

в 1,4 раза меньше, чем в контрольной.

Изучение отдаленных результатов комплексной курортной терапии у наших больных, проведенного год спустя после лечения в санатории, показало, что длительность ремиссии 10–12 мес у больных основной группы в 1,5 раза больше по сравнению с таковой в контрольной группе.

Таким образом, применение новой предложенной методики лечения вышеуказанной категории больных с использованием дерината при коротких сроках курортного лечения сокращает общее количество используемых медикаментов, исключает необходимость антибиотикотерапии для эрадикации хеликобактерной инфекции, ускоряет процесс эпителизации эрозивно-язвенных образований, удлиняет фазу ремиссии, снижает экономические затраты на лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логинов А.Ф. «Маастрихт-3» – современная тактика диагностики и лечения *Helicobacter Pylori*. Фарматека. 2006; 12: 46–8.
2. Ромашина Т.С. «Эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки «Деринатом». Отчет. М.: Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии; 1999.
3. Балькова Л.А., Кашаева О.В. Клиническая эффективность препарата деринат в терапии внутренних болезней. *Terra medica nova*. 2007; 3 (47): 29–33.
4. Баранская Е.К. Парият в лечении язвенной болезни. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2001; 5: 26–33.
5. Ефименко Н.В., Осипов Ю.С., Товбушенко М.П., Васин В.А. Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями эзофагогастроудоденальной системы. Пятигорск; 2006.
6. Казарманова Э.М., Нигматуллина А.Э., Сысоева Н.Н., Тимохина Е.М., Быченкова М.А. Иммуномодулятор и репаративный препарат Деринат в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. «ГКБ № 13» ГО г. Уфа. Башкирский государственный медицинский университет; 2011: 1 (14).
7. Ромашина Т.С. и др. Эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки Деринатом. *Медлайн-Экспресс*. 2004; 4 (172): 29–34.

REFERENCES

1. Loginov A.F. "Maastricht-3" - modern tactics of diagnostics and *Helicobacter Pylori* treatment. *Farmateka*. 2006; 12: 46–48.
2. Romashkina T.S. «Efficiency of treatment of stomach ulcer of a duodenal gut "Derinat". Report. Moscow: Russian scientific center of regenerative medicine and balneology; 1999.
3. Balykova L.A., Kashayeva O. V. Clinical efficiency of a preparation derinat in therapy of internal diseases. *Terra medica nova*. 2007; 3 (47): 29–33.
4. Baransky E.K. Pariet in treatment of stomach ulcer. Clinical prospects of gastroenterology, hepatology. 2001; 5: 26–33.
5. Efimenko N. V., Osipov Yu.S., Tovbushenko M.P., Vasin V.A. Sanatorium treatment of patients with diseases of esofagogastroduodenal system. Pyatigorsk; 2006.
6. Kagarmanova E.M., Nigmatullina A.E., Sysoyev N. N., Timokhina E.M., Bychenkov M.A. Immunomodulator and a reparant Derinat in therapy of stomach ulcer of a stomach and a duodenal gut. "GKB No. 13" GO Ufa. Bashkir state medical university; 2011: 1 (14).
7. Romashkina T.S. at all. Efficiency of treatment of stomach ulcer of a duodenal gut Derinat. 2004; 4 (172): 29–34.

Поступила 17.11.12

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 615.83.03.618.3/7

Т.Б. Маланова¹, М.В. Ипатова¹, Ю.В. Кубицкая¹, С.В. Локтионов²

К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре

¹ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, 117997, Москва, РФ; ²Национальный исследовательский университет (МЭИ), 111250, Москва, РФ

T.B. Malanova¹, M.V. Ipatova¹, Y. Kubicki¹, S. Loktionov²

ON THE USE OF PREFORMED PHYSICAL FACTORS IN THE POSTPARTUM PERIOD BASED AT AN OBSTETRIC CLINIC

¹Federal State Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 17997, Moscow, Russian Federation; ²National Research University (MPEI), 111250, Moscow, Russian Federation

В статье описаны возможности дифференцированного использования физических факторов при физиологическом и осложненном течении послеродового периода. Описаны показания, противопоказания к применению физиотерапии, наиболее клинически эффективные методики применения преформированных и естественных физических факторов в послеродовом периоде.

