

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	6
Об авторе Л.В. Адамян	7
Список сокращений и условных обозначений.....	9

ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Глава 1. Основы медицинской реабилитации.....	13
--	----

В.А. Епифанов, М.С. Петрова

1.1. Цель и задачи медицинской реабилитации	14
1.2. Принципы медицинской реабилитации	15
1.3. Основные направления медицинской реабилитации	16
1.4. Виды реабилитации.....	18
1.5. Этапы медицинской реабилитации	22
1.6. Реабилитационные необходимость, способность и прогноз (потенциал)	24
1.7. Организация медицинской реабилитации.....	25
1.8. Нормативно-правовое регулирование медицинской реабилитации.....	30

Глава 2. Основные средства и методы медицинской реабилитации	33
--	----

В.А. Епифанов

2.1. Лечебная физическая культура.....	33
2.2. Физиотерапия	84
2.3. Массаж	95
2.4. Рефлексотерапия	124
2.5. Мануальная терапия.....	129
2.6. Кинезиотейпирование	135
2.7. Психотерапия.....	137

ЧАСТЬ II. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Глава 3. Медицинская реабилитация при воспалительных заболеваниях женской половой системы.....	151
--	-----

Л.В. Адамян

- 3.1. Воспалительные заболевания органов малого таза 151
- 3.2. Хроническая тазовая боль 157

Глава 4. Медицинская реабилитация при гормонозависимых заболеваниях женской половой системы 163
В.А. Епифанов

- 4.1. Этиология и патогенез 163
- 4.2. Немедикаментозное лечение 167

Глава 5. Медицинская реабилитация при пролапсе тазовых органов 173
В.А. Епифанов

ЧАСТЬ III. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Глава 6. Физиологические и психофизиологические аспекты беременности 185
С.Е. Назарян, М.С. Петрова

- 6.1. Физиологические аспекты беременности 185
- 6.2. Оценка психоэмоциональной сферы беременных 190
- 6.3. Коррекция негативных психоэмоциональных состояний у беременных 192
- 6.4. Психоэмоциональные особенности послеродового периода 199

Глава 7. Медицинская реабилитация при токсикозах беременных 201
М.С. Петрова

Глава 8. Медицинская реабилитация при беременности, осложненной заболеваниями сердечно-сосудистой системы 222

- 8.1. Критические периоды беременности для обострения сердечно-сосудистых заболеваний 222
Р.И. Стрюк

- 8.2. Цель и задачи медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 224
В.А. Епифанов

- 8.3. Средства медицинской реабилитации 224
В.А. Епифанов

- 8.4. Артериальная гипертензия 231
Р.И. Стрюк, В.А. Епифанов

8.5. Врожденные и приобретенные пороки сердца	240
<i>Р.И. Стрюк, В.А. Епифанов</i>	
8.6. Медицинская реабилитация при варикозном расширении вен нижних конечностей	261
<i>В.А. Епифанов, И.И. Иванова</i>	
Глава 9. Медицинская реабилитация при беременности, осложненной заболеваниями мочевыделительной системы. Недержание мочи	272
<i>В.А. Епифанов</i>	
9.1. Определение, классификация	272
9.2. Клиническая картина	273
9.3. Немедикаментозное лечение	275
Глава 10. Медицинская реабилитация беременных с сахарным диабетом	295
<i>М.С. Петрова, В.А. Епифанов</i>	
Глава 11. Медицинская реабилитация беременных с ожирением	322
<i>М.С. Петрова, В.А. Епифанов</i>	
Глава 12. Медицинская реабилитация после кесарева сечения	341
<i>В.А. Епифанов</i>	
12.1. Ранняя активизация пациенток после хирургического вмешательства	341
12.2. Риски, связанные с родоразрешением посредством хирургического вмешательства	351
ЧАСТЬ IV. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА	
Глава 13. Медицинская реабилитация при расхождении прямых мышц живота во время или после родоразрешения	370
<i>В.А. Епифанов</i>	
Глава 14. Медицинская реабилитация при фибромиалгии... ..	382
<i>В.А. Епифанов, М.С. Петрова</i>	
Рекомендуемая литература	407
Предметный указатель	410

