

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 25-річчю Медичного інституту
Сумського державного університету**

(Суми, 17–19 жовтня 2017 року)

За загальною редакцією О. О. Єжової



УДК 618. 39 - 021. 3 - 0. 3682/ . 85: 615. 825

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ, ПОЛУЧЕННЫХ В РОДАХ

Константин Бугаевский

*Классический приватный университет, Институт здоровья, спорта и
туризма, Запорожье, Украина
apostol_luka@ukr.net*

The article presents the study materials on the features of carrying out restorative treatment in patients who have undergone traumatic births. A review is given and the features of each of the possible types of possible birth injuries of the perineum are indicated, the boundaries of these lesions are indicated. The approximate set of methods and means of postnatal rehabilitation of each of the variants of crotch and pelvic floor damage in the late postpartum period is given. Practical recommendations on the use of each of the methods used in the rehabilitation treatment of patients are presented. It is possible to combine different methods and treatments according to individual indications.

Keywords: female patients, childbirth, perineal injury, restorative treatment, rehabilitation.

W artykule przedstawiono materiały badawcze dotyczące cech przeprowadzania leczenia uzupełniającego u pacjentek, u których nastąpiło traumatyczne uszkodzenie obwodu i struktur dna miednicy. Podano przeglądy i wskazano cechy każdego z możliwych rodzajów uszkodzeń perinealnych, wskazano granice tych zmian. Podano przybliżony zestaw metod i środków rehabilitacji po urodzeniu każdego z wariantów uszkodzeń perinealnych i struktur dna miednicy w późnym okresie poporodowym. Przedstawiono praktyczne zalecenia dotyczące stosowania każdej z metod, stosowanych w leczeniu rehabilitacyjnym pacjentek. Możliwe jest łączenie różnych metod i zabiegów w zależności od indywidualnych wskazań.

Słowa kluczowe: pacjentki, poród, uszkodzenie stóp, leczenie uzupełniające, techniki rehabilitacyjne.

Акушерский травматизм мягких тканей промежности и его неблагоприятные последствия для организма женщины всегда был проблемой акушерства [5]. Разрыв промежности – это повреждения, которые могут возникнуть вследствие значительного растяжения родовых путей будущей матери из-за сильного давления на мышцы тазового дна во время родов. Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих [8]. Частота родового травматизма тканей промежности не имеет тенденции к снижению и, по

данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 10,2–39% [9]. Разрывы промежности III степени колеблются от 0,4 до 5% [6].

Восстановление анатомической и функциональной целостности промежности у женщин, перенесших разрывы в родах – одна из актуальных проблем акушерства. Доказано, что неполноценное заживление ран промежности приводит к ослаблению вульварного кольца, мышц тазового дна, в последующем ведёт к возникновению рубцовой деформации вульвы, зиянию половой щели, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики (М.Е. Селихова, М.В. Котовская, 2009; С.Г. Султанова, 2010). Вопросами восстановительного лечения и физической реабилитации после материнского родового травматизма промежности, занимались такие специалисты, как О.Г. Павлов (2008); Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова (2009); М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова (2010); М.А. Кучеренко (2010); М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина (2013); О.И. Сойменова (2014); Э.А. Алиев, С.Г. Султанова, А.Г. Аббасов (2014); К.А. Бугаевский (2015-2017). Из зарубежных специалистов, которые занимались данной проблемой, следует отметить M. Fleming, E.R. Newton, J. Roberts, 2003; J. Kozłowska, 2006; I. Sudół-Szopińska, J. Radkiewicz, M. Kołodziejczak, W. Jakubowski, 2007; D. Szukiewicz, 2012.

Цель исследования: изучить положительные аспекты применения комплекса методов и средств физической реабилитации у пациенток, перенесших травматические повреждения промежности в родах, на этапах восстановительного лечения. Задачами исследования были: подбор примерного комплекса методов и средств физической реабилитации и восстановительного лечения при данном виде акушерской патологии и определение степени эффективности подобранного реабилитационного комплекса на амбулаторном этапе восстановления пациенток в позднем послеродовом периоде.

Методы исследования. Исследование по применению и эффективности предложенного примерного комплекса методов и средств реабилитации при проведении восстановительного лечения у пациенток с разрывами промежности I-III степени, полученными в процессе родов, проводилось на базе женской консультации коммунального учреждения «Центральная городская больница» г. Новая Каховка, Херсонской области, Украина. Все пациентки, принявшие участие в проведении исследования, дали своё добровольное согласие на участие в нём.