Ключевые слова: физические факторы, физиотерапия, послеродовой период, осложнения послеродового периода

The possibilities of differential application of physical factors during normal and complicated postpartum period are discussed. Indications and contraindications for physiotherapy are described along with the most effective methods for the use of preformed natural and artificial physical factors.

Key words: *physical factors, physiotherapy, postpartum period, complications*

Качество жизни современной женщины после родов определяется течением беременности, самих родов и послеродового периода. Актуальность проблемы объясняется тем, что частота нормальных неосложненных родов в России снизилась с 55,8% в 1985 году до 37,5% в 2009 году, а в крупных перинатальных центрах – до 25,3% [1, 2].

Первые роды всегда относились практически врачами к категории повышенного риска в отношении перинатального исхода, как для самой матери, так и для плода. При этом степень риска при первых родах возрастает при наличии ряда неблагоприятных факторов. По данным В.С. Орловой и соавт. [3] к соматически здоровым можно отнести только $38,8 \pm 1,6\%$ женщин, а к гинекологически здоровым – лишь 24,3% первородящих.

Причинно-следственные связи в анамнезе определяют общий неблагоприятный фон репродуктивного здоровья женского населения. Так, отрицательное влияние на течение беременности и родов оказывают высокая частота произведенных аборт, их осложнения, бесплодие, невынашивание, воспалительные заболевания, преимущественно хронического течения. Высокий удельный вес вспомогательных репродуктивных технологий, используемых при попытке реализации репродуктивной программы у пациенток позднего детородного возраста, с отягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом, приводит к увеличению частоты многоплодия, макросомии, осложнений течения беременности и как следствие к оперативному родоразрешению. В свою очередь, прогрессивное увеличение числа беременных с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения или других операций на матке, а также современная агрессивная тактика ведения родов, часто приводит к повторному оперативному родоразрешению и возможным воспалительным осложнениям раннего послеродового периода [1–6].

По мнению ряда авторов, частота кесарева сечения составляет 13–32%, за последние 10 лет она увеличилась в 3–4 раза и не имеет тенденции к снижению в настоящее время. Следует отметить высокую (70–80%) частоту плановых абдоминальных родоразрешений у пациенток программы ЭКО [7]. Более половины женщин после кесарева сечения не ограничиваются рождением одного ребенка, а планируют следующую беременность. При этом каждая третья женщина хотела бы родить самостоятельно, через естественные родовые пути [10].

В. А. Ананьев и соавт. [8] проанализировали осложнения и заболевания после кесарева сечения.

В первые 6 нед возможны кровотечения, эндометрит, мастит, тромбофлебит, а в более отдаленном периоде, через 2–12 месяцев – нарушение ритма менструации, развитие спаечного процесса в малом тазу с нарушением функции кишечника, болевой синдром.

Нагрубание молочных желез относится к физиологическому процессу становления лактации, что обычно происходит к 3–4-м суткам после естественных родов и к 4–5-м суткам после абдоминального родоразрешения. Первопричиной нагрубания молочных желез может быть несвоевременное и недостаточное освобождение протоковой системы железы от вязкого молозива. Нагрубание сопровождается отеком, болезненностью и локальной гипертермией молочных желез. Частое прикладывание ребенка с целью устранения лактостаза, способствует травмированию соска [9]. Следует отметить факт затруднения в становлении лактационной функции после кесарева сечения [4].

Акушерские травмы мягких родовых путей, обусловленные множеством причин, наблюдаются в 40% родов, а у первородящих – в 73% случаев. Инфицирование ран при таких травмах обуславливает длительное осложненное течение процесса их заживления. Притом анатомические особенности ран влагалища и промежности не позволяют использовать стерильные повязки. И плохое заживление такой раны, часто вторичным натяжением с формированием грубого келоидного рубца, в дальнейшем может привести к диспареунии или пролапсу половых органов [10, 11].

Практически все осложнения послеродового периода связаны с воспалительным процессом и требуют активного его ведения с применением местных лекарственных препаратов, антибиотиков и утеротонических средств. Такое лечение ограничивает процесс лактации или является причиной его прекращения.

Все вышеперечисленное и определяет наш интерес к проблеме использования в послеродовом периоде преформированных физических факторов.

Действуя на рецепторные поля, функционально активные зоны, центры нервной, эндокринной и иммунной регуляции, физические факторы запускают естественные процессы гомеостатического регулирования функциональных систем организма [12].

