



# Реабілітація в акушерстві та гінекології

Н.Я. Жилка, Н.Г. Гойда, О.С. Щербінська

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

**Анотація.** У статті висвітлено актуальні питання щодо необхідності застосування реабілітаційних методів в акушерстві та гінекології як невід'ємного процесу профілактики розладів жіночого здоров'я та підвищення якості життя жінки після втручання, зокрема у сфері акушерства та гінекології. Показані проблеми недостатнього використання реабілітаційних заходів на міжнародному та національному рівні. Проблемним питанням є побудова системи реабілітації як вагомого профілактичного компонента погіршення якості життя або інвалідизації населення. Методами бібліосемантичного та структурно-логічного аналізу оцінено основні методи реабілітації в акушерстві та гінекології та ефективність їх використання у вітчизняній системі охорони здоров'я. Систематизовано виокремлені основні групи станів в акушерстві та гінекології, що потребують реабілітаційних заходів, запропоновано детальне використання реабілітаційних заходів прицільно щодо кожної групи: вагітність, пологовий травматизм, постабортні ускладнення, оперативні акушерські та гінекологічні втручання, запальні захворювання органів репродуктивної системи. Системний підхід до використання реабілітації в акушерстві та гінекології дозволить позитивно вплинути на стан репродуктивного здоров'я жінок.

**Ключові слова:** реабілітація, лікувальна фізкультура, вагітність, пологи, функціональне нетримання сечі, кесарів розтин.

## Вступ

Відповідно до стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я у сфері громадського здоров'я реабілітація є невід'ємною частиною загального охоплення послугами охорони здоров'я з укріпленням здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням і паліативною допомогою. За оцінками, патологічні стани, за яких показана реабілітація, в усьому світі відзначають у близько 2,4 млрд осіб. Сьогодні потреби в реабілітаційних послугах значною мірою не задовольняються. У деяких країнах з низьким і середнім рівнем доходу >50% осіб не отримують необхідних послуг з реабілітації.

Реабілітація визначається як «комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей людини і зниження рівня інвалідності в осіб з порушенням здоров'я з урахуванням умов їх проживання». Реабілітація є важливою складовою загального охоплення послугами охорони здоров'я і є однією з ключових стратегій досягнення Цілі 3 у сфері сталого розвитку («Забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці»).

Реабілітація може пом'якшити несприятливі наслідки широкого спектра патологічних станів, включаючи захворювання (гострі або хронічні) та травми. Реабілітаційні послуги можуть надаватися на додаток до інших заходів втручання, включаючи медичні процедури та хірургічні втручання, задля досягнення оптимальних результатів лікування. Отже, за допомогою надання послуг з реабілітації можливо попередити ускладнення багатьох патологічних станів, зокрема пригальмувати розвиток інвалідизуючих наслідків акушерських травм або хірургічних втручань як в акушерстві, так і в гінекології.

Мета: проаналізувати основні актуальні методи реабілітації в акушерстві та гінекології та ефективність їх використання у вітчизняній системі охорони здоров'я.

## Об'єкт і методи дослідження

Об'єкт дослідження: система реабілітації в акушерстві та гінекології.

Методи дослідження: бібліосемантичний; метод структурно-логічного аналізу.

## Результати та їх обговорення

Дослідження основних методів реабілітації в акушерстві та гінекології продемонструвало їх ефективність у разі застосування, а також недостатнє приділення уваги необхідності їх використання організаторами вітчизняної системи охорони здоров'я матері та дитини та практичними лікарями.

Необхідно зазначити такі проблемні питання побудови системи реабілітації як вагомого профілактичного компонента погіршення якості життя або інвалідизації населення:

- низький рівень пріоритетності реабілітації, недостатнє фінансування, відсутність політики або планів у сфері надання реабілітаційних послуг на національному рівні;
- відсутність доступу до послуг з реабілітації за межами міських районів і тривале очікування;
- високий рівень витрат населення на послуги з реабілітації та відсутність або недостатність механізмів фінансової підтримки;
- дефіцит кваліфікованих фахівців у галузі реабілітації: у багатьох країнах з низьким і середнім рівнем доходу забезпеченість кваліфікованим персоналом становить <10 на 1 млн осіб;
- дефіцит ресурсів, включаючи допоміжні технології, обладнання та витратні матеріали;
- низький рівень наукової роботи і збору даних щодо реабілітації;
- неефективні або недостатньо задіяні механізми направлення пацієнтів для отримання реабілітаційних послуг.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я вважають, що для повної реалізації потенціалу реабілітаційних послуг необхідно вжити заходів щодо посилення системи охорони здоров'я в цілому та включити реабілітацію в обсяги медичного обслуговування населення на всіх рівнях систем охорони здоров'я як один із компонентів загального охоплення послугами охорони здоров'я [1].

