

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры

ПРЕЗЕНТАЦИЯ
ТЕМА: ОСОБЕННОСТИ
РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН В
ПОСТАБОРТНОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ

Выполнила: Ильясова А.М., 660 группа АиГ
Проверила: Тулетова А.С.

Астана 2017г.

Послеродовой период начинается с момента изгнания последа и продолжается 6-8 недель. В организме рожениц происходит процесс обратного развития изменений в половой, эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других системах, наступивших во время беременности. Снижение тонуса мышц живота и растяжение связочного аппарата внутренних половых органов после родов изменяет внутрибрюшное давление, что может привести к смещению положения матки, развития венозного застоя в органах малого таза. Если роды были нормальными, в послеродовой период роженицу считают здоровой. Однако для нее необходимо создать особый режим, который будет способствовать инволюции матки, заживлению повреждений и нормализации функции других систем.



Основные проблемы, которые беспокоят женщину в послеродовом периоде:

- боли в спине (шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника)
- избыточный вес
- опущение органов малого таза вследствие слабости и травмы мышц тазового дна;
- недержание мочи вследствие длительного стояния головки в потужном периоде с компрессией и нарушением иннервации сфинктера мочевого пузыря;
- слабость мышц передней брюшной стенки;
- геморрой
- запоры
- болезненные рубцы в случае кесарева сечения
- депрессия



Одной из наиболее частых жалоб являются боли в спине. По статистике они беспокоят около 75% женщин во время беременности и после родов. Причиной боли в спине является изменение положения центра тяжести женского тела (в связи с ростом плода), увеличение поясничного лордоза, увеличение нагрузки на позвоночник, прежде всего на поясничный отдел. При малоподвижном образе жизни мышцы спины, выполняющие функцию поддержки и питания позвоночника, оказываются не подготовленными к повышенным нагрузкам во время беременности и в родах. Отсюда и появляется боль в спине.



Особой группой риска в плане возникновения болей в спине после родов являются женщины, которые до беременности уже имели патологию позвоночника: сколиоз, остеохондроз, проблемы с тазобедренными суставами.

Таким женщинам обязательно следует проходить курсы реабилитации до беременности, во время беременности и после родов. Сколиоз изменяет форму и расположение таза, нарушает кровоснабжение органов малого таза, что в дальнейшем может привести к не вынашиванию беременности или к тяжелым родам. В свою очередь боли в позвоночнике вызывают напряжение мышц таза. Патологическая импульсация спазмированных мышц, дает сигналы в различные отделы центральной нервной системы и тем самым нарушает согласованную работу нервной и эндокринной системы. Нарушается и тонкий гормональный баланс, который формируется во время беременности. Все это может привести к рефлекторному повышению тонуса матки, и отсюда исходит угроза прерывания беременности.

Послеродовая реабилитация— это комплекс лечебно-профилактических процедур, направленных на восстановление физического и психологического состояния женщины в первые дни, месяцы после рождения ребенка.

Программа послеродовой реабилитации включает в себя проведение кинезотерапии, массажа, рефлексотерапии; наблюдение врачей специалистов (гинеколога, эндокринолога, невролога, травматолога-ортопеда), лечение послеродовой депрессии, школы для родителей и многое другое. В зависимости от индивидуальной проблемы и рекомендаций врача женщина может выбрать либо весь перечень восстановительных процедур, либо какую-то определенную, необходимую ей медицинскую услугу.

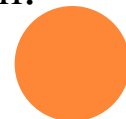
В современной неблагоприятной экологической, экономической, социальной, психологической ситуации для гинекологических больных и беременных характерны полиморбидность — множественность болезней (преимущественно экстрагенитальных); снижение приспособительных реакций к негативным влияниям внешней среды; эмоциональная лабильность; несбалансированность питания, гиподинамия и, как следствие двух последних факторов, — избыточная масса тела.



Можно выделить следующие методы восстановительного лечения:

- ЛФК
- различные виды целебных ванн и орошений,
- физиотерапия и рефлексотерапия,
- лечение сборами лекарственных трав,
- массаж и прочие.

