

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ БЕЗПЛІДДІ



Бугаєвський Костянтин

Запорізький державний медичний університет

Аннотация

В статье приведены данные о состоянии женского бесплодия в Украине и за рубежом и возможности восстановления репродуктивного здоровья с помощью методов и средств физической реабилитации. Указано, что в восстановлении плодovitости при трубно-перитонеальном бесплодии, ведущее место при практическом использовании, занимают комплексные программы физической реабилитации у пациенток репродуктивного возраста. Показано применение таких прикладных методов, как гинекологический массаж, ЛФК, специальные упражнения Кегеля, фитбол. Контрольные обследования, свидетельствуют о восстановлении репродуктивной функции у 7 (25%) процентов женщин, которые забеременели и родили.

Ключевые слова: гинекологический массаж, специальные упражнения Кегеля, репродуктивный возраст, трубно-перитонеальное бесплодие, физическая реабилитация.

Annotation

The article presents data on the state of infertility in Ukraine and abroad, and the possibility of recovery of reproductive health with the help of methods and means of physical rehabilitation. Pointed out that the restoration of fertility in the tubal-peritoneal infertility, leading role in the practical use for the integrated program of physical rehabilitation for patients of reproductive age. It shows the use of applications such methods as pelvic massage, exercise therapy, special Kegel exercises, fitball. Control survey suggests restoring reproductive function in 7 (25%) percent of the women who became pregnant and gave birth.

Key words: pelvic massage, special Kegel's exercises, exercise, reproductive age, tubal infertility, peritoneal, physical rehabilitation.

Постановка проблеми. Безпліддя є однією з актуальних проблем, від якої сьогодні потерпає людство. Це одна зі складних сучасних медичних, соціально-економічних і демографічних проблем як для подружжя, так і для будь-якої держави світу. Тому не дивно, що ВООЗ та ООН відносять проблему безпліддя до хвороб людської цивілізації [5,15].

Згідно статистичних даних останніх років, в Україні налічується 12,3 млн. жінок репродуктивного віку, серед яких близько 1 млн. є безплідними. Частота безпліддя у подружніх пар репродуктивного віку складає 10-15%. Подібний рівень безпліддя є також характерним для більшості європейських країн [2,13]. Сьогодні в Україні безплідним вважається кожне четверте подружжя, а це близько 1,5 мільйона чоловіків і жінок [2,6].

З численних наукових досліджень достовірно встановлено, що безпліддя виникає під впливом значної кількості внутрішніх та зовнішніх факторів. Тому можна стверджувати, що безпліддя у жінок є не самостійним захворюванням, а поширеним поліетіологічним симптоматичним комплексом інших захворювань організму [2,4,13].

Серед різноманітних складових жіночого безпліддя трубно-перитонеальний фактор вважа-



ється однією з головних причин. За даними провідних фахівців він складає 30-74% від всіх випадків жіночого безпліддя (В. П. Сметник, В. Г. Туміловіч, 2000). В ряді випадків він є результатом запальних процесів, що призводять до повної або часткової непрохідності маткових труб, внаслідок облітерації чи перегинів їх стінок, що обумовлено перитубарними або яєчниковими зрощеннями [10,11]. Запальний процес маткових труб та очеревини розвивається під дією різноманітного мікробного фактора [2,9].

Значну роль в етіології та патогенезі трубно-перитонеального безпліддя відіграють оперативні втручання та різноманітні діагностичні маніпуляції на органах малого тазу, що також сприяє виникненню злукового процесу [4,9,12].

Враховуючи вищевикладену інформацію, фізична реабілітація трубно-перитонеального безпліддя повинна проводитися на всіх рівнях реабілітаційного процесу, з урахуванням індивідуального перебігу патології в кожній з пацієнток, та бути адаптованою під її особливості, комплексною, з використанням багатого арсеналу сучасних методів лікувальної фізкультури, різновидів масажу, фізіотерапії, психологічної та соціальної реабілітації [3,8,14]. Сучасні методи фізичної реабілітації добре поєднуються з консервативною терапією і хірургічним лікуванням та альтернативними їм нетрадиційними методами і засобами лікування [1,6,7].

Розробку і практичне використання комплексних програм фізичної реабілітації при безплідді внесено в перелік пріоритетних завдань кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичної культури та спорту Запорізького державного медичного університету.

