

Секция: Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

БУГАЕВСКИЙ КОНСТАНТИН АНАТОЛЬЕВИЧ

*кандидат медицинских наук, доцент,
доцент кафедры физической реабилитации и здоровья
Классический Приватный Университет
г. Запорожье, Украина*

**ОСОБЕННОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЁННОГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА**

Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности, которое не имеет тенденции к снижению во всём мире [2,4,6]. Немаловажным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, являются репродуктивные потери вследствие невынашивания беременности. Частота самопроизвольных абортов остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55%, достигая в первом триместре до 80% [2, с. 3; 4, с. 150]. По статистике каждая пятая беременность (ежегодно 170 тысяч) прерывается самопроизвольным выкидышем (Сидельникова В.М., 2000; Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., 2007). Так, от 15 до 25% всех зарегистрированных беременностей самопроизвольно прерываются, а 80% беременностей прерываются в сроке гестации до 12 недель [3, с. 91]. Частота неразвивающейся беременности остается стабильно высокой и составляет 45-88,6% случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [4, с. 150]. При наступлении беременности в течение первых 6 месяцев, после предыдущего невынашивания беременности, отмечено большое число повторных потерь беременности [2, с. 4; 3, с. 92; 4, с. 151; 6, с. 95]. Принципы программы реабилитации репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольного выкидыша включают в себя

максимально раннее начало лечебно-восстановительных мероприятий, принцип индивидуального подхода к проведению реабилитационных мероприятий у каждой пациентки [1, с. 21; 3, с. 92; 6, с. 96]. Также важным моментом является применение комплексных оздоровительных технологий, с использованием арсенала немедикаментозных средств (фитотерапия, природные и преформированные физические факторы, здоровое питание) [1, с. 23; 3, с. 93; 6, с. 97].

Для проведения исследования была отобрана группа из 38 пациенток ($n=38$), с достоверно одинаковой гинекологической патологией. Группа пациенток была практически однородна по возрасту. Средний возраст пациенток в исследуемой группе достоверно не отличался между собой ($p>0,05$) и составлял $31,4\pm 2,3$ года. Согласно данным медицинской документации и анамнеза, все женщины ($n=38$) имели прерывание беременности в сроке 10-12 недель гестации. Соматический статус больной оценивался по данным осмотра, анкетированию и изучению их медицинской документации. Подробно изучалась менструальная и репродуктивная функция, а также гинекологическая заболеваемость. Все пациентки, в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, проходили по 15-20 сеансов гинекологического массажа [7, с. 45].

В группе также уделялось внимание дополнительному использованию массажа зоны промежности, внутренней поверхности бёдер, пояснично-крестцовой зоны, низа живота. В группе пациенток, проходящих восстановительное лечение после выкидыша на ранних сроках гестации, были добавлены сеансы специальных упражнений по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна [8, с. 51]. Помимо этого, нами использовалась ЛФК по методике Васильевой В.Е., которая помогает укрепить мышцы тазового дна, пояснично-крестцовой области и живота [1, с. 23-25]. Особенно высока эффективность применения ЛФК в

начальной стадии заболевания, на амбулаторном этапе реабилитации [1, с. 23]. Сочетание этих компонентов лечения, привело к повышению тонуса влагалищных мышц, укреплению мышечного слоя брюшной стенки, пояснично-крестцового отдела и тазового дна. При планировании восстановительного лечения пациенток, после самопроизвольного прерывания беременности, мы учитывали психологический фактор, связанный с потерей женщиной её беременности. В лечении мы использовали 15 сеансов ароматерапии [5, с. 97]. Нами применялись следующие ароматические масла, которые обладают седативным, расслабляющим и адаптогенным эффектом [5, с. 97-99]. Также пациентки в процессе восстановления получали водолечение с использованием душа Шарко и циркулярного душа (через день) № 10, хвойные и йодобромные ванны (через день) № 10 [5, с. 24-27]. Из физиотерапевтического лечения нами применялось использование аппарата «Электросон-5» (ЭС 10-05). [5, с. 101-103; 6, с. 98]. При анкетировании через 3-6 месяцев после самопроизвольного прерывания беременности, 63,2% пациенток исследуемой группы, отмечали нормализацию менструальной функции. Для активизации менструальной и эндокринной функций яичников мы применяли, как альтернативный медикаментозному лечению, метод рефлексотерапии стоп, с воздействием на биологически активные точки (БАТ), отвечающих за репродуктивную функцию [3, с. 94; 6, с. 97].

На амбулаторно-поликлиническом этапе, с целью укрепления мышц тазового дна, улучшения крово- и лимфообращения, а также профилактики образования спаек, 3-4 раза в неделю мы применяли упражнения на фитболе [1, с. 89-91; 3, с. 93-94; 6, с. 96-97].