ГЛАВА 7

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ

Гестоз — осложнение беременности, в основе которого лежат расстройства общего кровообращения. Он развивается после 20-й недели беременности и характеризуется полиорганной функциональной недостаточностью. Гестоз — не самостоятельное заболевание, а синдром, обусловленный невозможностью адаптационных систем организма беременной адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Реализуется это несоответствие как выраженная в той или иной мере перфузионно-диффузионная недостаточность плаценты. Гестоз представляет собой прогрессирующее заболевание с различными клиническими проявлениями и разным темпом их нарастания. Классическая клиническая триада симптомов — АГ, протеинурия, отеки (чрезмерная прибавка массы тела). Гестоз встречается у 6–8% беременных в развитых странах и более чем у 20% — в развивающихся. В России, несмотря на снижение абсолютного количества родов в последнее десятилетие, частота гестоза из года в год увеличивается и достигает 16–21% (Айла-мазян Э.К., Мозговая Е.В.).

Причины, которые предопределяют нарушение адаптации, условно распределяют на несколько групп:

- врожденная, генетически обусловленная слабость тех или других систем организма, приводящая к наследственной склонности к гестозу;
- психологическая и социальная дезадаптация женщины;
- хронические экстрагенитальные и генитальные патологические состояния;
- осложненное течение нынешней беременности и т.д.

Классификация. По срокам возникновения и клиническим проявлениям различают следующие формы (**рис. 7.1**):

- Ранний гестоз возникает в первой половине беременности (обычно в первые 1–3 мес), большинство симптомов исчезают с окончанием формирования плаценты.

Клиническая классификация гестозов

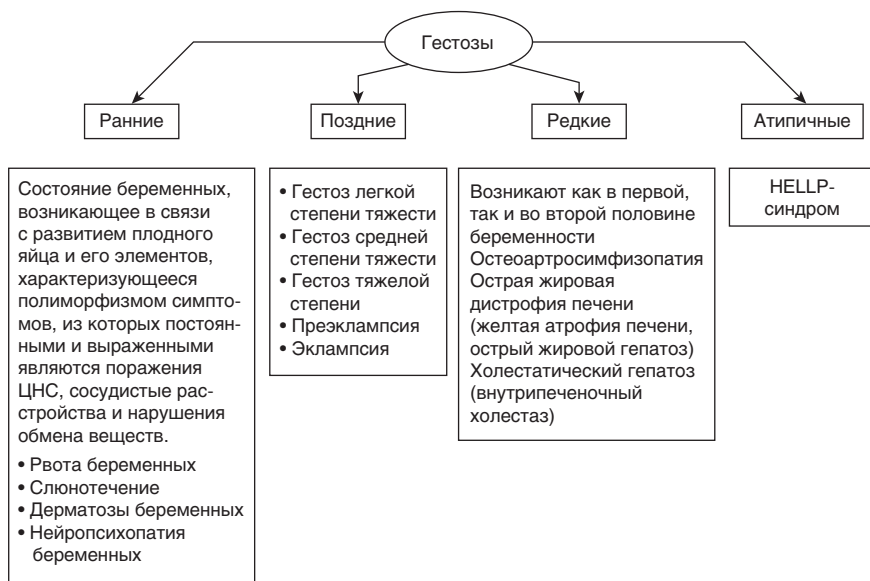


Рис. 7.1. Клиническая классификация гестозов. ЦНС — центральная нервная система; HELLP-синдром — вариант гестоза, проявляющийся гемолизом (hemolysis), повышением активности печеночных ферментов (elevated liver enzymes) и тромбоцитопенией (low platelets)

- Редкие формы гестоза возникают как в первой, так и во второй половине беременности.
- Поздний гестоз клинически проявляется во второй половине беременности (чаще в последние 2–3 мес).