Основні групи станів в акушерстві та гінекології, що потребують реабілітаційних заходів, наступні: вагітність, пологовий травматизм, постабортні ускладнення, оперативні акушерські та гінекологічні втручання, запальні захворювання органів репродуктивної системи.

## Вагітність

Вагітність і пологи потребують реабілітаційних заходів при неускладненому перебігу вагітності та пологів, а тим більше — після випадків ускладнень. У профілактиці ускладнень вагітності та післяпологового періоду реабілітаційного значення набуває застосування засобів фізичної реабілітації в період вагітності.

Фізичні вправи сприятливо впливають як на перебіг вагітності, так і на пологовий та післяпологовий період. У період вагітності відбувається перебудова організму, яка іноді супроводжується явищами гіпертензивних ускладнень, що проявляється нудотою, блюванням, запамороченням, спотворенням смаку, втратою апетиту. Ці явища бувають менш вираженими у разі систематичних занять фізичними вправами, оскільки дозоване фізичне навантаження сприятливо впливає на вегетативну нервову систему.

У період вагітності надають перевагу прогулянкам на свіжому повітрі, самомасажу, гімнастичним вправам. Заняття спортом можуть призвести до гіпоксії плода, значного напруження м'язів черевного преса, тазового дна та всіляких струсів тіла.

Вагітним корисні дихальна гімнастика, вправи для зміцнення м'язів черевного преса, промежини, спини та вправи на розслаблення. Використовують усі вихідні положення, але все ж таки переважно — положення лежачи (особливо гімнастика для м'язів промежини, черевного преса, спини, ніг, дихальні вправи та ін.). Динамічні вправи необхідно поєднувати з дихальними та вправами на розслаблення.

Американські фахівці, вивчивши найбільш популярні серед жінок види рухової активності, рекомендують ті з них, які доцільно використовувати в період вагітності.

Допустимі види рухової активності при гінекологічних захворюваннях і в період вагітності такі:

- джогінг (швидка ходьба і біг підтюпцем) на дистанцію не менше 3,2 км. Великі навантаження для нижніх кінцівок у II та III триместр вагітності можуть стати причиною варикозного розширення вен;
- аеробіка — вправи в комбінації з танцями, підібрані таким чином, щоб повністю уникнути надмірного розтягнення м'язів, які виконують, лежачи на спині;
- заняття на велотренажері, які можуть здійснюватися протягом усього періоду вагітності. Інтенсивність навантаження у I триместр становить 60% від максимального споживання кисню, у II і III триместр (до 24 тиж) — 65–70% від максимального споживання кисню. Тривалість 10–15 хв;
- плавання, вправи у воді [2].

### Фізична реабілітація в післяпологовий період

Активне ведення післяпологового періоду є ефективною профілактикою ускладнень й водночас реабілітацією з метою відновлення репродуктивного здоров'я шляхом покращання кровообігу, прискорення інволюції матки, нормалізації функції сечового міхура та кишечника. Використання фізичних вправ у післяпологовий період допомагає вирішити низку важливих завдань щодо відновлення функціонального стану організму породіллі та підвищення її адаптації до майбутніх фізичних навантажень після пологів.

Використання статичних та динамічних дихальних вправ сприяє відновленню навички повного дихання за участю в ньому діафрагми та передньої черевної стінки. Діафрагмальне дихання усуває застій у черевній порожнині, прискорюючи венозний кровообіг, посилює вплив венозної крові до серця та певною мірою зміцнює стінки черевної порожнини.

Вправи для черевного преса та тазового дна сприяють швидкому відновленню розтягнутих м'язів та фасцій, клітковини та шкіри черевної стінки і промежини, що, зі свого боку, сприяє відновленню нормального топографічного зв'язку органів черевної порожнини та малого таза. За нормального перебігу пологів та раннього післяпологового періоду гімнастика повинна призначатися на 2-гу добу після пологів.

Протипоказання до використання фізичних вправ у післяпологовий період такі: лихоманковий стан, слабкість у зв'язку з великою втратою крові та тяжкими пологами, нефропатія, еклампсія під час пологів, розриви промежини III ступеня.