Аналіз останніх досліджень і публікацій: Одним із провідних показників стану репродуктивного здоров'я, безсумнівно, є рівень

безпліддя як нездатності зрілого організму людини до запліднення. Великою кількістю вітчизняних і світових фахівців беззаперечно доведено, що безплідний шлюб є інтегральним показником репродуктивного здоров'я населення. За даними провідних вітчизняних фахівців – Камінського В.В., Юзько О.М., Дахно Ф.В., Зукіна В.Д. (2009) частота безпліддя в різних регіонах України складає від 10-15% до 18-20%. Безсумнівно, ці негативні показники можна розглядати як прямі репродуктивні втрати. Згідно офіційних статистичних звітів, в Україні у 2008 році, було зареєстровано 43134 випадків жіночого безпліддя, або 80,1% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) і 10692 (19,9%) випадків чоловічого безпліддя (Іркіна Т.К., 2002; Сольський Л.П., 2008; Чайка В.К., 2012; Юзько О.М., 2011).

Серед фахівців з питань лікування різних форм порушень жіночої фертильності зберігається значний інтерес до проблем реабілітації жінок з трубно-перитонеальним безпліддям. У вітчизняній і закордонній фаховій літературі описана велика кількість досліджень, присвячених різним варіантам безпліддя в шлюбі, їх перебігу, діагностиці та лікуванню – як у чоловіків, так і в жінок (Іванюта Л.І., 2003; Казаков Б.А., 2000; Кулаков В.І., 2007; Юзько О.М., 2011; Evers J.L.H., 2007).

Пріоритетними в структурі жіночого безпліддя вважають трубно-перитонеальне, яке вражає найбільш численну групу жінок з безпліддям. В структурі жіночого безпліддя трубно-перитонеальне безпліддя становить від 35 до 68% (Дубницька Л.В., 2006; Корнеєва І.Е., 2002; Точилівська Л.В., 2002; Хилькевич Є.Г., 2005; Evers J.L.H., 2007). Попри безліч існуючих методів лікування трубно-перитонеального безпліддя, частота відновлення репродуктивної функції коливається від 8 до 47,2 % (Беженарь В.Ф., 1999;

Гаспаров А.С., 2009; Дахно Ф.В., 2011; Дубницька Л.В., 2006; Мальтинська Н.А., 2010). Сьогодні найбільш ефективним у лікуванні трубно-перитонеального безпліддя є хірургічний метод з використанням лапароскопічного доступу [2,7]. Але, незважаючи на малоінвазивність такого втручання, постійне вдосконалення техніки цих операцій, все ж не вдається досягти підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції. Це пов'язано з утворенням перитубарних і периваріальних злук, реоклюзії маткових труб (Квашенко В.П., 2007; Магакян О.Г., 2004; Сімрок В.В., 2007; Хворостьянов А.І., 2002; V. Gornel, 2006).

В наш час зберігається значний інтерес до проблеми реабілітації хворих з трубно-перитонеальним безпліддям. Сучасними фахівцями проведено безліч досліджень, спрямованих на оцінку різних методів реабілітації, на відновлення репродуктивної функції при трубно-перитонеальному безплідді (Слісєєв М.Ю., 2003; Кудлай О.М., 2009; Малевич К.И., 2007; Савельєва Г.М. та співавт., 2014, Шнейдерман М.Г., 2014). Вони рекомендують додатково проводити немедикаментозну реабілітацію репродуктивної функції в ранній післяопераційний період з метою профілактики вторинної оклюзії маткових труб. При вивченні та аналізуванні доступних джерел інформації, нами був зроблений висновок, що не зважаючи на те, що проблемі безпліддя, його лікування і реабілітації присвячена велика кількість наукових досліджень, вони в більшості випадків стосуються питань хірургічного (лапароскопічного) лікування та медичної реабілітації безпліддя, зокрема його трубно-перитонеального варіанту (Бакурідзе Є.М. та соавт, 2002; Мальтинська Н.А., 2010; Точилівська Л.В., 2002; Хворостьянов А.І., 2002). Але, на нашу думку, практично відсутні наукові роботи і практичні дослідження, присвячені використанню засобів і методів фізичної реабілітації в по-



доланні трубно-перитонеального безпліддя. Тому розробка індивідуально адаптованого комплексу методів фізичної реабілітації та його практичне застосування була покладена в основу проведення нашого дослідження.

Мета роботи: вивчення ефективності комплексу запропонованих засобів фізичної реабілітації як альтернативного методу, в практичному лікуванні трубно-перитонеального безпліддя у жінок репродуктивного віку.

Завдання дослідження:

1. Вивчити ефективність сучасних методів фізичної реабілітації в лікуванні трубно-перитонеального безпліддя.

2. Обґрунтувати і розробити комплексну програму фізичної реабілітації при трубно-перитонеальному безплідді.

3. Дослідити вплив запропонованих засобів фізичної реабілітації на стан репродуктивної функції у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям.

4. Упровадити в практичну діяльність закладів охорони здоров'я запропонований реабілітаційний комплекс при лікуванні трубно-перитонеального безпліддя.