Клиническая картина. Для всех форм гестоза существуют общие признаки (Венцковский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я. и др.):

- Гестоз развивается лишь во время беременности.
- Всем формам гестоза присущи функциональные изменения ЦНС, начиная с ее лабильности и заканчивая судорогами и комой.
- Присутствуют вазомоторные нарушения в виде АГ (поздний гестоз) или артериальной гипотензии (ранний гестоз), тахикардии.
- Происходит снижение выделительной функции почек (снижение диуреза).
- Возникают метаболические нарушения.
- Возможны нарушения процессов терморегуляции (повышение или снижение температуры тела).
- Гестоз чаще встречается во время первой беременности.

- Характерна полиорганной патологии (нарушения макро- и микроциркуляции крови, выделительной функции почек, детоксикационной функции печени и т.д.).

Гестоз первой половины беременности еще называют ранним токсикозом, и встречается он гораздо чаще, чем поздний гестоз. Основные клинические признаки:

- тошнота;
- рвота;
- повышенное слюноотделение;
- отвращение к запахам, продуктам питания.

В зависимости от выраженности клинической картины выделяют три степени раннего гестоза (**табл. 7.1**).

Таблица 7.1. Клиническая классификация раннего гестоза

Симптом	Степень тяжести		
	легкая	средняя	тяжелая (чрезмерная)
Частота рвоты в сутки	3–5 раз	6–10 раз	11–15 раз и чаще (вплоть до непрерывной)
ЧСС, в минуту	80–90	90–100	Свыше 100
Систолическое АД, мм рт.ст.	120–110	110–100	Ниже 100
Снижение массы тела в неделю	1–3 кг (до 5% исходной)	3–5 кг (6–10% исходной)	Свыше 5 кг (10% исходной и более)
Повышение температуры тела до субфебрильных значений	Отсутствует	Редко	Часто (у 35% беременных)
Желтушность склер и кожного покрова, %	Отсутствует	У 5–7	У 20–30
Гипербилирубинемия, мкмоль/л	Отсутствует	21–40	21–60
Сухость кожного покрова	+	++	+++
Стул	Ежедневно	1 раз в 2–3 дня	Задержка стула
Диурез, мл	900–800	800–700	Менее 700
Кетонурия	+, ++	+, ++, +++ (периодически у 20–30%)	+++, ++++ (у 70–100%)

Примечание. +, ++, +++ — степень выраженности.

При тяжелой форме раннего гестоза женщину в обязательном порядке госпитализируют и проводят симптоматическое лечение. Как правило, признаки гестоза первой половины беременности исчезают к 12-й неделе, к этому моменту организм полностью успевает адаптироваться к своему новому состоянию.

Гестоз второй половины беременности. В настоящее время часто применяют термин «поздний токсикоз беременных», причем выделяют четыре клинические формы:

- водянку беременных;
- нефропатию;
- преэклампсию;
- эклампсию.

В зависимости от степени выраженности и места локализации отеки условно подразделяют на несколько степеней.

1-я степень: отеки появляются только на нижних конечностях и немного на кистях.

2-я степень: отеки распространяются на конечности и живот, АД повышается.

3-я степень: отеки охватывают руки, ноги, живот, лицо и шею беременных, функции внутренних органов нарушены, к повышенному АД добавляется белок в моче. На этой стадии гестоза врачи ставят диагноз «преэклампсия». При прогрессировании состояния и отсутствии медицинской помощи развивается **эклампсия** — состояние, характеризующееся развитием тонических и клонических судорог у беременной, отслойкой плаценты, гибелью плода и комой у женщины.

Шкала тяжести гестоза представлена в **табл. 7.2**.