Физические факторы способны обеспечить [13–15]:

- уменьшение отека тканей;
- ускорение процессов репарации и регенерации;
- восстановление кровоснабжения в зоне оперативного вмешательства (активация микро- и лимфоциркуляции, регуляция гемодинамики);
- противовоспалительный и дезинтоксикационный эффекты;
- десенсибилизирующий и иммуномодулирующий эффекты;
- трофический и противоспаечный эффекты;

Маланова Татьяна Борисовна (Malanova Tatiana Borisovna) e-mail: drmalanova@gmail.com, Ипатова Марина Владимировна (Ipatova Marina Vladimirovna) e-mail: mavlip@yandex.ru, Кубицкая Юлия Викторовна (Kubitskaya Yulia Viktorovna), Локтионов Сергей Викторович (Loktionov Sergey Viktorovich)

- седативный эффект;
- усиление действия медикаментозных средств при их одновременном использовании.

К клиническим преимуществам использования физических факторов относят [13–15]:

- универсальность действия, благодаря чему один и тот же фактор может применяться при различных заболеваниях;
- физиологичность вследствие средства к элементам естественной внешней среды, под воздействием которой постоянно находится родильница, и тем самым не ограничивается контакт матери с ребенком на фоне лечения;
- возможность широкого использования на фоне лактации, отсутствие негативного влияния на организм ребенка;
- хорошая совместимость с другими лечебными средствами и возможность использования физических факторов в различных терапевтических комплексах;
- безболезненность проводимых процедур;
- отсутствие токсичности, побочных эффектов и аллергических реакций;
- разнообразие по дозиметрическим параметрам и по методическим приемам, что обеспечивает избирательное специфическое действие;
- кумулирующий и тренирующий эффекты, что особенно важно при профилактическом их использовании.

В послеродовом периоде используют как преформированные, так и естественные физические факторы:

- переменное магнитное поле низкой частоты или постоянное магнитное поле;
 - электромагнитные волны оптического диапазона (лазерное, инфракрасное излучение, КУФ-излучение, поляризованный свет);
 - импульсное низкочастотное электромагнитное поле (Инфита-терапия);
 - электромагнитные поля сверхвысокой частоты (СМВ, ДМВ);
 - электромагнитные поля крайне высокой частоты (КВЧ-терапия);
 - импульсные токи низкой частоты (различной формы и частоты);
 - высокочастотные токи (ультратонтерапия, дарсонвализация);
 - механические воздействия: ручной, баночный, аппаратный массаж;
 - ингаляции – введение лекарственных средств посредством вдыхания с применением специальных ингаляторов;
 - дозированную физическую нагрузку: дыхательную гимнастику, комплексы лечебной гимнастики.
- Физиотерапию целесообразно использовать у каждой родильницы. У пациенток с нормальными родами, при неосложненной пуэрперии, применение физиотерапии носит профилактический характер. Например, при физиологическом нагрубании молочных желез, которое может быстро перейти в пато-

логическое; при наличии трещин сосков, как одной из причин развития мастита; при нарушении оттока лохий, что может явиться причиной субинволюции матки или эндометрита.

Таким образом, основная цель физиопрофилактики – поддержание течения нормального пуэрперия, повышение адаптационно-приспособительных возможностей женского организма и предупреждение осложнений послеродового периода. При наличии послеоперационных ран передней брюшной стенки и промежности физические факторы поддерживают физиологическое течение фаз заживления – воспаления (экссудации – 1–3-й дни) – пролиферации (восстановление сосудов и развитие грануляции – 4–6-й дни) – дифференциации (формирование полноценного рубца – 6–10-й дни) – их последовательность, равновесие и синхронизацию.

Показаниями для физиопрофилактики в послеродовом периоде являются:

- физиологическое течение послеродового периода;
- особенности строения соска (субконический, втянутый, плоский сосок);
- высокая степень риска возможных инфекционных осложнений послеродового периода (по данным анамнеза женщины);
- неосложненные эпизио- и перинеотомии;
- плановые неосложненные оперативные роды;
- профилактика легочных послеоперационных осложнений.

Особенностью такого использования физических факторов является кратковременность курса лечения в рамках «минимальных» сроков пребывания родильницы в стационаре, определенных современными стандартами оказания медицинской помощи, правилами страховой медицины.

