

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**



МАТЕРІАЛИ

II Всеукраїнської науково-практичної конференції

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПЛИВУ ДОВКІЛЛЯ,
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ НА ЗДОРОВ'Я
СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ»**



18 - 19 вересня 2015 року

**Бердянськ
2015**

<i>Третяк О.В.</i> Шляхи формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях	89
<i>Щербина І.Ю.</i> Діяльність навчального закладу в контексті здоров'язберігаючого навчання	91

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ФІТНЕСУ, ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ТУРИЗМУ Й РЕКРЕАЦІЇ

<i>Данило С.М., Данило М.Г.</i> Особливості професійно-педагогічної діяльності учителя фізичної культури і його готовність до роботи з фізичного виховання	96
<i>Жосан Т.М.</i> Сучасні методи використання професійно-прикладних умінь і навичок в області оздоровчої діяльності майбутніх вчителів	101
<i>Книш С.І.</i> Методичні підходи до валеологічної підготовки сучасного вчителя	104
<i>Омельченко Т.Г.</i> Теоретичне обґрунтування вивчення навчальної дисципліни «Основи теорії здоров'я» в професійній підготовці фітнес-тренерів	107
<i>Самойленко В.Л.</i> Використання мультимедійних навчальних засобів у процесі підготовки майбутніх учителів фізичної культури	111
<i>Самсутіна Н.М.</i> Основні складові професійної майстерності учителя фізичної культури	113
<i>Хатунцева С.М.</i> Професійне самовдосконалення майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я	118
<i>Хатько А. В.</i> Підготовка майбутніх вчителів фізичного виховання до викладання варіативного модуля “хортинг” в загальноосвітніх навчальних закладах	122

СУЧАСНІ ВАЛЕОЛОГІЧНІ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

<i>Бугаевский К.А.</i> Актуальность и востребованность гинекологического массажа, массажа промежности и миофасциальной трансвагинальной терапии, как средств реабилитации в гинекологии и акушерстве	127
<i>Бугаевский К.А.</i> Особенности физической реабилитации пациенток репродуктивного возраста после перенесённого самопроизвольного аборта	136
<i>Пономаренко В.І., Милиця К.Н.</i> Аспекти реабілітації дієтичним харчуванням та хірургічним лікуванням при нераціональному харчуванні	143
<i>Пономаренко В.І., Милиця К.Н.</i> Удосконалення складової оздоровчої та клінічної реабілітації	148
<i>Шаповалова Т. Г.</i> Здоров'язбережувальні освітні технології як засіб формування здоров'язбережувальної компетентності	153

К.А. Бугаевский
кандидат медицинских
наук, доцент
(Запорожский
государственный
медицинский университет)

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

Актуальность темы. Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности, которое не имеет тенденции к снижению во всём мире [2,4,6]. Несмотря на определённые успехи, достигнутые в лечении и реабилитации, проблема невынашивания беременности, в особенности на ранних сроках гестации, по прежнему остается актуальной [3,5,8]. Немаловажным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, являются репродуктивные потери вследствие невынашивания беременности. Частота самопроизвольных аборт остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55%, достигая в первом триместре до 80% [2,4,6]. По статистике каждая пятая беременность (ежегодно 170 тысяч) прерывается самопроизвольным выкидышем (Кулаков В.И. с соавт., 1998; Сидельникова В.М., 2000; Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., 2007).

Частота неразвивающейся беременности остается стабильно высокой и составляет 45-88,6% случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [2,4,6]. Кроме того, каждый эпизод самопроизвольного аборта усугубляет имеющиеся нарушения репродуктивного здоровья женщины [2,4,6].

Одной из характеристик современной демографической ситуации, сложившейся в России, является высокая частота самопроизвольных аборт: около 180 тысяч ежегодно регистрируемых, что составляет 15-20% желанных беременностей [2,4]. Прямые репродуктивные потери от невынашивания беременности на Украине ежегодно насчитывают 36–40 тысяч нерождённых желанных детей [2,4,6]. Установлено, что состояние репродуктивного здоровья, в большей степени зависит от давности перенесенного невынашивания беременности и качества проведенного комплекса реабилитационных мероприятий.

В настоящее время невынашивание беременности рассматривается, как универсальный интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии системы «мать-плацента-плод», связанное с перенесенными инфекциями, эндокринной и генетической патологией, воздействием неблагоприятных факторов среды [2,4,6].

При наступлении беременности, в течение первых 6 месяцев, после предыдущего невынашивания беременности, отмечено большое число повторных потерь беременности [2,4,6]. Возможность потери беременности после одного выкидыша составляет 13–17%, после двух – 36–38%, при привычном невынашивании – до 45% [2,4,6]. Потеря беременности — это огромный стресс для женщины, особенно при первой и/или желанной беременности, при привычном невынашивании и бесплодии [2,4,6].