Результаты исследования. Всего в исследовании приняли участие 73 пациентки. Их средний возраст составил $29,3 \pm 1,04$ лет. У 48 (65,75%) это были первые роды, у 21 (28,77%) – вторые роды, у 4 (5,48%) – третьи и более роды. Все они перед родами прошли комплекс подготовительных занятий в

умовлях жіночої консультації. Розподілення степеней розривів промежності у пацієнток, отражен на рисунке :

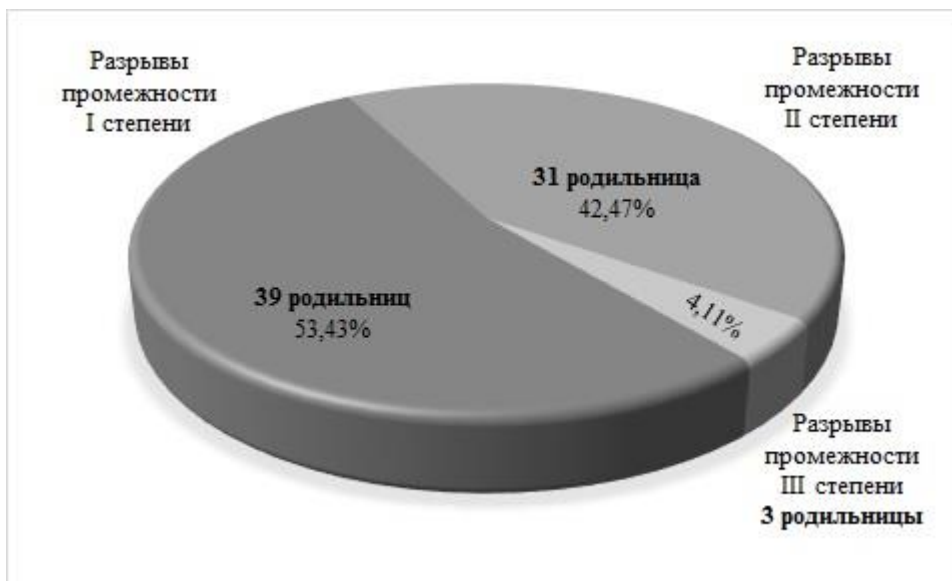


Рис. Соотношение разрывов промежности I-III степени у пациенток

Перед началом проведения восстановительного лечения все пациентки проходили контрольный осмотр гинеколога в условиях женской консультации, с обязательным проведением УЗИ мест разрыва и ушитой раны, с определением состояния рубца и окружающих тканей [2; 3].

У пациенток с разрывами I степени восстановительное лечение [10] применяли через 5-7 дней после выписки из роддома, в условиях кабинета ЛФК женской консультации. У большинства пациенток данной группы раны заживали первичным натяжением, практически без каких-либо осложнений, большинство разрывов не требовали ушивания, ткани не инфильтрированы, подвижные, эластичные. В данной группе комплекс методов восстановительного лечения ограничивался проведением в течение 2-3 недель комплекса упражнений А. Кегеля и занятий на фитболе, с целью укрепления мышц и связочного аппарата промежности и тазового дна после родов [2; 11-15]. С учётом сроков заживления тканей при ушитых разрывах II степени, с учётом самочувствия пациенток, их жалоб, состояния раны, реабилитационные мероприятия проводились не ранее чем через 1 месяц после получения травмы в родах, в условиях женской консультации. Длительность проводимого комплекса методов восстановительного лечения варьировала от 1,5 до 2-х месяцев, с совместным контролем реабилитологом и гинекологом. При данной патологии, одновременно с применением упражнений А. Кегеля и сеансов использования фитбола, активно использовалась ЛФК и физиотерапевтическое местное лечение области травматического повреждения, с применением 10-15 сеансов магнитотерапии,

применение ультразвука и лазерной терапии [4; 11-15], использование жёлтого спектра света с применением аппарата фирмы «Zepter» «Биоптрон»® [1; 7].

В группе пациенток, с разрывом промежности III степени, где имелись наиболее тяжёлые повреждения (ткани влагалища и мышцы промежности, разрыв анального сфинктера), критерием начала и объёма реабилитационно-восстановительного комплекса, являлся вопрос заживления повреждённых в процессе родов тканей, а также наличие посттравматических осложнений, связанных с такими нарушениями, как частичное или полное недержание газов и каловых масс при повреждении анального сфинктера, наличие болей разной степени интенсивности при половом акте (диспареуния), как во влагалище, так и в области рубца и повреждённой промежности [1; 5].