Основную роль при подборе специальных упражнений играют исходные положения, которые, изменяя направление сил внутрибрюшного давления и тяжести тела самой матки и вызывая перемещение кишечных петель к диафрагме, создают условия для перехода матки в нормальное положение. Такими наиболее оптимальными исходными положениями являются положения лежа на животе, на четвереньках, коленно-локтевое, коленно-ладонное и другие подобного рода положения с приподнятым тазом. Из этого исходного положения проделывают ряд специальных упражнений, способствующих исправлению положения матки. Больным с ретродевиациями матки рекомендуют чаще лежать на животе, избегать положений и физических напряжений, повышающих внутрибрюшное давление. Следует следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря, особенно перед гимнастикой.



Проведение лечебной гимнастики в послеродовом периоде позволяет:

- ☐ предупредить функциональную неполноценность тазового дна, опущение органов малого таза, недержание мочи,
- ☐ улучшить функцию тазовых органов и органов брюшной полости.
- ☐ нормализовать тонус мускулатуры матки, и ее обычного местоположение, что имеет важное значение для восстановления полноценной сексуальной жизни.
- ☐ нормализовать венозный отток из малого таза. В связи с нарастающим венозным застоем в полости малого таза (что связано с ростом плода) случаются частые обострения геморроя.
- ☐ усилить и укрепить мускулатуру и связочный аппарат брюшной стенки. За счет сокращения мышц пресса уменьшаются растяжки вокруг пупка, восстанавливается тонус стенок влагалища;
- ☐ восстановить нормальные взаимоотношения костно-мышечных структур таза. Это касается в первую очередь всех структур, на которые в процессе беременности и родов приходилась максимальная нагрузка — крестца, подвздошных костей, копчика, поясничного отдела позвоночника, пояса верхних конечностей. Это существенно снижает вероятность хронических пояснично-крестцовых болей, появляющихся через некоторое время после родов.
- ☐ укрепить опорно-двигательный аппарат, обеспечить восстановление нормальной осанки, профилактику плоскостопия,
- ☐ улучшить эмоциональное состояние, сон и аппетит, активизировать обмен веществ.
- ☐ нормализовать вес, набранный за время беременности.
- ☐ улучшить функцию сердечно-сосудистой, дыхательной систем.



Физическая реабилитация в послеродовом периоде

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 8-12 часов) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие нагрубания. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Оценивают характер и количество лохий. Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Включение в режим дня родильницы гимнастических упражнений, усиливающих периферическое кровообращение и газообмен, улучшает общее состояние женщины, ускоряет процессы инволюции всего родового аппарата, интенсифицирует обменные процессы, повышает аппетит, сон.



Использование физических упражнений в послеродовом периоде помогает решить ряд важных задач по восстановлению функционального состояния организма роженицы и повышения ее адаптации к предстоящим физическим нагрузкам после выписки из роддома.

Использование статических и динамических **дыхательных упражнений** приведет к восстановлению навыка полного дыхания с участием в нем диафрагмы и передней брюшной стенки. Диафрагмальное дыхание устраняет застой в брюшной полости, ускоряя венозное кровообращение, усиливает приток венозной крови к сердцу и в определенной мере укрепляет стенки брюшной полости.

Упражнения для брюшного пресса и тазового дна будут способствовать быстрому восстановлению растянутых мышц и фасций, клетчатки и кожи брюшной стенки и промежности, что в свою очередь приведет к восстановлению нормальных топографических взаимоотношений органов брюшной полости и малого таза. Выполнение физических упражнений с участием поперечной и внутренней косой мышц живота обеспечит более быстрое сокращение мышечных элементов матки, восстановление тонуса связочного и опорного аппарата и нормальное ее расположение. Кроме этого, выполнение физических нагрузок будет регулировать деятельность кишечника, опорожнять мочевой пузырь и уменьшать явления ишурии, устранять застои в тазовой области.



У занимающихся гимнастикой родильниц будет повышаться лактационная способность вследствие рефлекторного сокращения мышечного аппарата молочных желез.

При нормальном течении родов и раннего послеродового периода гимнастика должна назначаться на вторые сутки после родов.