Применение физических факторов в сочетании с медикаментозными и хирургическими методами при уже возникших осложнениях послеродового периода. Использование лечебных физических факторов препятствует углублению первой фазы раневого процесса – фазы воспаления и способствует окончанию ее в максимально ранние физиологические сроки.

Показаниями для физиолечения являются:

- патологическое нагрубание молочных желез;
- трещины сосков;
- серозный мастит;
- гипогалактия;
- экстренное оперативное родоразрешение;
- плановые оперативные роды с прогнозируемыми послеоперационными воспалительными осложнениями;
- миомэктомия во время кесарева сечения;
- акушерские оперативные пособия во время беременности и в родах (зашивание шейки матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности, перинеотомия, эпизиотомия, ручное обследование стенки послеродовой матки);
- субинволюция матки как результат исхода родов

при крупном плоде, многоводии, многоплодии;

- эндометрит;
- длительный безводный промежуток в родах;
- отек промежности;
- травма мягких тканей промежности при родах через естественные родовые пути;
- гематомы послеоперационных ран (передней брюшной стенки и промежности);
- нагноение и расхождение швов промежности, послеоперационной раны,
- атония мочевого пузыря;
- отек, воспаление геморроидальных узлов;
- симфизиопатия (симфизит).

Вместе с тем необходимо указать на ряд противопоказаний к назначению лечебных физических методов [17]:

- 1) тяжелое общее состояние пациентки;
- 2) температура тела выше 38°C;
- 3) подозрение на сепсис;
- 4) злокачественные новообразования в анамнезе или их наличие на данный момент у пациенток;
- 5) неадекватное психологическое состояние пациентки, психические заболевания;
- 6) туберкулез в активной форме;
- 7) наличие кардиостимулятора;
- 8) сердечно-сосудистая, легочная, почечная недостаточность;
- 9) наличие имплантатов в молочных железах (относительное противопоказание).

Многолетний клинический опыт нашего центра показывает, что использование физиотерапии в комплексном ведении послеродового периода облегчает адаптационно-приспособительные реакции женского организма, обеспечивает профилактику и лечение воспалительных осложнений после родов, снижает медикаментозную нагрузку и ограничивает развитие аллергических и побочных отрицательных влияний медикаментов на организм женщины, способствует становлению физиологической лактации и предотвращению развития мастита.

Физиотерапию применяют практически всем пациенткам в послеродовом периоде, учитывая отягощенный анамнез большинства женщин, рожавших в нашем центре. При использовании физических факторов для получения адекватного клинического эффекта, целесообразно придерживаться следующих принципов [12]:

1. Раннее начало профилактических и лечебных воздействий (после самопроизвольных родов через 2–3 ч и в пределах 24 ч после оперативных родов). Первые процедуры проводят сразу после перевода родильницы в послеродовое отделение в специализированном кабинете электросветолечения. Если пациентка не может посещать кабинет электросветолечения, лечение проводят в палате;
2. Интенсивность воздействий. С профилактической целью достаточно проведения 1 процедуры в день общим курсом до 5 процедур. Для лечения осложнений предпочтение отдается интенсивным, 2–3-кратным воздействиям, причем не только на разные зоны приложения, но и на одну зону с курсом лечения до 10–15 процедур;

3. Соблюдение онкологической настороженности при лечении пациенток с пролиферативными заболеваниями молочных желез и половых органов в анамнезе (миома матки, наружный генитальный эндометриоз, мастопатия).

I. Становление лактации

Основное направление – профилактика и лечение лактостаза, включая обеспечение свободного оттока молозива, молока, уменьшение отека тканей, в том числе и у пациенток с патологией развития соска; серозного мастита; трещин сосков; гипогалактии.

Между физиологическим и патологическим нагрубанием молочных желез проходит очень тонкая грань, так как даже физиологическое нагрубание провоцирует образование трещин сосков, а в свою очередь трещины сосков из-за затрудненного оттока молока, усугубляют нагрубание, переводя его в разряд патологического. Не полностью разрешенное нагрубание чревато быстрым переходом в серозный мастит.