Методи дослідження: Для реалізації поставлених завдань було використано такі методи дослідження: аналіз спеціальної науково-методичної літератури; педагогічний експеримент; клініко-анамнестичні методи дослідження; опитування та анкетування; функціональні методи дослідження (визначення значень базальної температури (БТ); лабораторні методи дослідження (гормональний профіль); інструментальні методи: ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза з використанням апарата «Voluson-730 Expert»; методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення: Нами спостерігалось 28 жінок у віці від 23 до 38 років (середній вік $31,3 \pm 1,3$ роки). Вторинне трубно-перито-

неальне безпліддя було діагностовано у всіх пацієнток. Тривалість безпліддя коливалася від 2 до 8 років (у середньому – $5,2 \pm 0,6$ років). У 17 (60,71%) пацієнток були ураження обох маткових труб та злуковий процес, пов'язані з оперативно-діагностичними втручаннями на органах малого таза. В 11 (39,29%) пацієнток в анамнезі тяжкий перебіг ППСШ (інфекцій, що передаються статевим шляхом та TORCH-інфекцій). У 9 (32,14%) жінок в анамнезі лапароскопічне лікування злукового процесу, з рецидивом патологічного процесу через 2-3 роки. Всі пацієнтки неодноразово проходили стаціонарне (консервативне) та хірургічне (лапароскопічне) лікування та мали неодноразове санаторно-курортне лікування в санаторних закладах.

До складу запропонованого нами комплексу фізичної реабілітації були включені такі її методи і засоби: як гінекологічний масаж, ЛФК, спеціальні вправи Кегеля. Як метод лікування нами використовувалися 2 основні методики гінекологічного масажу, за рекомендаціями І.І. Бенедиктова - бімануальний масаж і розтягнення спайок і зрощень з метою відновлення нормального положення матки і редресації її придатків [1, с. 21]. Пацієнтки проходили по 20 сеансів гінекологічного масажу, який проводився в міжменструальний період. Процедура проводилася як на гінекологічному кріслі, так і з використанням спеціального обладнаного для виконання певних прийомів, масажного столу.

Перший сеанс, зазвичай, проводився як ввідно-діагностичний і тривав від 5-7 до 10-15 хвилин. У цей час, як при бімануальному гінекологічному дослідженні, визначалися наявні індивідуальні патологічні зміни пацієнтки (стан матки і придатків, зв'язкового апарату, наявність злукових утворень, рубцевих тяжів та інших патологічних змін), хворобливі відчуття, біль, її інтенсивність і іррадіація,

особливості рухливості матки, придатків і зв'язкового апарату при зміні вихідного положення на спині на колінно-ліктьове і колінно-кистьове положення [1].

У 15 пацієнток (53,57%) була діагностована ретрофлексія матки (retroversio et retrodeviatio submobilis et fixate), у 13 (46,43%) пацієнток було діагностовано відхилення тіла матки в правий або лівий бік (dextra et sinistra lateroversio et flexio). Протягом перших 5-7 сеансів проводилися маніпуляції з розтягуванням спайок, виведення і фіксація матки спочатку в серединному, а потім і в положенні, близькому до фізіологічного (anteflexio) [1].

При відхиленні матки в праву або ліву сторону (dextra et sinistra lateroversio et flexio), злуковими утвореннями, проводилися маніпуляції з виведення тіла матки в бік, протилежний патологічній зміні, з фіксацією тіла матки двома руками в серединному положенні від 1 до 3 хвилин [1].

Сеанси гінекологічного масажу в групі, де була діагностована ретрофлексія матки (retroversio et retrodeviatio submobilis et fixate) були найбільш інтенсивними (до 25-30 хвилин), що визначалося наявністю численних злукових утворень, слабкістю зв'язкового апарату матки і м'язів тазового дна. Додатково, для більш інтенсивної розробки (розтягування спайок), використовувалися вихідні положення пацієнтки в колінно-ліктьовому, і особливо в колінно-кистьовому положеннях [8].

Нами використовувалися такі прийоми гінекологічного масажу: як центральна елевация матки, цикл зсувів тіла матки, максимально піднятою вгору і в бік, протилежний злуковому процесу і flexio, а також редресація придатків за допомогою виведення тіла матки в центральне і бічне положення, з наступною спробою її виведення, при підйомі, в фізіологічне її положення (antevercio anteflexio) [1]. Додатково пацієнткам цієї груп-



пи був призначений курс занять ЛФК за методикою Д.Н. Атабекова і К.Н. Прибилова, в модифікації Ф.А. Юнусова (1985) [3] і спеціальні вправи Кегеля (за стандартною схемою) для зміцнення м'язів передньої черевної стінки і тазового дна [14], фітбол [3].