Масаж у післяпологовий період є методом реабілітації не лише відновлення репродуктивних органів, а й інших систем породіллі. На думку як західних, так і вітчизняних фахівців, починати післяпологовий відновний масаж можна не раніше, ніж через 2–3 тиж після пологів. Під впливом масажу зростають еластичність м'язових волокон, їх скорочувальна функція. Масаж сприяє підвищенню працездатності м'язів, при цьому прискорюється відновлення після посиленого фізичного навантаження. Навіть при короткочасному масажі (протягом 3–5 хв) краще відновлюється функція стомлених м'язів, ніж під час відпочинку протягом 20–30 хв.

Масаж також істотно впливає на суглоби. Під впливом масажу покращується кровопостачання суглоба, зміцнюється сумочно-зв'язувальний апарат суглоба. Цей ефект у післяпологовий період має особливе значення для суглобів хребетного стовпа. У жінки після пологів суглоби та м'язи хребта піддаються підвищеному навантаженню, що є причиною виникнення болю у спині. Масаж допомагає впоратися з цією проблемою. Нервова система перша приймає вплив масажу, оскільки у шкірі розташовано безліч нервових закінчень. Змінюючи силу, характер і тривалість масажу, можна знижувати чи підвищувати нервову збудливість.

Такий підхід до післяпологової реабілітації сприяє хорощим сімейним стосункам і має важливе соціальне значення.

### Опущення внутрішніх статевих органів

Проблема опущення внутрішніх статевих органів є надзвичайно актуальною. Своєчасно застосовані реабілітаційні заходи можуть попередити нерідкісну патологію в майбутньому житті жінки, що абсолютно негативно впливає на якість життя. При I та II ступені опущення внутрішніх статевих органів заняття лікувальною гімнастикою є ефективними. Найчастіше через 5–6 міс регулярних занять настає одужання.

При опущенні III ступеня лікувальна гімнастика покращує функціональний стан, але не здатна вплинути на анатомо-морфологічні зміни, а при IV та V ступені опущення ефект від застосування лікувальної гімнастики є незначним. При IV та V ступені опущення внутрішніх статевих органів рекомендовано хірургічне лікування. У таких випадках застосування пластичної хірургії є ефективним методом реабілітації.

Фізичні методи зменшують вираженість болю, сприяють розсмоктуванню, відновлюють обмін речовин, нормалізують оваріально-менструальну та секреторну функцію [3].

### Функціональне нетримання сечі

Функціональне нетримання сечі — одне з поширених ускладнень вагітності та пологів. Функціональне нетримання сечі може бути наслідком травматичного впливу на сечостатеву систему, результатом розтягнення задньої стінки сечовика, опущення передньої стінки піхви. Нетримання сечі може виникнути через декілька місяців після



пологів. Відмічають частіше у жінок з опущенням передньої стінки живота й у жінок з великою кількістю пологів.

Високу ефективність впливу фізичних вправ, в основі яких полягає підвищення тону сфінктера сечового міхура, відзначають при лікуванні хворих з функціональним нетриманням сечі.

Заняття рекомендують проводити через день, тривалість кожного — 45–50 хв. Курс занять — 4–6 міс. Після закінчення курсу необхідно продовжувати виконувати спеціальні вправи. Навіть при стійкій стабілізації досягнутого ефекту доцільно провести повторні курси лікування.

Показані лікувальна гімнастика, масаж, плавання, гнотельна гімнастика, їзда на велосипеді, лижні прогулянки, заняття на тренажерах, загартовування та ін.

### *Гістеректомія у разі невідкладної допомоги в акушерській практиці*

Гістеректомію виконують як найважливіше оперативне втручання, що дозволяє зберегти життя жінки. Операція спрямована на радикальну зупинку маткової кровотечі. Це оперативне втручання проводять переважно жінкам молодого віку, які позбавляються органу-мішені, і подальше їх життя визначається різноманітністю особливостей відновлення життєвих функцій, здоров'я, психологічної та соціальної адаптації. Втрачений орган пацієнтки стає своєрідною платою за продовження життя. Рішення приймає лікар у критичній ситуації, і від того, наскільки воно своєчасне та правильне, залежить успішний результат для хворої.

Система лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів здійснюється у два етапи.

1-й етап: невідкладна допомога зводиться до корекції та відновлення життєвих функцій організму, що здійснюється згідно з унормованими хірургічними технологіями. Вивчення у віддалений період стану здоров'я жінок після перенесеної гістеректомії за невідкладними акушерськими показаннями виявило значну частоту соматичних захворювань (57,84%), наявність психоемоційних, вегетосудинних та ендокринно-обмінних розладів (86,27%), а також зниження соціальної адаптації (37,25%).