Профилактические воздействия физическими факторами на молочные железы и соски начинают уже со вторых суток после родов. Воздействия на соски осуществляют сразу после окончания кормления ребенка и сцеживания молока, особенно это важно при их субконическом, уплощенном или втянутом виде, поскольку травмируются такие соски значительно быстрее. В данной ситуации используют [12]:

- низкочастотную магнитотерапию области сосков;
- КУФ-облучение области сосков;
- УЗ-терапию области сосков (в непрерывном режиме);
- лазеротерапию области сосков.

Физиотерапевтические воздействия на молочные железы проводят перед кормлением ребенка или сцеживанием молока. При лактостазе лечение проводят под контролем температуры тела родильницы, т.е. простого и доступного критерия диагностики токсемии в организме, способного указать на переход лактостаза в мастит. При серозном мастите лечение проводят на фоне адекватной антибактериальной терапии при динамической оценке состояния родильницы и клинического анализа крови. Для лечения используют следующие физические факторы [12]:

- низкочастотную магнитотерапию с локализацией в области молочных желез;
- КУФ-облучение области молочных желез;
- УЗ-терапию области молочных желез (в импульсном режиме воздействия).

При серозном мастите дополнительно можно использовать следующие методики физиотерапии [12]:

- УЗ-терапию области молочных желез в непрерывном режиме;
- ДМВ-терапию области молочных желез.

Для профилактики и лечения гипогалактии процедуры начинают также со вторых суток после родов, при этом воздействия на молочные железы проводят перед кормлением ребенка или сцеживанием молока. Используют УЗ-терапию области молочных желез в непрерывном режиме воздействия.

II. Профилактика и лечение нарушения сокращения послеродовой матки

Основное направление – профилактика субинволюции матки, серозного эндометрита после самопроизвольных родов крупным плодом или двойней; родов, осложненных многоводием, дискоординацией и слабостью родовой деятельности; после ручного отделения плаценты и выделения последа, ручного обследования послеродовой матки. Основная цель применения физических факторов – достижение утеротонического эффекта, полноценное опорожнение матки от крови и обрывков оболочек, противоотечный и противовоспалительный эффекты.

После планового и экстренного кесарева сечения также целесообразно проводить физиопрофилактику, а в случае необходимости лечение субинволюции матки и/или эндометрита, расхождения и нагноения швов передней брюшной стенки. Особого внимания заслуживают пациентки с абдоминальным родоразрешением в сочетании с консервативной миомэктомией.

Полноценная репарация шва на матке до настоящего времени остается актуальной задачей современного акушерства [16]. Так, по данным А.В. Залесного [17], у 61,3% женщин с ранее проведенными реконструктивно-пластическими операциями на матке констатируется несостоятельность послеоперационного рубца, у 21,1% – на фоне лихорадящего состояния, эндометрит в сочетании с расхождением швов на коже (или без такового). Такие осложнения в послеоперационном периоде являются неблагоприятным фактором в репарации нижнего сегмента матки, приводя к склеротическим изменениям в маточном рубце и его неполноценности [17, 18].

Физические факторы после операции используют с первых суток. С профилактической целью можно использовать только преформированные физические факторы, а с лечебной – в сочетании с утеротонической и/или антибактериальной медикаментозной терапией. Динамика основных показателей физического обследования, гемограммы и УЗИ в этой ситуации могут явиться критериями эффективности проведенного лечения.

Эффективными могут быть различные методики физиопроцедур электромагнитной природы с локализацией воздействия на надлобковую область и зону послеоперационного шва, проекцию дна матки, пояснично-крестцовую область; а также двухзональные воздействия с рефлекторным утеротоническим действием, например, на молочные железы и переднюю брюшную стенку в сочетании с верхней третью бедер. Профилактический курс не превышает 5–6 процедур, лечебный – 10–15 процедур. Для профилактики и лечения используются следующие факторы [12]:

- интерференцтерапия по 4-электродной методике (кроме эндометрита);
- диадинамотерапия по маммарно-маточной методике (кроме эндометрита);
- низкочастотная магнитотерапия по абдоминальной методике;
- среднечастотная магнитотерапия по абдоминальной методике;

- терапия бегущим импульсным магнитным полем по абдоминальной методике;

- КУФ-облучение двухзональное (зона молочных желез, зона охватывающая одномоментно нижнюю треть передней брюшной стенки и верхнюю треть бедер);

- лазеротерапия по абдоминальной методике.