По закінченні запропонованого лікування пацієнтки відзначали поліпшення самопочуття, зменшення болю. Контрольний гінекологічний огляд і проведення ультразвукового дослідження (УЗД) достовірно показали явні зміни топографії матки і придатків, її кращу рухливість, зменшення кількості злукових утворень і зрощень, відновлення прохідності маткових труб. З допомогою ультразвукової діагностики (УЗД), тестів на овуляцію та при тривалому (9-12 місяців) вимірюванні БТ (базальної температури) підтверджена наявність регулярних овуляцій в обох яєчниках. Під час гінекологічного огляду визначено значне зміцнення м'язів тазового дна і передньої черевної стінки.

Після проведення курсу фізичної реабілітації, пацієнтки протягом наступних 3-6 місяців додатково індивідуально проходили санаторно-курортний етап реабілітації. Протягом наступного року завагітніло та народило 7 (25%) пацієнток, з числа тих, що були задіяні в проведенні нашого дослідження з впровадження комплексу засобів фізичної реабілітації.

Висновки:

1. Аналіз спеціальної літератури свідчить, що безпліддя, особливо його трубно-перитонеальний варіант, є актуальною проблемою в Україні і світі.

2. Розроблена і впроваджена комплексна програма реабілітації жінок з трубно-перитонеальним варіантом безпліддя є додатковою можливістю в подоланні загрози безпліддя у жінок репродуктивного віку.

3. Вважаємо, що ефективність лікувально-відновлювальних заходів при трубно-перитонеально-

му безплідді значно б підвищилася при включенні в програму комплексних реабілітаційних заходів бальнео-терапевтичних і фізіотерапевтичних методів, як на амбулаторному, так і на санаторно-курортному етапах реабілітації у жінок з цією патологією.

Перспектива подальших досліджень: пов'язана з вивченням можливостей використання різних альтернативних методів і засобів у комплексній програмі фізичної реабілітації для нормалізації і відновлення репродуктивної функції у жінок з іншими формами безпліддя.

Література:

1. Акушерско-гинекологический массаж: руководство / М.Г. Шнейдерман. – М. ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 80 с.
2. Бесплодный брак: Практическое руководство / Под ред. чл.-корр. НАМН Украины, профессора В.К. Чайки. – Донецк: ЧП «Лавис». – 2012. – 384 с.
3. Владимирович Н.И. Физична реабілітація в гінекології / Навчальний посібник / Н.И. Владимировича. – К.: Медицина. – 2010. – 80 с.
4. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А.С. Гаспаров, Н.И. Волков, М.Е. Корнеева // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
5. Іванюта Л.І. Проблеми безплідності в Україні та напрями до її вирішення / Л. І. Іванюта // Журн. Акад. мед. наук України. – 1996. – № 3. – С. 436–444.
6. Мальтинская Н.А. Оптимизация лечения по восстановлению репродуктивной функции у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Автореф. дис... канд. мед. наук. – М. – 2010. – 11 с.
7. Магакян О.Г. Комплексный метод лечения больных с трубным фактором бесплодия. // Пути сохранения репродук-

тивного здоровья женщин. – Волгоград. – 2004. – Сборник научных материалов. – 129 с.

8. Потапова О.В. Современные аспекты физической реабилитации в лечении трубно-перитонеального бесплодия. – Ярославль: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области “Областной перинатальный центр”. – 2014. – 12 с.
9. Точилова Л.В. Диагностика трубного бесплодия и реабилитация репродуктивной функции женщины после хирургической коррекции маточных труб. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Минск. – 2002. – 18 с.
10. Хворостьянов А.И., Сиренченко И.Н. Роль спаечного процесса в малом тазу в генезе трубно-перитонеальной формы бесплодия у женщин // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – Москва. – 2002. – С. 282–284.
11. Al-Fadhli R. Tubal disease in relation to infertility. In: Falcone., Hurd W.W. ed. / R. Al-Fadhli, T. Tulandi // Clinical Reproductive Medicine and Surgery. PA: Elsevier. – 2008. – P. 697–709.
12. Etarzevski A. Fertility of women after microsurgical resection of intraperitoneal adhesions of uterine adnexa / Gynecol. Pol. 2005. V. 66. N. 8. – P. 469–472.
13. Evers J.L.H. Female subfertility / J.L.H. Evers // Lancet. – 2007. – № 360. – P. 151–159.
14. Perry JD, Hullet LT. The role of home trainers in Kegel's Exercise Program for the treatment of incontinence. Ostomy. Wound Management. – 1990; 30: 51.
15. Radwan J. Epidemiologia niepłodności. (W) Niepłodność i rozród wspomagany. Red. Radwan J., Wołczyński S., Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2011, str. 11–14.