Противопоказания для применения физических упражнений в послеродовом периоде:

- а) лихорадочное состояние;
- б) слабость в связи с большими потерями крови и тяжелыми родами;
- в) нефропатия;
- г) эклампсия в родах;
- д) разрывы промежности III степени.

Швы на промежности после разрывов или перинеотомии не являются противопоказанием к занятиям по ЛФК. В этих случаях в течение 5 дней исключаются упражнения с разведением ног.



Массаж в послеродовом периоде

По мнению как западных, так и отечественных специалистов, приступать к послеродовому восстановительному массажу можно не ранее, чем через 2 недели после родов. Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, их сократительная функция. Массаж способствует повышению работоспособности мышц, при этом ускоряется восстановление после усиленной физической нагрузки. Даже при кратковременном массаже (в течение 3 - 5 минут) лучше восстанавливается функция утомленных мышц, чем во время отдыха в течение 20 - 30 минут. В послеродовой период массаж может способствовать восстановлению тонуса мышц передней брюшной стенки, а также расслаблению других групп мышц, снятию чувства усталости, очень знакомого молодой маме. Массаж оказывает существенное влияние на суставы. Под действием массажа улучшается кровоснабжение сустава, укрепляется сумочно-связочный аппарат сустава. Этот эффект в послеродовом периоде имеет особое значение для суставов позвоночного столба.



Существенно и воздействие массажа на подкожно-жировой слой. Не секрет, что с проблемой лишнего веса сталкивается достаточно много молодых мам. *Массаж действует на жировую ткань* опосредованно, через общее воздействие на обмен веществ. Повышая обменные процессы в организме, усиливая выделение жира из жировых депо (мест, где жир накапливается), массаж способствует "сгоранию" жиров, находящихся в избыточном количестве в жировой ткани.

Благодаря массажу *кожа* становится более эластичной, упругой, гладкой, повышается ее сопротивляемость к механическим и температурным воздействиям. После родов это особенно актуально для области живота, бедер, ягодиц, так как кожа в этих местах подвергалась наибольшему растяжению во время беременности.

Нервная система первая воспринимает действие массажа, т.к. в коже находится огромное количество нервных окончаний. Изменяя силу, характер, продолжительность массажа, можно снижать или повышать нервную возбудимость. После родов массаж преследует целью успокоить и расслабить женщину.

Массаж оказывает разнообразное влияние на *обменные процессы*. Под влиянием массажа усиливается мочеотделение. В крови увеличивается количество гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов. Массаж не вызывает в мышцах увеличения количества молочной кислоты, накопление которой во время физических нагрузок ведет к появлению утомления и усталости. Этим объясняется его благотворное воздействие на утомленные мышцы.



Противопоказания:

- а) острые лихорадочные состояния (высокая температура);
- б) кровотечения и предрасположенность к ним;
- в) болезни крови;
- г) гнойные процессы;
- д) различные заболевания кожи, ногтей, волос;
- е) любые острые воспаления кровеносных и лимфатических сосудов, тромбозы, выраженное варикозное расширение вен;
- ж) аллергические заболевания с кожными высыпаниями;
- з) заболевания органов брюшной полости с предрасположенностью к кровотечениям;
- и) психические заболевания с чрезмерным возбуждением;
- к) серьезные заболевания сердца, легких, других внутренних органов;
- л) острые респираторные заболевания (ОРЗ);
- м) нарушения работы кишечника (тошнота, рвота, жидкий стул).



Реабилитация после аборта — это важный комплекс мероприятий, направленный на сохранение и восстановление здоровья женщины после искусственного прерывания беременности. Аборт является собой операцией, несущую вред не только физическому, но и психологическому здоровью женщины, поэтому процесс реабилитации направлен на снижение и предупреждение возможных проблем, возникающих после операции.



Даже после правильно проведенного искусственного прерывания беременности может возникнуть ряд проблем, самыми частыми из которых являются:

- воспалительные заболевания половых органов;
- невынашивание последующей беременности;
- бесплодие;
- нарушения менструального цикла;
- стрессовое состояние.



Большое значение имеет метод проведения аборта и сроки, на которых он проводился. Хирургический способ является более травматическим и увеличивает риск попадания инфекции в полость матки, нежели медикаментозный аборт или вакуум-экстракция на ранних сроках.