2-й етап лікувально-реабілітаційних заходів проводять через 1 міс після 1-го. З урахуванням ступеня вираженості психоемоційних порушень та вегетативних дисфункцій проводять спеціальні курси медикаментозної терапії в комплексі з гіпнотерапевтичними та фізіотерапевтичними методами.

Призначення додаткових повторних курсів залежить від ефективності перебігу та індивідуальних особливостей пацієнток [4].

### **Пологовий травматизм**

Проблема пологового травматизму залишається актуальною в сучасному акушерстві, що пов'язано з його високою частотою. Найчастішими акушерськими травмами є ушкодження м'яких тканин пологового каналу, зокрема шийки матки. Частота акушерських травм шийки матки за перших пологів становить 17–28%. У першороділь віком >30 років розриви шийки матки відмічають вдвічі частіше, ніж у жінок молодого віку.

Пологова травма шийки матки веде до порушення іннервації, рецепції та трофіки органа, що нерідко призводить до неефективного відновлення шийки. Протягом останніх десятиліть у жінок молодого віку є тенденція до підвищення частоти фонових та передракових захворювань шийки матки, що розвинулися на тлі акушерських травм. Дані низки досліджень підтверджують, що патологічні зміни епітелію

(лейкоплакія, дисплазія різного ступеня, преінвазивний рак шийки матки) виявляють у 3 рази частіше на тлі рубцевої деформації шийки матки та ектропіону. Так, за даними низки авторів, на тлі рубцевої деформації шийки матки у 79,2% жінок розвивається лейкоплакія, у 43,5% — дисплазія шийки матки, що ускладнюється онкогінекологічною патологією.

Для жінок, які перенесли акушерські травми шийки матки, пропонують лікувально-реабілітаційні заходи. В якості оптимізації відновлення після акушерських травм, лікування несприятливих наслідків розривів шийки матки розглядають комплексний підхід системи профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів. Зокрема, для відновлення після акушерських травм шийки матки в ранній післяпологовий період рекомендують використовувати двоярідні вікрилові шви з подальшою асептичною обробкою ранових поверхонь.

У подальшому необхідно проводити комплексне обстеження жінок, які перенесли акушерські травми шийки матки, із застосуванням бактеріоскопічного, цитологічного, кольпоскопічного, імунофлуоресцентного методів, вивчення біоценозу, а також проведення у разі необхідності коригуючого оперативного лікування. Надзвичайно ефективним способом реабілітації зарекомендував себе метод діатермокоагуляції шийки матки [5].

### **Реабілітаційні заходи, пов'язані з аборт**

Внаслідок аборт через порушення ендокринної системи виникає стресовий стан, пов'язаний зі збудженням гіпоталамо-гіпофізарної системи, що супроводжується підвищенням виробленням стероїдних гормонів — глюкокортикоїдів, естрогенів, фолікулостимулювального, аденокортикотропного гормону. Внаслідок цього можуть розвиватися проліферативні процеси в репродуктивній системі, а саме: гіперплазія ендометрія, рецидивні поліпи, лейоміома матки, ендометріоз, полікістоз яєчників, мастопатія, причому гормональні зміни після аборт можуть відмічатися протягом 6–12 міс [6].

Найкращим способом нормалізації менструального циклу та методом контрацепції у пацієнток цієї групи є призначення комбінованих оральних контрацептивів. Це ефективний метод реабілітації після перенесеного аборт, який у комплексі сприятиме відновленню ендометрія та регуляції гормональних циклічних змін в організмі жінки після штучного переривання вагітності та збереженню репродуктивного здоров'я. Оскільки аборт супроводжується розвитком у жінки стресової ситуації та постабортного синдрому, гормональними та нейроендокринними порушеннями, проліферативними процесами репродуктивної системи, у постабортний період необхідно проводити реабілітаційні заходи, що полягають у призначенні пацієнткам протягом 3–6 міс низькодозових комбінованих оральних контрацептивів.

### **Післяопераційна реабілітація**

Проблема медичної реабілітації в гінекології та акушерстві є актуальною на сьогодні, що пов'язано передусім з несприятливою екологічною, економічною, соціальною, психологічною ситуацією. Для гінекологічних хворих та вагітних характерні поліморбідність — множинність хвороб (переважно екстрагенітальних), зниження пристосувальних реакцій до негативного впливу довкілля, емоційна лабільність, незбалансованість харчування, гіподинамія.

