

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СПОРТИВНОЇ
МЕДИЦИНИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ ІЗ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ
ФІЗКУЛЬТУРИ УКРАЇНИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ І
СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ»
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВАЛЕОЛОГІЇ
ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ДНІПРОВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ОЛЕСЯ ГОНЧАРА
ПІД ПАТРОНАТОМ НАЦІОНАЛЬНОГО ОЛІМПІЙСЬКОГО КОМІТЕТУ
УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ

IV Всеукраїнського з'їзду фахівців
із спортивної медицини та лікувальної фізкультури

«СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ,
ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ-2019»

присвяченого 70-річчю системи надання лікарсько-фізкультурної допомоги в Україні
та 70-річчю кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології
Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони
здоров'я України»

11-13 квітня 2019 року

м. Дніпро

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И РЯДА МЕТОДОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Бугаевский К.А.¹, Черепок А.А.²

¹ *Черноморский национальный университет имени Петра Могилы (г. Николаев)*

² *Запорожский государственный медицинский университет*

Актуальность: Актуальность рассматриваемых в данной статье вопросов, обусловлена тем, что на сегодняшний день, среди многообразия гинекологических проблем особое место занимают такие её виды, как опущение и пролапс органов малого таза. Среди многообразия причин, приводящих к несостоятельности мышц тазового дна можно отнести патологическое течение родов, которое зачастую сопровождается повышением внутрибрюшного давления во время потуг и самого процесса изгнания плода. Несостоятельность мышц тазового дна (НМТД) и пролапс гениталий (ПГ) являются актуальными клиническими проблемы современной урологии, гинекологии и реабилитологии. В возрасте после пятидесяти лет такой диагноз ставится каждой второй женщине. Но и у женщин до тридцатилетнего возраста опущение влагалища встречается в 10 случаях из 100, в 30-45 лет этой аномалией страдают сорок из ста женщин. Основная причина – это ослабление мышц абдоминальной области и тазовой полости и/или тяжелой физической работы, поднятия тяжестей. Перед специалистами в сфере компетенции гинекологии, физической реабилитации и восстановительному лечению в последние годы актуальными стали задачи по сохранению работоспособности пациенток, их социальной реабилитации и полноценной адаптации в обществе. Поэтому возникает потребность в применении комплекса новых методов и средств в профилактике и реабилитации пациенток с генитальным пролапсом и несостоятельностью/дисфункцией мышц тазового дна.

К средствам восстановления (реабилитации) при несостоятельности мышц тазового дна (НМТД), исправления их дисфункции и, соответственно, их укрепления у гинекологических пациенток, можно отнести специальные комплексы ЛФК и лечебной гимнастики по методике Д.Н. Атабекова и К.Н. Прибылова, Ф.А. Юнусова (1985), комплекс упражнений в изотоническом и изометрическом режиме по методике Епифанова В.А. (1989), комплекс специальных упражнений для мышц живота и тазового дна, по методике Васильевой В.Е. Упражнения для мышц тазового дна позволяют замедлить прогрессирование патологических изменений тазового дна и пролапса гениталий. Они особенно эффективны у молодых пациенток с минимальной степенью пролапса. Для достижения заметных положительных результатов эти упражнения необходимо выполнять достаточно длительное время, минимум 6 месяцев, соблюдая режим и технику их выполнения. Помимо этого, необходимо избегать подъема тяжестей. В процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, по нашему мнению необходимым является проведение сеансов гинекологического массажа. Гинекологический массаж, это один из наиболее естественных безоперационных способов лечения женских гинекологических заболеваний. Он является физиологическим методом воздействия, оказывает исключительно сильное действие не только на пораженный орган, но и на организм больной женщины в целом. Продолжительность каждого сеанса гинекологического массажа обычно колеблется от 3 до 10 мин, хотя возможно продлить его до 15 и даже 20 минут.

Цель исследования: заключается в определении эффективности предложенного комплекса методов физической реабилитации, в котором основным компонентом являются лечебная физическая культура и комплексы специальных физических упражнений.

К консервативным методам лечения относят лечебную физическую культуру, специальные упражнения для укрепления мышц тазового дна и передней брюшной стенки, гинекологический массаж, миофасциальную трансвагинальную терапию, занятия на

фитболе, вумбилдинг. Использование данного комплекса упражнений, в особенности в начальных фазах развития несостоятельности (дисфункции) тазового дна и при пролапсе гениталий I-II степени может быть альтернативой, по нашему мнению, при проведении реабилитационных мероприятий. Упражнения Кегеля облегчают симптомы невыраженного пролапса, являются профилактикой пролапса гениталий, укрепляют связки и мышцы тазового дна, способствуют облегчению некоторых симптомов невыраженного опущения половых органов. Суть упражнений Кегеля – в напряжении мышц тазового дна. Выполняя упражнения, необходимо следить, чтобы напрягались лишь мышцы тазового дна. Живот, ноги, ягодицы не должны напрягаться – они должны быть в расслабленном состоянии.