Сложность решения проблемы привычного невынашивания беременности обусловлена многочисленностью причин, несовершенством методов диагностики и лечения, так как обследование и лечение в большинстве случаев приходится осуществлять во время беременности, что не позволяет выявить и устранить имеющиеся патологические состояния [2,4,6]. Следует учитывать, что повторные самопроизвольные аборт опасны поражением базального слоя эндометрия, развитием воспалительных процессов внутренних половых органов, нарушений менструального цикла и дальнейшим ухудшением репродуктивной функции женщин (Сидельникова В.М., 1999; Fedele L., Bianchi S., 1995).

У большинства женщин с потерей беременности в ранние сроки выявляются морфологические признаки хронического эндометрита (62,0%), восходящего инфекционного поражения плодного яйца (56,0%), гравидарной гипоплазии эндометрия (21,0%) [2].

После самопроизвольного аборта необходима реабилитация репродуктивного здоровья женщины, независимо от количества самопроизвольных выкидышей, с учётом всех причин и условий, способствующих реализации самопроизвольного прерывания беременности [3,5,8]. Принципы построения индивидуальной программы реабилитации состояния 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 [3,5,8]. Также важным моментом является применение комплексных оздоровительных технологий, с использованием арсенала немедикаментозных средств (методы и средства физической реабилитации, фитотерапия, природные и преформированные физические факторы, здоровое питание) [3,5,8].

При применении методов и средств физической реабилитации важен принцип динамического контроля за эффективностью проводимых реабилитационно-оздоровительных мероприятий, принцип преемственной деятельности стационарного, амбулаторного и санаторно-курортного звеньев реабилитационных мероприятий, индивидуальный подход к каждой пациентке [3,5,7,8]. Учитывая тенденцию к увеличению количества случаев самопроизвольных абортов и невынашивания беременности на ранних сроках гестации, актуальным является вопрос разработки и внедрения в практику здравоохранения комплекса программ физической реабилитации,

которые будут являться логическим продолжением лечебно-профилактических мероприятий а, в ряде случаев являться альтернативой по отношению традиционных методов восстановления репродуктивной функции.

После проведенного анализа доступных источников информации, можно утверждать, что в настоящее время недостаточно разработаны способы ранней реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности, направленных на профилактику инфекционных осложнений, нарушений менструальной функции и восстановление фертильности, с применением комплекса методов и средств физической реабилитации.

Цель работы. Изучение воздействия предложенного комплекса методов и средств физической реабилитации на состояние репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольных выкидышей на ранних сроках гестации.

Задачи исследования. Выявление особенностей влияния комплексной физической реабилитации на организм пациенток, после проведенных у них реабилитационных мероприятий. Также важной задачей является разработка и внедрение в практическое здравоохранение, на амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапах реабилитации, комплексной программы физической реабилитации женщин после самопроизвольных выкидышей, состоявшихся на ранних сроках гестации.

Объект исследования. Комплекс методов и средств физической реабилитации, предложенный к практическому применению у пациенток репродуктивного возраста после самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках гестации и эффективность его применения.

Организация исследования. Организация и проведение исследования заключалась в разработке и внедрении комплекса реабилитационных мероприятий, индивидуально направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин, после перенесенного самопроизвольного аборта. Реабилитационные мероприятия проводились на базе женской консультации и гинекологического отделения санатория.

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. Была разработана комплексная программа физической реабилитации женщин, после их стационарного лечения самопроизвольного аборта на ранних сроках гестации (от 10 до 16 недель). С информированного согласия женщин и согласно этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией, нами было проведено анкетирование и обследование 38 женщин репродуктивного возраста, добровольно изъявивших желание принять

участие в исследовании по применению к ним, согласно имеющейся у них патологии, комплекса реабилитационных мероприятий.

В состав предложенной нами комплексной программы физической реабилитации, были включены такие методы и средства физической реабилитации, как вумбилдинг, ЛФК, вибрационный и гинекологический массаж, лечебная гимнастика по методике Васильевой В.Е., специальные упражнения Кегеля, фитбол, рефлексотерапия биологически-активных точек (БАТ) половой и эндокринной систем на стопах, фитбол [1,3,5,9,10].

Дополнительно, в условиях санаторно-курортного этапа реабилитации, все пациентки принимали по 15 сеансов ароматерапии с применением ароматических масел с седативным эффектом, водолечение в виде душа Шарко, циркулярного душа, хвойных ванн [3,5].