Можна виділити такі методи відновного лікування в акушерстві та гінекології: лікувальна фізкультура (ЛФК), різні види цілющих ванн та зрошень, фізіотерапія та рефлексотерапія, лікування зборами лікарських трав, масаж та ін. Усі вони дозволяють швидко, м'яко та ефективно по-



кращити стан хворої і з високою ймовірністю вилікувати-ся навіть від складних захворювань.

### *Реабілітаційні заходи після операції з приводу ектопічної вагітності*

Порушення репродуктивної функції жінок після лікування ектопічної вагітності є основним ускладненням, що потребує системної реабілітації. Операція тубектомії є основним методом лікування трубної вагітності і становить 10–27% усіх гінекологічних операцій. Після виконання радикальної операції частота безпліддя становить 70–80%, а у 2–22% жінок призводить до повторної позаматкової вагітності. У 42–49% випадків порушується менструальна функція, розвивається кістозна дегенерація яєчників, порушується психологічний статус, а працездатність відновлюється лише у 81,6–85,8% пацієнток, що пов'язано з відсутністю виявлення причин розвитку ектопічної вагітності і, як наслідок, етіологічної терапії [7, 8].

Саме тому з реабілітаційними заходами, які використовують після хірургічного лікування, пов'язані в подальшому якості життя жінки та відновлення її репродуктивної функції.

Для отримання позитивного ефекту від реабілітаційних заходів необхідно дотримуватися основних принципів відновної терапії:

- нерозривний зв'язок лікувальних та реабілітаційних заходів;
- ранній, з перших днів хвороби, початок реабілітації;
- безперервна поетапна реабілітація, її комплексність;
- індивідуалізація програми реабілітації з урахуванням впливу клінічних особливостей хвороби, реакції пацієнтки на ці заходи;
- ретельний лікарський контроль [9].

Рання діагностика та своєчасне оперативне лікування позаматкової вагітності дозволяють знизити частоту післяопераційних ускладнень. Метод оперативного втручання може мати лікувально-реабілітаційне спрямування з метою збереження репродуктивної функції. На сьогодні оперативне лікування є загальноприйнятим. Водночас ендокхірургія і малоінвазивні технології сприяють мінімальності операційної травми, післяопераційного парезу кишечника, гнійно-запальних процесів, зменшення застосування анальгетиків, косметичний ефект. Порівняно з лапаротомічним доступом відновлення працездатності відбувається не через 21–30 днів, а на 7–9-ту добу. Аналіз віддалених наслідків свідчить, що показник прохідності труби, що залишилася, становить 86% [10–12]. Спайковий процес у постлапароскопічний період розвивається у 2,6 рази рідше, ніж після лапаротомії [13]. Використання малоінвазивних технологій дозволило розробити та вдосконалити низку реконструктивно-пластичних операцій, що дозволяють відновити фертильну функцію пацієнток.

Взаємозв'язок між відновленням репродуктивної функції та станом контрлатеральної труби є визначальним показником у відновленні фертильності жінок, які перенесли ектопічну вагітність.

Доведено взаємозв'язок між часом початку реабілітаційних заходів та їх ефективністю. Так, відновлення репродуктивної функції відбувається у 2 рази частіше у пацієнток, які розпочали курс реабілітації відразу після операції, повторна позаматкова вагітність також розвивається у 2 рази рідше порівняно з тими, хто почав проводити реабілітаційні заходи через 3–6 міс після операції [14, 15].

Більш ефективним є інтраопераційне вжиття заходів, спрямованих на профілактику спайкового процесу та покращання стану контрлатеральної труби. Вже не викликає сумнівів необхідність збереження маткових труб з явища-

ми хронічного сальпінгіту, оскільки морфологічні зміни при ньому зазвичай мають зворотний характер [16].

До способів профілактики формування спайкового процесу органів малого таза відносять зниження травматичності операції, усунення інфекційного збудника, своєчасне відновлення перистальтики в післяопераційний період, зниження загальної алергізації організму, застосування лікарських препаратів. Вживання протеолітичних ферментів зарекомендувало себе як ефективний метод боротьби з формуванням спайкового процесу [17]. Комплексне протизапальне лікування пацієнток після оперативного лікування трубної вагітності сприяє найбільш повному відновленню анатомії та функціональної активності маткових труб.