В среднем сроки реабилитации колеблются от 3-4 недель до нескольких месяцев. Если после процедуры возникли осложнения, то время восстановления увеличивается в зависимости от характера проблемы.

Реабилитация в послеабортном периоде включает в себя следующие направления:

- ☐ физическое восстановление;
- ☐ профилактика инфекционных и эндокринных осложнений;
- ☐ психологическая реабилитация.



При стрессе, каковым является аборт для организма, происходит *нарушение регуляции овариально-менструальной функции*. Вследствие напряжения всех систем адаптации множество клеток паравентрикулярных ядер гипоталамуса находятся в состоянии возбуждения, в гипофизе усиливается синтез гонадотропинов, нарушается соотношение фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (ФСГ и ЛГ). Вместо почасового выброса ЛГ наблюдается монотонное повышенное его выделение, яичники увеличиваются, они выделяют эстрогены, надпочечники - глюкокортикостероиды. Эти изменения носят функциональный характер и обратимы.

Затем развивается *анатомическая фаза нарушения овариально-менструальной функции*. Как вариант предболезни рассматривается гипертекозный яичник (вследствие стимуляции его ЛГ). При отсутствии коррекции данного состояния в дальнейшем возможны следующие варианты патологии:

- недостаточность лютеиновой фазы;
- вторичные поликистозные яичники;
- гиперплазия эндометрия;
- миома матки;
- текоматоз в яичниках;
- текома в зрелом возрасте;
- пролактинома;
- синдром Иценко - Кушинга;
- болезнь Иценко - Кушинга.



Учитывая различные звенья патогенеза осложнений и последствий аборта, в комплекс реабилитационных мероприятий рекомендуется включать *комбинированные эстроген-гестагенные гормональные контрацептивы*, которые угнетают выработку гонадотропных релизинг-гормонов и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме искусственный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона без флуктуации, что *напоминает фон ранних сроков беременности*. Таким образом, организм женщины после начала использования гормональных контрацептивов легче переносит **послеабортный "гормональный" стресс**.

Помимо профилактики нейроэндокринных нарушений применение оральной контрацепции значительно *уменьшает риск развития воспалительных заболеваний* внутренних половых органов после аборта за счет следующих механизмов:

1. При применении противозачаточных средств уменьшается среднее количество ежемесячно теряемой менструальной крови (менструальные выделения, как известно, являются прекрасной средой для размножения возбудителей воспалительных заболеваний половых органов).
2. Происходит изменение цервикальной слизи в виде ее уплотнения, что препятствует проникновению сперматозоидов и, таким образом, восходящих потенциальных патогенных возбудителей инфекционных заболеваний в полость матки.
3. Применение противозачаточных оральных препаратов ведет к меньшему расширению цервикального канала, в основном за счет уменьшения количества цервикального секрета и объема менструальной кровопотери.
4. При применении комбинированных противозачаточных таблеток уменьшается интенсивность маточных сокращений, что приводит к уменьшению риска распространения воспалительного процесса из маточной полости в фаллопиевы трубы.



Учитывая, что КОК за счет эстрогенного компонента повышают свертываемость крови, а в течение первого месяца после аборта наблюдается патологическая гиперкоагуляция, рекомендуется применение низкодозированных препаратов, с малым содержанием эстрогенного компонента - не более 35 мкг этинилэстрадиола. Можно использовать как монофазные (микрогинон, фемоден, диане-35, мерсилон, ригевидон), так и трехфазные КОК (тризистон, триквилар, трирегол). Трехфазные КОК имеют ряд преимуществ перед монофазными, поэтому их применение более показано с целью **послеабортной реабилитации**. Трехфазные в отличие от монофазных КОК подавляют лишь пиковые выбросы ФСГ и ЛГ, значительное подавление синтеза ФСГ и ЛГ происходит только после длительного их применения.