Методика исследования. Методы, которые использовались для проведения исследования, включали в себя предварительное ознакомление медицинской документацией пациенток, их осмотр, опрос, анкетирование, врачебно-педагогическое наблюдение. Все они прошли клинический и расширенный гинекологический осмотр, УЗИ. При сборе анамнеза фиксировался возраст больной, её профессия, отмечался профессиональный аспект (стаж работы, наличие у пациенток профессиональных вредностей). Соматический статус больной оценивался по анкетированию и изучению медицинской документации. Подробно изучалась менструальная и репродуктивная функция, а также гинекологическая заболеваемость. Для определения качества жизни и субъективной оценки состояния женщин, перенесших самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках гестации, было проведено их анкетирование, во время их стационарного и амбулаторного лечения и через 6 месяцев после него, на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Функция яичников изучалась по параметрам и анализу результатов тестов функциональной диагностики БТ (базальной термометрии) [2,4,6], уровню гонадотропных гормонов переднего отдела гипофиза (ПРЛ, ФСГ, ЛГ) и стероидных гормонов яичника (эстрадиола Е2 и прогестерона) [2,4,6].

Также все пациентки прошли анкетирование и обследование у клинического психолога. Кроме этого отмечалось наличие психо-эмоциональных и физических нагрузок, вредные привычки. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивали сразу после применения и в динамике: через 1-12 месяцев. В процессе проведения реабилитационных мероприятий все пациентки неоднократно были осмотрены врачами гинекологом, эндокринологом, физиотерапевтом. Полученные в процессе их осмотра результаты учитывались при проведении реабилитационных мероприятий. Также на всех этапах реабилитации пациенткам проводилось УЗИ, лабораторные исследования, функциональные гинекологические пробы. Также, все пациентки в процессе своей реабилитации, прошли анкетирование состояния уровня репродуктивного здоровья и

анкетирование для определения уровня тревожности (по Айзенку и Спилбергу), коррекцию психологического статуса у психолога [8].

После завершения исследования обработку полученного материала производили на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 5.0. Статистически значимыми считались результаты с $p < 0,05$.

Согласно данным анамнеза, все женщины ($n=38$) была подразделены нами на три подгруппы, в зависимости от срока беременности: I подгруппа – до 10 недель, II подгруппа – 10-12 недель гестации, третья группа – 12-16 недель гестации.

Результаты исследования. Осложнения беременности в сроки до 10 недель при исследовании свидетельствуют о том, что ведущим осложнением в основной группе была угроза прерывания беременности ($45, 71 \pm 8,42\%$), ($p < 0,05$). У пациенток чаще регистрировались признаки хронического эндометрита (52% , 17% и 31% ; $p < 0,001$), восходящее инфицирование плодного яйца (36% , 22% и 42% ; $p = 0,049$), в т.ч. с преобладанием серозно-гнойных форм (47% , 30% и 23% ; $p < 0,001$).

Также нами, пациенткам всех трёх подгрупп, в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, проходили по 15-20 сеансов гинекологического массажа по Бенедиктову И.И, в модификации Шнейдермана М.Г. (по 15-20 сеансов на курс реабилитации) [10]. Эти виды массажа использовались нами как средство, улучшающее гемодинамику, для профилактики и немедикаментозной терапии образования спаек и застойных явлений в малом тазу. [1,10]. При его проведении определялись имеющиеся индивидуальные патологические изменения (положение матки, придатков и связочного аппарата в полости малого таза, изменение их размеров, консистенции), наличие болевых ощущений, спаечных образований, инфильтратов, флюктуации [10].

В группе, у пациенток с перенесённым самопроизвольным абортom, помимо применения основных моментов гинекологического массажа, внимание уделялось дополнительному использованию массажа зоны промежности, внутренней поверхности бёдер, пояснично-крестцовой зоны, низа живота. С интервалом через день, применялся вибрационный массаж на низ живота (15-20 сеансов) [8,10]. Процедуры проводились с использованием аппаратного и ручного вибромассажа, на область низа живота, с целью усиления регионарного крово- и лимфообращения, трофики органов и тканей в области малого таза [1,10].

На амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапе, с целью укрепления мышц тазового дна, улучшения крово- и лимфообращения, трофики органов и тканей в малом тазу, а также профилактики спайкообразования, 3-4 раза в неделю мы применяли упражнения на фитболе в зале ЛФК и лечебной гимнастики [1,8].

В группе пациенток, проходящих физическую реабилитацию после выкидыша на ранних сроках гестации, были добавлены сеансы специальных

упражнений по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна, по классической методике [1,9,10]. Помимо этого, в реабилитационном комплексе, нами использовалась ЛФК по методике Васильевой В.Е., которая помогает укрепить мышцы тазового дна, пояснично-крестцовой области, промежности и живота [1]. Особенно высока эффективность применения ЛФК в начальной стадии заболевания, на амбулаторном этапе реабилитации [1,8]. Сочетание этих трёх компонентов лечения, привело к повышению тонуса влагалищных мышц, укреплению мышечного слоя брюшной стенки, пояснично-крестцового отдела и тазового дна [1,9,10].