Все пациентки этой группы, перед началом восстановительного лечения, были осмотрены специалистами – проктологом и гинекологом. Степень заживления повреждённых тканей и состояние рубца, напрямую зависит как от объёма самого повреждения, так и от техники и способа ушивания повреждённых участков и протекания послеродового периода, наличия и выраженности послеродовых и послеоперационных осложнений [1; 3]. Заживление швов любой локализации после родов – это процесс полного восстановления целостности мягких тканей промежности [5; 9]. Важные данные о состоянии рубца и тканей в месте повреждения мы получали после осмотра и исследования места повреждения, как во время специального гинекологического исследования, с применением бимануального влагалищного и ректо-вагинального исследования, так и по результатам проведённого УЗИ зоны повреждения [1; 5; 9, 11-15].

Эти важные составляющие учитывались нами при планировании и подборе методов реабилитации в данной группе пациенток. Так как в данной группе существует высокая степень риска формирования в дальнейшем различной патологии, в виде синдрома несостоятельности тазового дна, синдрома хронической тазовой боли, пролапса внутренних половых органов, реабилитационные мероприятия, направленные на укрепление мышечно-связочного аппарата тазового дна являются, по нашему мнению, весьма актуальными и востребованными. В этой группе продолжительность восстановительной терапии была самой длительной – от 2,5 до 3-х месяцев.

Вначале она проводилась в кабинете ЛФК женской консультации, а в последние 2-3 недели в домашних условиях. Пациентки выполняли комплекс специальных упражнений Кегеля, активно был использован фитбол, ЛФК с использованием комплекса упражнений на укрепление мышц промежности и тазового дна [3; 4; 10-15]. Дополнительно все пациентки получали физиотерапевтическое лечение в виде использования жёлтого спектра света

с применением аппарата фирмы «Zepter» «Биоптрон»® с применением окиспреля, магнито-инфракрасное облучение области промежности [7].

При помощи анкетирования и дополнительного, расширенного опроса пациенток, через 1-3-6 месяцев после начала восстановительного лечения (с учётом данных осмотра гинеколога, проктолога, УЗИ) проводился субъективный и объективный контроль эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. Уже через 3-4 недели пациентки с разрывами I степени (n=39) отмечали полное отсутствие дискомфорта и болевых ощущений в области промежности, могли свободно сидеть, раздвигать ноги, выполнять определённые физические нагрузки и повседневную работу по дому, не отмечали никаких неприятных ощущений и трудностей при дефекации, отхождении газов и мочеиспускании. Через 3 месяца, при наличии половой жизни, в группе не было проблем, связанных с получением родовой травмы.

Из числа пациенток, с разрывами промежности II степени (n=31), после 1-1,5 месяцев проводимого восстановительного лечения, у 23 (74,19%) произошло полное заживление повреждений тканей, полученных в результате родовой травмы, сформировался устойчивый рубец, укрепился мышечно-связочный аппарат тазового дна, значительно уменьшились неприятные ощущения и дискомфорт при мочеиспускании, отхождении газов и дефекации.

Через 2,5-3 месяца после начала реабилитационных мероприятий уже 29 (93,55%) пациенток отметили значительное улучшение всех параметров и практически полное отсутствие явлений диспареунии и неприятных опущений в области промежности при интимной близости. При исследовании эффективности восстановительного лечения, через 6 месяцев после проведения курса реабилитации, уже все пациентки отметили полное отсутствие каких либо патологических нарушений и дискомфорта при выполнении работы, домашних дел и при сексуальных взаимоотношениях.

У пациенток третьей группы (n=3), с наиболее тяжёлыми повреждениями влагалища, мышц и связочного аппарата тазового дна, анального сфинктера и частично тканей прямой кишки, наиболее длительно проводилось восстановительное лечение – 2,5-3 месяца. Практически первые изменения в сторону улучшения самочувствия и начало положительных изменений были отмечены не раньше, чем через 1,5-2 месяца после начала использования комплекса методов восстановительного лечения. Начало улучшения процесса отхождения газов и дефекации, возможность сидеть, в т.ч. и в туалете при мочеиспускании и/или выполнении ряда физических упражнений, появилось только через 1,5-2,5 месяца после родов и получения тяжёлой родовой травмы. Если специальные упражнения Кегеля и занятия на фитболе, физиотерапевтические процедуры воспринимались пациентками позитивно и они охотно их выполняли, то любая попытка внедрения ЛФК

вызывала боязнь, протест и явное нежелание применять физические нагрузки из-за боязни усиления дискомфорта, болей и возможных осложнений. Поэтому, в данной группе, мы столкнулись с проблемой проведения дополнительной психологической реабилитации, и использования таких методов, как ароматерапия с маслами растений с седативным эффектом, в сочетании с релаксирующей музыкой (от 15 до 25 сеансов), электросон (№ 10).