При наличии гематомы послеоперационного шва или его нагноении физиопроцедуры проводят только после опорожнения и санации раны. Предпочтительно использование в интенсивном режиме следующих факторов [12]:

- низкочастотной магнитотерапии на область послеоперационной раны;

- инфракрасного лазерного облучения послеоперационной раны;

- ДМВ-терапии области послеоперационной раны;

- ТНЧ-терапии на область послеоперационной раны;

- лазеротерапии области послеоперационной раны;

- воздействия поляризованным светом на область послеоперационной раны.

III. Лечение травм промежности

Травмы промежности самое частое последствие родов. По данным различных авторов, приведенных М.А. Кучеренко [10], частота травм промежности составляет от 10 до 40%. Притом у первородящих травмы промежности встречаются в 73% случаях, а у пациенток при оперативных вмешательствах – достигают 90% случаев. У каждой пятой родильницы с травмой промежности развиваются инфекционные осложнения, которые приводят к расхождению и нагноению швов, заживлению *per secundam intentionem* [19]. Даже незначительные разрывы промежности при неправильном заживлении могут привести к формированию функциональной и анатомической недостаточности мышц тазового дна. Поэтому физиотерапевтические воздействия на проблемную область надо начинать максимально рано, т. е. с первых суток после родов, при этом следует помнить, что в этой ситуации сложно провести грань между профилактикой и лечением.

Процедуры выполняют после хирургической обработки швов без использования перманганата калия, на фоне, в случае необходимости, адекватной антибактериальной терапии. Для лечения ран промежности предпочтительно использовать в интенсивном режиме воздействий следующие факторы [12]:

- воздействие поляризованным светом на область промежности;

- КУФ-облучение области промежности;

- лазеротерапию области промежности;

- магнитоинфракрасное облучение области промежности;

- низкочастотная магнитотерапия области промежности;

- среднечастотная магнитотерапия области промежности;

- СВЧ-терапия дециметровыми волнами области промежности.

Профилактический курс физиовоздействий составляет 3–5 процедур, а лечебный – 5–10–15 процедур.

IV. Профилактика соматических послеоперационных осложнений

Профилактика легочных осложнений (гипостатической пневмонии) после операции кесарева сечения обязательна у пациенток с осложнениями анестезиологического пособия, большим объемом операции, требующим длительной иммобилизации, частыми заболеваниями дыхательного тракта в анамнезе. Воздействия начинают с первых суток после родов. Немедикаментозные варианты лечения применяют только по согласованию с анестезиологом. Используют следующие физические факторы [12]:

- низкочастотную магнитотерапию на межлопаточную область;
- ингаляции щелочными растворами и минеральной водой;
- массаж (ручной, баночный, аппаратный) грудной клетки;
- дыхательную гимнастику.

Целесообразно использовать сочетание нескольких физических факторов. Курс лечения составляет до 5 процедур каждым фактором.

V. Соматические осложнения послеродового периода

После самопроизвольных родов крупным плодом, при длительном низком стоянии головки плода в первом периоде родов, вакуум-экстракции плода и оперативном родоразрешении с помощью акушерских щипцов, может возникнуть атония мочевого пузыря. При этом у роженицы отсутствуют самостоятельные позывы на мочеиспускание, что требует достаточно частой катетеризации мочевого пузыря и в ряде случаев приводит к развитию воспалительных осложнений, вследствие восходящего инфицирования. Поэтому целесообразно начинать проводить профилактику атонии мочевого пузыря у таких пациенток с первых суток после родов. Процедуры проводят на фоне полного мочевого пузыря, после процедуры роженицу просят попытаться самостоятельно помочиться. С целью профилактики и лечения атонии мочевого пузыря используют местную дарсонвализацию надлобковой области (локализация воздействия, режим проведения процедуры, продолжительность курса подбираются пациентке индивидуально по ощущениям) [12]:

Воспаление и отек наружных или внутренних геморроидальных узлов и даже их тромбоз возникают в первые часы после родов. При этом использование медикаментозных средств (свечи, глобули) из-за боли часто невозможно. Учитывая клинические симптомы геморроя физиопроцедуры начинают максимально рано, т. е. в первые сутки после родов, под контролем общего состояния роженицы, клинического анализа крови, а при необходимости гемостазиограммы. Применяют следующие физические факторы [12], предпочтительно в интенсивном режиме воздействия и общим курсом до 6–8 процедур:

- дарсонвализацию области геморроидальных узлов;
- лазеротерапию области геморроидальных узлов;
- низкочастотную магнитотерапию области геморроидальных узлов;
- СВЧ-терапию дециметровыми волнами.