Окремим напрямком реабілітації є фізіотерапія. Провідними умовами післяопераційної фізіотерапії є ранній початок (перші 6–12 год) після хірургічного втручання, оскільки саме в ці терміни починають формуватися фібринозно-спайкові процеси в порожнині малого таза; використання методик, що передбачають можливість внутрішньопіхвового впливу (низькоінтенсивне лазерне випромінювання, змінне магнітне поле). Застосування порожнинної (піхвової) методики позитивно впливає на рефлексогенну зону, розташовану в задньому склепінні піхви, і на функцію гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Проведення щоденних процедур з дотриманням добового інтервалу найбільш сприятливо впливає на біоритмологічні процеси в організмі, виступаючи як зовнішній синхронізатор ритмічних коливань, що сприяє скороченню післяопераційного періоду.

Після проведених курсів рекомендовано санаторно-курортне лікування, гінекологічний масаж та ЛФК. Застосування грязьових ванн сприяє відновленню функції матки та маткових труб, повноцінному функціонуванню яєчників. Необхідним є використання фізичних факторів, що сприяють регуляції крово- та лімфообігу в патологічному вогнищі, нормалізації обмінних процесів та імунного статусу, які виявляють місцевий знеболювальний ефект, що запобігає розвитку спайкового процесу. Серед фізичних факторів, які застосовують у післяопераційний період, виділяють застосування ультразвуку в імпульсному режимі, вагінальний вібромасаж, індуктотермію. Підтвердженням ефективності цих методів є проведення контрольних лапароскопій у післяопераційний період [18, 19].

До альтернативних сучасних методів реабілітації належить антигомотоксична терапія. Цей сучасний напрямок, не завдаючи шкоди організму, допомагає підтримувати його оптимальне функціонування. Антигомотоксичні препарати виявляють протизапальний, імунотропний ефект, а також активізують репараційні процеси в організмі. Крім цього, доведено їх протинабрякову, знеболювальну та антигістамінну дію, що забезпечує зниження застійних явищ в органах малого таза.

В основі антигомотоксичної терапії лежить загально-визнаний фармакологічний принцип — закон Арндта — Шульца, згідно з яким незначні подразники стимулюють, середні — підтримують, сильні — інгібують, найсильніші — руйнують процеси життєдіяльності. Компоненти антигомотоксичних препаратів належать загалом до слабких і середніх подразників і, відповідно, стимулюють і підтримують процеси життєдіяльності в клітинах, тканинах органів та в організмі в цілому, при цьому не спричиняють токсичного та побічного впливу на організм.

Після закінчення курсів реабілітації проводили повторне обстеження жінок для оцінювання ефективності проведених заходів та можливості планування наступної вагітності. Проведення тривалих індивідуальних реабілітаційних захо-



дів у жінок із позаматковою вагітністю в анамнезі дозволило в подальшому майже в усіх пацієнток забезпечити нормальний овуляторний менструальний цикл та нормалізувати репродуктивну функцію. У разі настання вагітності майже в усіх випадках вона була матковою [20].

З метою профілактики безпліддя та повторної позаматкової вагітності внаслідок нейроендокринних розладів необхідно виділити роль гормонотерапії в післяопераційний період, якій не приділяють достатньої уваги, враховуючи вихідний гормональний статус жінки. Одним із варіантів розладу гормональної функції є неповноцінність лютеїнової фази. У цій ситуації добре зарекомендувала себе схема застосування синтетичних прогестагенів протягом 3–6 міс [11]. Протягом усього реабілітаційного періоду та 2–3 міс після нього пацієнтки повинні приймати контрацептивні препарати. Оцінивши анатомічний і функціональний стан репродуктивного апарату, можна відмінити контрацептиви та планувати вагітність [21, 22].

Профілактика ускладнень, збереження репродуктивної функції жінки залежать від успіху обраного виду та обсягів оперативного втручання, усунення психологічних та операційних травм, а також морфологічних і функціональних змін маткових труб, відновлення нормальної взаємодії суєдиної, нервової та ендокринної систем організму.

#### *Реабілітація після кесаревого розтину*

Концепція реабілітації після кесаревого розтину (КР) має одну й ту саму мету, завдання та методи, що застосовують для відновлення репродуктивного здоров'я після операції з приводу ектопічної вагітності. Однак проведення реабілітаційних заходів після КР має включати наступні особливості:

- метод оперативного втручання. За останні роки широко впроваджена методика КР за допомогою поперечного розрізу живота, що покращує післяопераційний перебіг;
- антибіотикопрофілактика — введення антибіотиків у розріз шкіри;
- загальні принципи профілактики ускладнень стану здоров'я пацієнтки. Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією у разі необхідності проводять профілактику ускладнень основного захворювання, узгоджену з профільним спеціалістом; дотримання принципів індивідуальної гігієни в післяопераційний період;
- дотримання індивідуально визначеного в акушерському стаціонарі ефективного методу контрацепції протягом 1 року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї;
- консультування з питань планування сім'ї.

Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (в 1,5 раза за наявності одного та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (в 1,3 раза) порівняно з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень відзначають у разі настання вагітності протягом 1-го року після КР.

Повторна вагітність протягом 2 років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.

Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від таких, що рекомендують жінкам у післяпологовий період. Внутрішньоматкова контрацепція може застосовуватися у жінок після КР.

У разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона

планує застосовувати в майбутньому. У разі бажання жінки провести добровільну хірургічну стерилізацію під час КР обов'язковим є додаткове консультування та отримання поінформованої згоди на розширення оперативного втручання.

Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

Жінки з ВІЛ-інфекцією застосовують методи планування сім'ї відповідно до клінічного стану та виконання репродуктивних планів. Зважаючи на взаємодію естрогенів з антиретровірусними препаратами, пріоритетом є застосування внутрішньоматкової контрацепції або добровільної хірургічної стерилізації.

Жінкам з активним застосуванням психоактивних речовин, зокрема опіоїдів після набуття ними свідомого та адекватного ставлення до обставин рекомендують зворотні довготривалі методи контрацепції.

Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи контрацепції, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно [23].

#### *ЛФК*

ЛФК є не тільки лікувально-профілактичним, а й лікувально-виховним процесом, оскільки формує у хворої свідоме ставлення до занять фізичними вправами, прищеплює гігієнічні навички, передбачає участь у регулюванні не тільки загального режиму життя, а й режиму рухів, правильне ставлення до загартування організму природними чинниками.

Об'єктом впливу ЛФК є хворий з усіма особливостями функціонального стану організму. Цим визначається відмінність застосовуваних засобів, форм і методів у практиці ЛФК.

Основну роль при підбиранні спеціальних вправ відіграють вихідні положення, які, змінюючи напрямок сил внутрішньочеревного тиску та тяжкості тіла самої матки та викликаючи переміщення кишкових петель до діафрагми, створюють умови для переходу матки в нормальне положення.

Фізичні чинники, що використовують у гінекології, можна об'єднати в наступні основні групи: природні чинники (води і грязелікування), які можна відтворити в більшості випадків у штучних умовах у спеціалізованих медичних установах і SPA-салонах, штучні (апаратні) чинники, ручний масаж [2].

#### **Реабілітаційні заходи після перенесених запальних процесів репродуктивних органів**

Головним завданням реабілітації після перенесених запальних процесів репродуктивних органів є моніторинг ефективності лікування, профілактика рецидиву та спайкових процесів.

У фазі зворотного розвитку хвороби ефективно застосовують ЛФК, зокрема вправи, що сприяють розсмоктуванню залишків ексудату та інфільтрату, попередження спайок, а при їх утворенні — розтягування та можливого розсмоктування [2, 3].

#### **Висновок**

Реабілітація в акушерстві та гінекології визначається як комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей жінки, відновлення репродуктивної функції, поліпшення якості життя та зниження рівня інвалідності. Реабілітація є важливою складовою загального охоплення послугами охорони здоров'я і однією з ключових стратегій.