Действие комбинированных оральных контрацептивов

Монофазные:			Трехфазные:			
диане -35	фемоден	микрогинон	тризистон	триквилар	милване	фева
- антигонадотропное действие			- подавление синтеза ФСГ и ЛГ только при длительном применении			
- подавление циклической секреции ФСГ и ЛГ блок пиковых выбросов ановуляторные циклы			- подавление лишь пиковых выбросов ФСГ и ЛГ			
- яичники уменьшаются в размерах, содержат большое количество атретических фолликулов			- трехфазный режим цикличности (в отличие от монофазного, где имеет место монотонное выделение эстрогенов и прогестерона на низком уровне без цикличности)			
- в эндометрии - регрессия пролиферации, ранняя секреторная трансформация (но неполноценная, количество желез уменьшено, к 25-му дню их инволюция до атрофии)			- более выраженная секреторная трансформация эндометрия и полноценная пролиферация			

При необходимости контрацепции после аборта первую таблетку КОК рекомендуется принимать на позднее первого дня после операции, ее контрацептивная защита в данном случае наступает сразу же, и тогда никаких дополнительных средств не требуется. Если первая таблетка принята не позднее 5-го дня от момента операции, контрацептивная защита появляется не сразу и женщине необходимо 7 дней предохраняться от беременности дополнительными методами.

Учитывая, что у здоровых рожавших женщин нейроэндокринные нарушения после аборта нормализуются в течение 3-4 месяцев, КОК следует принимать после аборта на протяжении не менее трех менструальных циклов. При необходимости дальнейшей контрацепции и хорошей переносимости препарата гормональные таблетки можно принимать и далее.

При противопоказаниях к КОК рекомендуется прием мини-пили (микрлют, примолут-нор, экслютон). Начинать принимать их рекомендуется в день операции или на следующий день.



С целью профилактики септических осложнений после аборта рекомендуется **антибактериальная терапия** коротким курсом (не более 7 дней). Как правило, используется антибиотик широкого спектра действия. Можно использовать группу аминогликозидов - гентамицин в средних терапевтических дозах в течение 7 дней, нетромицин - новый полусинтетический пролонгированный аминогликозид, выпускающийся в виде раствора во флаконах, содержащих по 0,05, 0,15 и 0,2 г действующего вещества. Для послеабортной реабилитации достаточно однократного внутримышечного введения суточной дозы нетромицина 150-400 мг (2-4 мл) или 3 мг/кг в обе ягодицы. При развитии после аборта септических осложнений можно продлить курс лечения до 7-10 дней. Нетромицин обладает широким спектром действия и эффективен при устойчивости к другим аминогликозидам.

Учитывая механизмы адаптации организма при стрессе, в комплекс послеабортной реабилитации необходимо включать **антистрессовые витамины, пищевые добавки**. Оптимальным является выбор антистресс-витаминов, содержащих антиоксиданты (компливит и др.), которые корректируют изменения гемостаза, наблюдающиеся после аборта и при использовании эстроген-гестагенных контрацептивов. Длительность витаминотерапии 1-3 месяца в зависимости от препарата.

Проведение вышеуказанных реабилитационных мероприятий рекомендуется не только после аборта, но и после других манипуляций в полости матки (диагностическое выскабливание и др.).

Такая реабилитация предупреждает осложнения и последствия аборта и обеспечивает практически 100-проц. контрацепцию, снижает число повторных абортов, тем самым улучшает репродуктивное здоровье населения.



1. Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Боголюбова. Книга III. М.: Бином, 2010. Глава 14. Медицинская реабилитация в гинекологии и акушерстве (В.М. Стругацкий). С. 265-267.
2. В.А. Елифанова "Лечебная физическая культура. Справочник", М., "Медицина", 1998.
3. Персианинова Л.С. "Справочник по акушерству и гинекологии" / Л.С. Персианинова, И.В. Ильина // М., "Медицина", 1980.
4. Айламазян Э. К. Акушерство: национальное руководство. / Э.К. Айламазян, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой // М. - "ГЕОТАР-Медиа". - 2009.
5. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура / В.И. Дубровский. - М.: ВЛАДОС, 1999.
6. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Абдуллаева Р.Г., Лебедева М.Г. Гормональная контрацепция – лечение и профилактика репродуктивных нарушений у девушек-подростков у подростков и молодых женщин. Доктор. Ру. 2008; 6: 54–8.
7. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов. Рус. мед. журн. 2004; 12 (1): 5–8.