Через 3-4 месяца после начала восстановительного лечения 2 (66,67%) пациентки отметили улучшение состояния в виде значительного уменьшения дискомфорта и болей в месте полученной родовой травмы, возможности безболезненной или малоболезненной дефекации и отхождения газов (на фоне соответствующей диеты), возможности сидеть и выполнять сидячую работу. Через 6 месяцев после проведения восстановительного лечения, все 3 пациентки отмечали положительный эффект от проведённой реабилитации. Через 6-9 месяцев у всех пациенток данной группы постепенно уменьшились, а затем практически прекратились явления диспареунии и дискомфорта в области полученной родовой травмы при половом акте. Данные проведенного в эти периоды времени гинекологического и проктологического осмотров подтвердили стабилизацию восстановительно-репаративных процессов тканей в области полученного разрыва и восстановление промежности и анального сфинктера у данных пациенток.

Выводы:

1. Большое количество разрывов промежности I-III степени в современной акушерской практике требует не только их профилактики, но и ранней и разносторонней реабилитации и комплексного восстановительного лечения мышц и связочного аппарата промежности.

2. Предложенный примерный комплекс методов восстановительного лечения последствий разрывов промежности может быть предложен для активного практического использования, как на амбулаторном, так и санаторно-курортном этапе реабилитации данной группы пациенток.

Литература

1. Алиев Э.А. Лечение разрывов промежности / Э.А.Алиев, С.Г.Султанова, А.Г.Аббасов // Хірургія України. – 2011. – № 1. – С. 40-44.

2. Бугаевский К.А. Практические особенности применения специальных упражнений, лечебной физкультуры и массажа у пациенток при реабилитации тазового дна / К.А. Бугаевский // Зб. тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. «Нове у медицині сучасного світу». – Львів, 27-28 листопада 2015 р. – С. 107-111.

3. Кучеренко М.А. Ведение послеродового периода у рожениц с травмами промежности / М.А. Кучеренко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 59 (4). – С. 65-70.

4. Маланова Т.Б. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре /

Т.Б. Маланова, М.В. Ипатова, Ю.В. Кубицкая, Локтионов С.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2013. – № 2. – С. 27-33.

5. Мусаев Х.Н. Разрывы промежности в родах и их последствия / Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова // Surgery (Азербайджан). – 2009. – № 1 (17). – С. 59-63.

6. Павлов О.Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О.Г. Павлов // Российский Вестник Акушера-гинеколога. – 2008. – № 5. – С. 44-46.

7. Результаты использования и методика применения прибора «Биоптрон» в клинической практике российских врачей // Сборник под ред. проф. Лапаевой И.А. М. – 2004. – 88 с.

8. Селихова М.С. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины / М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 55-58.

9. Сойменова О.И. Проблема родового травматизма в современном акушерстве / О.И. Сойменова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 208-211.

10. Шнейдерман М.Г. Роль и место гинекологического массажа в профилактике разрывов промежности в родах и опущения тазовых органов после родов / М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина // Consilium medicum. – 2013. – № 15 (6). – С. 37-39.

11. Chrabota U. Znaczenie reedukacji mięśni dna miednicy i krocza w okresie przedporodowym i poporodowym /U. Chrabota, J. Kozłowska // Gin. Prakt. – 2010. – № 1 – S. 10-11.

12. Fleming M. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women with and without Episiotomie / M. Fleming, E.R. Newton, J. Roberts // Journal of Midwifery&Womens Health. – 2003 – № 48, – S. 53-59.

13. Kozłowska J. Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie, 2006. AWF Kraków. – 256 s.

14. Sudół-Szopińska I. Diagnostyka poporodowych uszkodzeń mięśni dna miednicy /I. Sudół-Szopińska, J. Radkiewicz, M. Kołodziejczak, W. Jakubowski // Gin. Prakt. – 2007. – № 1. – S. 15-21.

15. Szukiewicz D. (red.), Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie, 2012. PZWL Warszawa. – 328 s.

УДК: 615.825 616-036.616

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ІЗ ГЕМІПАРЕЗОМ

Оксана Вигоняйло, Аліна Ольховик
Сумський державний університет, Суми, Україна
sashaukr81@ukr.net, alina.mordvinowa@gmail.com

The efficiency of kinesio-tape application in the process of complex physical therapy of a child with hemiparesis is analyzed. The mechanism of therapeutic action of kinesio-tape is considered. The efficiency of using kinesio-tape in the