При использовании в восстановительной терапии пациенток, после самопроизвольного прерывания беременности, мы учитывали психологический фактор, связанный с потерей беременности. В лечении мы использовали 15 сеансов ароматерапии [6,8]. Нами применялись следующие ароматические масла, которые обладают седативным, расслабляющим и адаптогенным эффектом (лаванда, апельсин, мандарин, герань, валериана, душица, шалфей мускатный, мелисса, пихта, сосна, кедр, мята [3,5,8].

Также пациентки в процессе восстановления получали водолечение с использованием душа Шарко и циркулярного душа (через день) № 10, хвойные и йодо-бромные ванны (через день) № 10 [7,8].

Из физиотерапевтического лечения нами применялись процедура с использованием аппарата «Электросон-5» (ЭС 10-05). [7]. Процедура электросна способствует нормализации высшей нервной деятельности, улучшает кровоснабжение головного мозга, оказывает седативное и усыпляющее воздействие [7].

При анкетировании через 3-6 месяцев после самопроизвольного прерывания беременности, 63,2% пациенток исследуемой группы, физическая реабилитация которых включала ЛФК в виде комплекса специальных упражнений, укрепляющих мышцы живота и тазового дна (по методике Васильевой В.Е.) [1] отмечали нормализацию менструальной функции. Для активизации менструальной и эндокринной функций яичников мы применяли, как альтернативный медикаментозному лечению, метод рефлексотерапии стоп, с воздействием на БАТ, отвечающих за репродуктивную функцию [5,8]. При оценке функции яичников в послеоперационном периоде с помощью измерения базальной температуры в исследуемой группе, в первые 2-3 месяца, овуляторные циклы восстановились у 12 женщин (31,6%), на 3-4 месяце после реабилитации овуляции определялись ещё у 15 женщин (39,5%), на 5-6 месяце ещё у 6 женщин (15,8%). Овуляторные менструальные циклы, с использованием термографического метода определения значений БТ (базальной температуры), через 6 месяцев не зафиксированы у 3 (7,89%) женщин в группе.

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 реабилитационного 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.

Индивидуальный мониторинг качества жизни проводился нами до начала лечения, в процессе лечения, а также на этапах ранней и поздней реабилитации с использованием анкеты-опросника «Качества жизни женщин», с оценкой 5 параметров (физическое и психическое состояние, социальное и ролевое функционирование, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья). Оценка качества жизни пациенток, позволяла нам осуществлять постоянное наблюдение за ходом реабилитации и, при необходимости, проводить её коррекцию [5,8].

В периоде реабилитации, после перенесенного восстановительного лечения у 65,0% женщин имеет место благоприятная психологическая адаптация, у 35,0% – патологическая психологическая адаптация. Применение психологической поддержки женщин в периоде реабилитации способствовало более быстрой нормализации менструальной (53,8%) и фертильной (30,8%) функции пациенток.

Выводы.

1. Разработанный комплекс физической реабилитации, являясь методически простым и не требующим больших материальных затрат, может быть активно использован в широкой сети лечебно-профилактических учреждений, как стационарно (в гинекологических отделениях), так и амбулаторно – в женской консультации, на ФАПе.

2. Включение в практику восстановительного лечения у гинекологических пациенток предложенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, на амбулаторном и санаторно-курортном этапах, может значительно уменьшить частоту и риск рецидивов самопроизвольного прерывания беременности у пациенток репродуктивного возраста.

3. Применение методов и средств физической реабилитации позволяет утверждать, что в большинстве случаев комплексная физическая реабилитация является адекватным индивидуальным альтернативным методом восстановления репродуктивной (менструальной, эндокринной) функции у пациенток, после перенесённого самопроизвольного прерывания беременности.

Список использованной литературы

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

2. Воропаева Е. Е. Самопроизвольный аборт: патоморфоз, этиология, патогенез, клинико-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. Коробкова Е.С. Реабилитация репродуктивной функции с коррекцией адаптивных программ у женщин, перенесших неразвивающуюся беременность: Дисс... канд. мед. наук. – Рязань. – 2002. – 132 с.

6. Особенности репродуктивной функции у женщин, перенесших неразвивающуюся беременность / Т.А. Меньшенина // Юбилейный сборник МБУ ЦГКБ №24. – Екатеринбург. – 2012. – С. 27–29.

7. 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.

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

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

10. 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.

В.І. Пономаренко

доктор медичних наук,
професор, Заслужений лікар
України, начальник відділу
охорони здоров'я
виконкому Бердянської
міської ради

К.М. Милиця

кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії та
проктології ДЗ «ЗМАПО»
МОЗ України

УДОСКОНАЛЕННЯ СКЛАДОВОЇ ОЗДОРОВЧОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Актуальність теми. Організація відпочинку в рекреаціях України