Упражнения на фитболе, при данной патологии, проводятся ежедневно, обычно в утреннее время. На курс восстановительного лечения предлагается, обычно, от 25 до 30 занятий. Продолжительность занятия – от 30 до 45 минут. При недостаточности и дисфункции тазового дна, а также при начальных стадиях генитального пролапса пациентка, сидя на фитболе, в процессе выполнения упражнений тренирует мышцы своего тазового дна, которые принимают активное участие в родовой деятельности, мочеиспускании и дефекации, а лежа на спине, укрепляя спинные и брюшные мышцы. Также в комплекс методов физической реабилитации при опущении стенок влагалища можно отнести упражнения вумбилдинга. ВУМ – это аббревиатура трёх слов – «влагалищно-управляемые мышцы». Метод основан на тренировке всей совокупности вагинальных мышц, которая включает в себя комплекс упражнений со специальными тренажерами В.Л. Мурашевского.

Материалы и методы исследования: Для проведения исследования была отобрана группа из 12 пациенток ($n=12$), с достоверно одинаковой гинекологической патологией. Исследование проводили в условиях женской консультации и гинекологического отделения санатория-профилактория. Средний возраст пациенток в исследуемой группе достоверно не отличался между собой ($p>0,05$) и составлял $31,4\pm 2,3$ года. Все пациентки, после предварительного ознакомления с их медицинской документацией, прошли клинический и расширенный гинекологический осмотр, УЗИ. В состав предложенной нами, комплексной программы физической реабилитации, были включены такие методы и средства физической реабилитации, как: лечебная гимнастика, упражнения Кегеля, вумбилдинг, гинекологический массаж, фитбол.

Полученные результаты: Согласно данным анамнеза, все женщины наблюдаются по поводу данной патологии от 3 до 5 ($4,1\pm 0,9$) лет ($p>0,05$). Опущение влагалища I-II степени у 4 пациенток было связано с неоднократными родами (33,33%). У 9 (75%) в анамнезе были роды крупным плодом и наличие многоплодной беременности. У всех 100% пациенток была родовая травма – разрывы влагалища и промежности II-III степени, перинеотомия и латеральная эпизиотомия. Тяжёлый физический труд анамнестически зафиксирован у 10 (83,33%) пациенток. Комбинация 2-4 факторов зафиксирована у 8 (66,67%). У 9 (75%) пациенток имелись клинически проявления цисто-уретроцеле (опущение мочевого пузыря и смещение мочеоточника) с явлениями недержания мочи при кашле, чихании, натуживании, поднятии тяжёлых предметов и опущением передней стенки влагалища. У 2 (16,67%) пациенток нами были зафиксированы начальные проявления ректоцеле (недержание газов и каловых масс), с явлениями опущения задней стенки влагалища.

Пациентки, в процессе предложенных реабилитационных мероприятий проходили по 15 сеансов гинекологического массажа. При его проведении определялись имеющиеся индивидуальные патологические изменения (степень опущения стенок влагалища, их подвижность, эластичность, положение матки и придатков и связочного аппарата в полости малого таза, наличие спаечных образований, рубцовых тяжей и других патологических изменений). У 5 пациенток (41,67%) была диагностирована I степень опущения влагалища – опущение передней стенки влагалища, задней или обеих сразу. Во всех случаях стенки не выходят за область входа во влагалище, у 7 пациенток (58,31%) – II степень опущения влагалища. У 2 пациенток (16,67%) была диагностирована I степень пролапса матки, при котором у них отмечается некоторое смещение тела матки книзу, но шейка находится во

влагалище. В группе, у пациенток с опущением влагалища, помимо основных моментов гинекологического массажа, внимание уделялось дополнительному массажу промежности и пояснично-крестцовой зоны. В период между процедурами гинекологического массажа, пациентки выполняли цикл специальных физических упражнений, отнесённых к укреплению мышц влагалища – вумбилдинг, по методике В.Л. Мурановского. В группе пациенток, имеющих I степень опущения влагалища, были добавлены сеансы упражнений по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна.