Таблица 7.2. Шкала тяжести гестоза (Гоеске в модификации Г.М. Савельевой)

Симптом	0 баллов	1 балл	2 балла	4 балла
Отеки	Нет	На голенях, патологическая прибавка массы тела	На голенях, передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия, г/л	Нет	0,033–0,132	0,132–1,0	1,0 и более
Систолическое АД, мм рт.ст.	<130	130–150	150–170	170 и выше
Диастолическое АД, мм рт.ст.	<85	85–90	90–110	110 и выше

Окончание табл. 7.2

Симптом	0 баллов	1 балл	2 балла	4 балла
Срок появления гестоза, нед	—	36–40	30–35	24–30
Гипотрофия плода	—	—	Отставание на 1–2 нед	Отставание на 3 нед и более
Фоновые заболевания	—	Проявления до беременности	Проявления во время беременности	Проявления до и во время беременности

Примечание. Легкая степень — до 7 баллов, средней тяжести — 8–11 баллов, тяжелая степень — 12 баллов и выше.

Также известны *атипичные формы* протекания патологии на поздних сроках:

- HELLP-синдром — вариант гестоза, проявляющийся гемолизом (hemolysis), повышением активности печеночных ферментов (elevated liver enzymes) и тромбоцитопенией (low platelets);
- жировой гепатоз — нарушается работа печени с увеличением ее размеров по результатам ультразвукового исследования;
- холестатический синдром — появляются зуд, застой желчи в желчевыводящих путях, нарушается работа печени.

Атипичные формы — показание к незамедлительной медицинской помощи и экстренному родоразрешению на любом сроке.

Немедикаментозное лечение

Программа реабилитационных мероприятий предусматривает прежде всего немедикаментозные превентивные меры: достаточный отдых, устранение стрессорных факторов, правильную диету, исключение провоцирующих факторов. Превентивную терапию можно рассматривать, если мигренозные атаки случаются более 2 раз в неделю, в соответствии с теми же принципами, что и у небеременных, но с учетом коморбидных расстройств и минимизации побочных эффектов.

Рекомендации по режиму дня. Беременной женщине необходимо соблюдать определенный распорядок дня. Крепкий сон, своевременный прием пищи, прогулки на свежем воздухе и небольшие физические упражнения — залог здоровья ребенка и прекрасного самочувствия матери.

Здоровый сон. Беременной необходимо чуть больше времени для восстановления сил. Оптимальны 9–11 ч ночного сна и 1 ч дневного.

Рекомендовано просыпаться в 7–9 ч утра в зависимости от биологических ритмов и наличия работы. Засыпать следует не позднее 23 ч вечера.

Полноценный ночной сон — обязательное условие для поддержания здоровья женщины и правильного развития ребенка в период беременности. Однако часто привычные положения для сна со II триметра неудобны и не позволяют комфортно спать, в том числе могут вызвать патологические состояния: изжогу, одышку, боли в спине, бессонницу и др. Спать на животе можно только на ранних сроках беременности, в дальнейшем такая поза способна навредить ребенку. Сон на спине также не рекомендован во II и III триместрах, так как увеличенная в размерах матка оказывает давление на полую вену (рис. 7.2). Если женщина долго находится в этой позе, будет ограничено поступление крови и питательных веществ к плаценте и ребенку, спровоцирована гипоксия, что может привести к отклонениям в формировании основных систем и органов, поражению нервной системы разной степени тяжести, а в будущем отразится на когнитивных способностях ребенка. Кроме того, если беременная подолгу лежит на спине, возможно ощущение нехватки воздуха, у нее могут появиться слабость, головокружение, повышенная потливость и различные патологические изменения в сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной системах. Также это может спровоцировать развитие гестоза и даже угрозу преждевременных родов. По этим причинам во время беременности необходимо занимать наиболее удобные и безопасные позы для сна. Самая лучшая поза для сна — *на боку с согнутыми коленями*. Нужно помнить, что позу для сна периодически необходимо менять, во время сна на левом боку отсутствует давление на печень, улучшается кровообращение. Для того чтобы снизить нагрузку, чувствовать себя и спать наиболее комфортно, можно воспользоваться специальными подушками для беременных (рис. 7.3).

