сприяючи їх повному зникненню без застосування седативних або спазмолітичних засобів. У вагітних 2 групи зменшення болю в ділянці серця спостерігалось тільки при використанні лікарської терапії.

При виявленні ознак анемії вагітним усіх груп до лікувального комплексу включалися залізовмісні препарати. За результатом терапії, яка проводилася у вагітних другої групи з легкою анемією, відмічене підвищення рівня гемоглобіну, яке, однак, не було статистично значимим з 103,55±0,78 г/л до 105,55±2,13 г/л (p>0,05). У однієї вагітної із середнім ступенем анемії, не

дивлячись на проведену антианемічну терапію, змін рівня гемоглобіну не відбулося, що стало приводом для направлення її на стаціонарне лікування.

Більше того, у 26 вагітних, які були під наглядом, з вихідно нормальними показниками гемоглобіну зі зростанням строку вагітності відбувалося зниження його рівня з $120,8 \pm 1,23$ г/л до $113,62 \pm 1,52$ г/л ($p < 0,001$), що розцінювалося нами як явище гемодилуції. Також незначно змінювалися показники кількості еритроцитів. При початково низькому їх вмісті відмічене деяке підвищення з $3,26 \pm 0,068 \cdot 10^{12}/\text{л}$ до $3,52 \pm 0,169 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ($p > 0,05$), разом з тим, при початково нормальній їх кількості спостерігалось поступове зниження з $4,1 \pm 0,002 \cdot 10^{12}/\text{л}$ до $3,97 \pm 0,032 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ($p < 0,01$).

У той же час, при санаторно – курортному лікуванні у вагітних 1 групи ми спостерігали достовірне підвищення рівня гемоглобіну у пацієток із середнім ступенем анемії - з $86,0 \pm 1,94$ г/л до $99,5 \pm 0,49$ г/л ($p < 0,01$). При цьому гемоглобін у вагітних, які мали легкий ступінь анемії, достовірно підвищувався зі $101,5 \pm 1,2$ г/л до $106,16 \pm 1,1$ г/л ($p < 0,01$). Кількість еритроцитів у вагітних першої групи підвищувалася як при початково низькому їх вмісті - з $3,37 \pm 0,056 \cdot 10^{12}/\text{л}$ до $3,83 \pm 0,119 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ($p < 0,01$), так і при нормальному - з $4,1 \pm 0,036 \cdot 10^{12}/\text{л}$ до $4,31 \pm 0,031 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ($p < 0,01$).

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про значний болезаспокійливий вплив санаторно-курортного лікування по розробленому нами комплексу на больовий синдром різної локалізації у вагітних. При цьому анальгетичний ефект НГТ не тільки зіставляється з медикаментозною терапією, але й у значній кількості випадків перевищує її, що у великій мірі сприяло зниженню дози лікарських засобів.

Санаторно-курортне лікування у вагітних з хронічною плацентарною недостатністю при легкому і середньому ступені анемії справляє більш виражену позитивну дію на рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів, ніж застосування традиційної медикаментозної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Санаторно-курортне лікування вагітних з ХПН, яке включало медикаментозну терапію, НГТ, прийом мінеральної води „Березівська”, дієтотерапію, дозовану ходьбу є доцільним та необхідним, так як сприяє покращенню стану даної категорії хворих.

2. Санаторно-курортне лікування сприяє зменшенню больових відчуттів різної локалізації у вагітних з ХПН та дозволяє знижувати кількість медикаментозних препаратів.

3. Санаторно-курортне лікування потенціує дію залізовмісних препаратів та сприяє покращенню гемодинамічних показників у вагітних з ХПН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Караш Ю.М., Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. Нормобарическая гипоксическая терапия в лечении, профилактике, реабилитации. - М.: Медицина, 1988. – 258 с.
2. Клименко П.А. Диагностика и лечение недостаточности материнско-плодового кровообращения у беременных: Автореф. дис...канд. мед. наук :14.01.01./ Моск. гос. мед. ун-т - М., 2000. - 40 с.
3. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: (Справочник). - С-Пб.: Правда, 1999. – 252с.
4. Применение нормобарической гипоксической терапии в условиях поликлиники: (Метод. рекомендации) / Сост.: Л.Я.Васильева-Линецкая, А.А.Калужка, Н.Ю.Манойленко, В.А.Андреев. Харьков, 2000. – 15 с.
5. Санаторно-курортное лечение беременных: (Метод. рекоменд.) / сост.: АА. Владимиров, Н.И.Тофан //Методичні рекомендації з санаторно-курортного лікування/ Під ред. М.В. Лободи. –Київ, 2001. –С. 302-317.
6. Стрелков Р.Б. Перспективы применения метода прерывистой нормобарической гипоксической стимуляции (гипокситерапия в медицинской практике) // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. - 1997.- № 6.- С. 37-40.
7. Цыганова Т.Н. Применение нормобарической гипоксической тренировки в акушерстве // Вест. Рос. АМН. - 1997.- № 5.- С. 30-33.

A.A. KALJUZKA

SANATORIAL- RESORT REHABILITATION OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC PLACENTAL DEFICIENCY

Treatment of pregnant women with chronic placental deficiency in sanatorium conditions is lead. Beneficial effect is established on a painful syndrome of various localization, and also improvement hemodynamical parameters.

Key words: chronic placental deficiency, sanatorium rehabilitation

Харківська медична академія післядипломної освіти

Дата поступлення: 07.09.2009 р.