При оценке функции яичников, в послеоперационном восстановительном периоде, при измерении базальной температуры, в

исследуемой группе были получены следующие данные по особенностям восстановления функции овуляции (рис. 1):

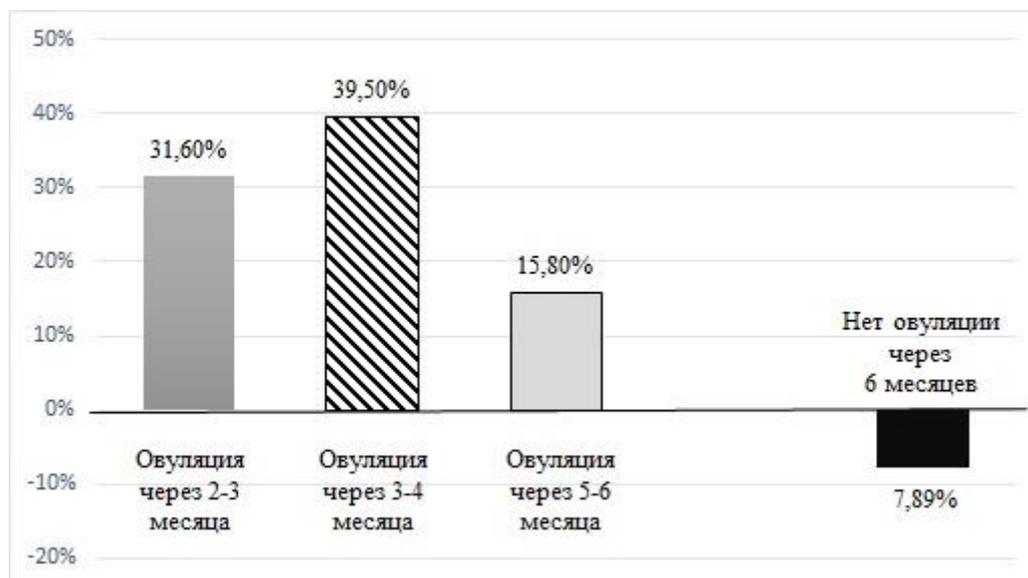


Рис. 1. Особенности овуляции после восстановительного лечения

В последующие 6 месяцев после потери беременности у 14 (36,8%) пациенток исследуемой группы, после применения предложенного комплекса физической реабилитации, наступила беременность. У 12 (31,6%) пациенток была зафиксирована прогрессирующая беременность, у 2 (5,26%) женщин произошел самопроизвольный выкидыш на 6-8 неделе их беременностей. Так, после применения предложенного нами восстановительного лечения, через 9-12 месяцев, у 41,67% женщин исследуемой группы репродуктивная функция была восстановлена, 18 (47,4%) женщин группы в дальнейшем забеременели и родили.

Выводы. 1. Предложенный комплекс восстановительного лечения, являясь методически простым и не требующим больших материальных затрат, может быть активно использован на всех этапах реабилитации в сети лечебно-профилактических учреждений.

2. Включение в практику восстановительного лечения (на амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации), после перенесённого самопроизвольного аборта, предложенного комплекса

мероприятий может, по нашему мнению, значительно уменьшить частоту и риск рецидивов повторного прерывания беременности у пациенток репродуктивного возраста.

Литература:

1. Васильева В.Е. Лечебная физкультура при гинекологических заболеваниях. – М.: Медицина, 2007. – 48 с.

2. Воропаева Е.Е. Самопроизвольный аборт: патоморфоз, этиология, патогенез, клиничко-морфологическая характеристика, реабилитация. Автореф. дис. ... доктора медицинских наук / Екатерина Евгеньевна Воропаева. Челябинск, 2011. – 23 с.

3. Доброхотова Ю.Э. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе / Ю.Э. Доброхотова, Т.А. Чернышенко, А.А. Аушева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – Т. LV, вып. 1. – С. 91–94.

4. Катасонова З.А. Социально-биологические факторы спонтанного аборта / Т.А. Катасонова, Л.И. Осташкова и др. // Актуальные проблемы современного практического здравоохранения: сб. науч. трудов посвящ. XVII Межрегиональной научно-практической конференций памяти академика Н.Н. Бурденко. – Пенза. – 2010. – С. 150–151.

5. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии / Г.Н. Пономаренко Е.С. Силантьева, Е.Ф. Кондрина / ред. Э.К. Айламазян, В.Н. Серов. СПб.: ИИЦВМА, 2008. – 192 с.

6. Шатунова Е. П., Калиматова Д. М. Комплексный подход к реабилитации пациенток после прерывания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – № 6. – С. 95–98.

7. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. – М.: РИТМ, 2011. – 89 с.

8. Perry J.D., Hullet L.T. The role of home trainers in Kegel's Exercise Program for the treatment of incontinence. *Wound Management*, 1990; 30: 51.