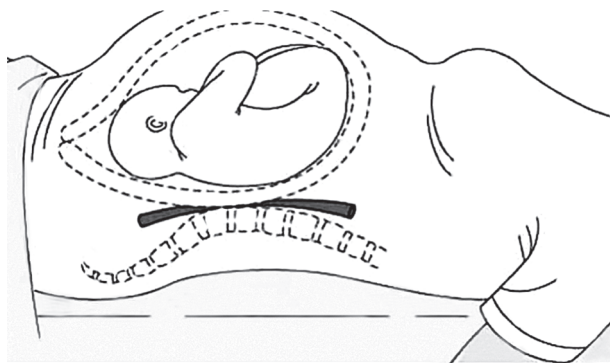


Рис. 7.2. Давление на полую вену во время положения лежа на спине



Рис. 7.3. Наиболее рациональные положения женщины для сна (с использованием подушек для беременных)

Музыкотерапия полезна во время беременности для матери и ребенка. Ребенок слышит звуки и без наложения наушников на живот (он слышит все, что слышит женщина). Пользу приносит прослушивание (с громкостью, комфортной для слуха) *только классической музыки*, с неизменным ритмом, в хорошем исполнении. Классическая музыка способствует улучшению физического и психологического здоровья женщины.

Классическая музыка положительно влияет на развитие интеллекта, воздействуя на оба полушария мозга, что служит здоровой основой дальнейшего психического развития ребенка (**рис. 7.4**). У него лучше развиваются слух, память, речь, ассоциативное мышление, улучшаются процессы дыхания и кровообращения.



Рис. 7.4. Музыкотерапия

Правильное питание с учетом возрастающей потребности в витаминах, микроэлементах, углеводах и питательных веществах — основа профилактики и лечения головной боли на ранних сроках беременности. Следует отказаться от жирных и жареных блюд, сладостей, фаст-фуда. Основу рациона должны составлять крупы, нежирные сорта мяса и рыбы, овощи и фрукты. По необходимости, а также по результатам анализов крови может потребоваться прием витаминных комплексов.

Физическая активность. Во время беременности обязательна индивидуально подобранная программа физической активности (активный двигательный режим, физические упражнения, пешие прогулки и др.). От интенсивных нагрузок стоит отказаться, но необходимо ежедневно уделять время прогулкам на свежем воздухе и несложным по выполнению и запоминанию физическим упражнениям. При их отсутствии возрастает вероятность обменных нарушений, ухудшения кровообращения и недостаточного поступления кислорода к клеткам и тканям головного мозга (рис. 7.5).



Рис. 7.5. Упражнения на свежем воздухе

Массаж и миофасциальный релиз — методы устранения напряжения задней группы мышц шеи и верхней порции трапециевидной мышцы (приемы растяжения напряженных мышц, поглаживания, растирания и легкая вибрация). Расслабление мышц и восстановление кровотока приводят к купированию болей и заметному улучшению самочувствия.

Сочетанное применение элементов **МТ** (ПИР, ишемической компрессии активных триггерных точек, релаксации напряженных мышц и т.д.) с массажем, миофасциальным релизом приводит к более быстрому восстановлению нарушенного мышечного баланса.

Другие виды лечения, оказываемого на амбулаторном уровне:

- электросон (длительность процедуры 60–90 мин, курс лечения 6–8 сеансов);

- электроаналгезия (длительность процедуры 60–90 мин, курс лечения 6–8 сеансов);
- точечный массаж (курс 5–7 дней);
- прогулки на свежем воздухе, скандинавская ходьба;
- легкие физические нагрузки (в виде процедур ЛГ с использованием упражнений изотонического характера с гимнастическими предметами и без них) в зале ЛФК и в бассейне — аквааэробика (рис. 7.6).



Рис. 7.6. Занятия в лечебном бассейне (элементы аквааэробики)

К немедикаментозной терапии относят также **психотерапию и акупунктуру**. Относительно психотерапии известно, что существует рациональный метод, который направлен на уменьшение негативного и ложного представления беременной относительно ее здоровья (рис. 7.7). Согласно данным Royal College of Obstetricians and Gynaecologists «The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum», акупунктура безопасна для беременных.



Рис. 7.7. Индивидуальные занятия с психотерапевтом