Нами, в реабилитационном комплексе также использовалась лечебная гимнастика по Ф.А. Юнусову (1985). Она, также, помогает укрепить мышцы тазового дна, пояснично-крестцовой области и живота. Особенно высока эффективность гимнастики в начальной стадии заболевания, когда опущение влагалища не сопровождается опущением внутренних органов (в частности, матки). Наиболее выгодные исходные положения для этой патологии – стоя в коленно-кистевом положении и лёжа на спине. Упражнения на фитболе осуществлялись в зале ЛФК каждый день. Упражнения проводились в утреннее время. Продолжительность занятия – от 30 до 45 минут, с направленностью проводимых занятий на укрепление мышц тазового дна, промежности, бёдер, ягодиц, пояснично-крестцового отдела.

Через 3 месяца после окончания исследования по применению комплекса методов физической реабилитации, путём опроса пациенток удалось установить, что у 7 (58,33%) пациенток улучшилась интимная жизнь за счёт укрепления мышц тазового дна и интимных мышц влагалища. У 6 (50%) пациенток значительно улучшились показатели регулирования и контроля за моче- и газоотделением. Пациентки научились контролировать мочеиспускание и дефекацию, отхождение газов.

Через 6 месяцев регулярного выполнения предложенных методов физической реабилитации и самостоятельного выполнения упражнений, как в домашних условиях, так и в зале ЛФК, были достоверно зафиксированы следующие изменения уровня репродуктивного здоровья у пациенток, принявших участие в исследовании. Улучшение качества сексуальной жизни отмечают 10 (83,33%) пациенток, значительное улучшение способности к контролю мочеиспускания, дефекации и отхождения газов отмечено у 9 (75%) пациенток. У 3 (25%) пациенток показатели интимной жизни, отхождения мочи, кала и газов улучшилось, но в недостаточной (по мнению самих пациенток) мере. Они связывают это с нерегулярностью, за последние 3 месяца, выполнения предложенного комплекса методов физической реабилитации.

Выводы:

1. Таким образом, регулярное, от 9 до 12 месяцев, выполнение данного реабилитационного комплекса, и дальнейшее его выполнение пациентками (не реже 3-4 раз в неделю) поможет им укрепить мышцы тазового дна, передней брюшной стенки, улучшить качество жизни, в т.ч. и интимной.
2. Данный комплекс методов физической реабилитации может быть предложен к практическому применению на амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапах реабилитации у пациенток репродуктивного возраста с проявлениями опущения стенок влагалища.

СКЛАДНІ ПИТАННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ «СПОРТИВНА МЕДИЦИНА» ТА «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ» В НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ПРОСТІР УКРАЇНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ Абрамов В.В., Неханевич О.Б., Смирнова О.Л., Олексенко І.М.	3
МЕДИЧНИЙ СУПРОВІД СПОРТСМЕНОК, ЯКІ СПЕЦІАЛІЗУЮТЬСЯ У ВАЖКІЙ АТЛЕТИЦІ ТА ТХЕКВОНДО Абрамов В. В., Неханевич О. Б., Смирнова О. Л.	5
КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ ТА ПРИЗНАЧЕННЯ ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ В РЕАБІЛІТОЛОГІЇ Абрамов І.І. Павлусенко В.В., Соколовський С.І., Макєєва М.А., Колпакова Є.Ф., Горшенін В.О., Павлусенко В.І.	7
ПРОГНОЗУВАННЯ ПОТРЕБИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ РУКОПАШНИМ БОЄМ Адамович Р.Г., Штефюк І.К., Кочін О.В.	11
ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ: ОБІЗНАНІСТЬ ТА ДОТРИМАННЯ Андрєєв М. М., Андрєєва І. А., Канюка Г.С.	14
ОТ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ К НАУКЕ О ЗДОРОВЬЕ Апанасенко Г.Л.	16
ДОСВІД ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ПЕРЕЛОМОМ ВЕЛИКОГО ГОРБИКА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ Балаш О.П.	18
ЗАСТОСУВАННЯ ВІСЦЕРАЛЬНИХ ТЕХНІК МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ Бариков Д.С., Шитіков Т.О.	21
МЕТАБОЛИТОТРОПНАЯ КАРДИОПРОТЕКЦИЯ НА ФОНЕ ПОВЫШЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ Беленичев И.Ф., Чернев А.В., Беленичев К.И.	24
КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Бойко Д.М.	26
РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ, ОБУМОВЛЕНИМ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ Бокатуєва В.В.	27
ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЖЕНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ТАНЦІУВАЛЬНИМ СПОРТОМ Брич В.В., Міщан Т.В.	29
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И РЯДА МЕТОДОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ Бугаевский К.А., Черепок А.А.	30
ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО СТАНУ СПОРТСМЕНА ТА ЙОГО ЗМІНИ ПІД ВПЛИВОМ ЗМАГАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О., Барладин О.Р., Храбра С.З., Грушко В.С., Маланчин Д.В.	33
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ Васильева Л.Ф.	36