## Список використаної літератури

- www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation.
- 4ua.co.ua/medicine/xa2ac69b5c43a88521206c27\_2.html.
- topuch.com/reabilitaciya-v-akusherstve-i-ginekologii/index.html.
- Латыпов А.С. (1992) Реабилитация женщин, перенесших неотложную гистерэктомию при акушерской патологии. Автореф. дис. ... канд. мед. н. Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Москва, 26 с.
- Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В. (1997) Кольпоцервикоскопия: Атлас. Киев, 56 с.
- health-ua.com/newspaper/med\_gaz\_zu/archive/28851.
- Бенюк В.А., Усевич И.А., Никонюк Т.Р. (2009) Ведение послеоперационного периода после лапароскопических операций по поводу прогрессирующей внематочной беременности. Здоровье женщины, 3(39): 40–42.
- Камінський В.В., Суханова А.А., Воробей Л.І. і др. (2008) Ектопічна вагітність великого терміну: труднощі діагностики і організаційні аспекти успішного лікування. Здоровье женщины, 2: 41–45.
- Островська С.О., Чубатий А.І. (2011) Оцінка ефективності реабілітаційних заходів у жінок після хірургічного лікування позаматкової вагітності. Тавричеський мед.-біол. вестник, 14(3): 145–147.
- Гуриев Т.Д., Сидорова И.С. (2007) Внематочная беременность: этиология, патогенез, диагностика, лечение, классификация: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей. Практик. мед., Москва, 94 с.
- Огородник А.О. (2011) Повторна позаматкова вагітність. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, 18 с.
- Хилькевич Е.Г., Каушанская Л.В., Линде В.А. (2011) Диагностические критерии внематочной беременности. Акушерство гинекол., 7–1: 30–34.
- Цыганкова Л.А., Юдин В.Е. (2009) Внематочная беременность: принципы хирургической тактики, лечения и реабилитации. Военно-мед. журн., 330(6): 32–39.
- Гарсалі Р. (2008) Рання реабілітація репродуктивної функції у пацієнток з позаматковою вагітністю. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Національний медичний ун-т ім. М. Горького, Донецьк, 21 с.
- Петрова Е.В. (2008) Внематочная беременность в современных условиях. Акушерство гинекол., 1: 31–33.
- Живца С.Г., Масленикова Н.Ю., Михеев Ю.А. (2006) Нарушенная внематочная беременность в культе удаленной маточной трубы, осложнившаяся внутрибрюшным кровотечением. Клін. хір., 3(757): 59–60.
- Семко О.Ф. (2007) Труба вагітність після допоміжних репродуктивних технологій: (діагностика, лікування і реабілітація). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, 19 с.
- Волосовський П.Р. (2009) Фактори ризику ектопічної вагітності. Педіатр., акушерство та гінекол., 71(3): 70–72.
- Чайка В.К., Носенко О.М., Гарсаллі Р.Л. (2009) Патогенез репродуктивних порушень у пацієнток з позаматковою вагітністю. Пробл., досягнення і перспективи разв. медико-біол. наук. КГМУ, Симферополь, с. 256–259.
- Ego A., Subtil D., Coson M. (2001) Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy. Ibid, 75(3): 560–566. DOI: 10.1016/S0015-0282(00)01761-1.
- Рыбалка А.Н., Памфамиров Ю.К., Заболотнов В.А. и др. (2009) Современные аспекты внематочной беременности. Здоровье женщины, 39(3): 21–26.
- Жук С.І., Яцина О.І. (2008) Оцінка якості життя жінок, пролікованих з приводу позаматкової вагітності альтернативними методами. Здоровье женщины, 3: 132–134.
- www.dec.gov.ua/mtd/kesariv-roztyn/.

## Rehabilitation in obstetrics and gynecology

N.Ya. Zhyhka, N.G. Goyda, O.S. Shcherbinska

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Abstract.** The article presents the problem of use of rehabilitation methods in obstetrics and gynecology as an integral process of female disorders prevention and improvement of a woman's quality of life after interventions, particular in obstetrics and gynecology. The article also highlights the problem of insufficient implementation of rehabilitation measures at the international and national levels. The development of rehabilitation system as an important preventive component for impairment of quality of life and population disability is also a problematic issue. The methods of bibliosemantic and structural and logical analysis were used for analysis of the main actual methods of rehabilitation in obstetrics and gynecology and their effectiveness in the Ukrainian health care system. The authors systematically identified the main groups of conditions that require rehabilitation measures in obstetrics and gynecology and a detailed use of rehabilitation measures for each group was proposed: pregnancy, birth trauma, postabortion complications, operative obstetrical and gynecological interventions, inflammatory diseases of the reproductive system. A systemic approach of rehabilitation implementation in obstetrics and gynecology will influence on the female reproductive health positively.

**Key words:** rehabilitation, physical therapy, pregnancy, childbirth, functional urinary incontinence, cesarean section.

## Відомості про авторів:

Жилка Надія Яківна — доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна. orcid.org/0000-0003-0732-1141

Гойда Ніна Григорівна — доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна. orcid.org/0000-0001-6625-0078

Щербінська Олена Станіславівна — доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна. orcid.org/0000-0002-5401-7110

## Адреса для кореспонденції:

Жилка Надія Яківна  
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9  
E-mail: zhyhka.nadya@gmail.com

## Information about the authors:

Zhyhka Nadya Ya. — MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine. orcid.org/0000-0003-0732-1141

Goyda Nina G. — MD, PhD, DSc, Professor, Department of Health Care Management and Public Administration, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine. orcid.org/0000-0001-6625-0078

Shcherbinska Olena S. — MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Fetal Medicine, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine. orcid.org/0000-0002-5401-7110

## Address for correspondence:

Nadya Zhyhka  
04112, Kyiv, Dorohozhytska str., 9  
E-mail: zhyhka.nadya@gmail.com

Надійшла до редакції/Received: 03.01.2023

Прийнято до друку/Accepted: 19.01.2023