Признаки расхождения костей лонного сочленения (симфизиопатия, симфизит) обычно присутствуют еще во время беременности, после родов болевой синдром, как правило, усиливается. Действенным методом лечения такого состояния является курсовое (до 5 процедур) применение КУФ-облучение области лонного сочленения [12].

Для акушеров-гинекологов «Национальная программа улучшения демографической ситуации в стране» должна заключаться не только в благополучном завершении каждой беременности для плода и матери, но и в плановой и полноценной подготовке женщины к возможной последующей беременности, особенно у пациенток с осложнениями предыдущей беременности и родов [20]. Использование немедикаментозной терапии уже в раннем послеродовом периоде сокращает сроки пребывания пациентки в стационаре и уменьшает частоту гнойно-воспалительных послеродовых осложнений. Избирательное локальное действие преформированных физических факторов на «патологический очаг» не ограничивает процесса лактации и не оказывает негативного влияния на ребенка.

Предложенные нами для использования у рожениц в раннем и позднем послеродовых периодах лечебные физические факторы безопасны, не оказывают повреждающего действия на органы и ткани, что позволяет добиться высокой клинической эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г.М., Курцер М.А., Караганова Е.Я., Бреусенко Л.Е., Третьякова М.В. Ведение физиологических и осложненных родов. Акушерство и гинекология. 2011; 3: 4–10.
2. Широкова В. И., Филиппов О. С., Гусева Е. В. Обеспечение качества медицинской помощи, приоритетный национальный проект и концепция развития здравоохранения, развитие службы родовспоможения и оказания помощи детям. Здравоохранение. 2009; 11: 3–8.
3. Орлова В. С., Калашникова И. В., Дуань Я. Я., Булгакова Е. В. Первые роды и факторы риска. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 59 (6): 15–21.
4. Краснополский В.И., Долгиева Л.В. Место кесарева сечения при родоразрешении женщин с одноплодной беременностью после ЭКО. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 59 (5): 103–9.
5. Петрова Л.Е. Опыт работы по ведению беременности и родов с рубцом на матке в родильном доме №16 Санкт-Петербурга (с 1997 по 2006 год). Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 59(3): 33–45.
6. Руководство по анализу деятельности службы охраны материнства и детства Российской Федерации. М.: ЦНИИОИЗ; 2009.
7. Анчокова М. Х. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин, беременность которых наступила в результате ЭКО и ПЭ: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007.
8. Ананьев В.А., Побединский Н.М., Чернуха Е.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах. Акушерство и гинекология. 2005; 2: 52–4.
9. Алексеев Н.П., Ильин В.И., Щеголькова А.В. Профилактика и устранение патологических нагруданий у кормящих грудью женщин. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 59 (2): 95–9.

10. Кучеренко М.А. Ведение послеродового периода у родильниц с травмами промежности. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 59 (4): 65–70.
11. Селихова М.С., Котовская М.В. Ведение послеродового периода у женщин с травмами мягких тканей родовых путей. Журнал акушерства и гинекология. 2009; 6: 48–9.
12. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арслanian К.Н., Ипатова М.В. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (Клинические аспекты и рецептура). 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2008.
13. Зубкова С.М. Физиологические основы действия физических факторов. В кн.: Боголюбов В.М., ред. Физиотерапия и курортология. кн. 1. М.: БИНОМ; 2008: 143–61.
14. Улащик В.С. Физико-химические основы действия лечебных физических факторов на организм. В кн.: Боголюбов В.М., ред. Физиотерапия и курортология. кн. 1. М.: БИНОМ; 2008: 134–42.
15. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. 2-е изд. Минск: Книжный Дом; 2005.
16. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У. Особенности репарации миометрия после операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология. 2008; 1: 34–6.
17. Залесный А. В. Комплексная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 59 (5): 118–26.
18. Доросевич А.Е., Густоварова Т.А., Ивanyan А.Н., Бехтерева И.А. Морфологические и иммуногистохимические особенности состояния рубца на матке после кесарева сечения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2007; 4: 7–13.
19. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. ред. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
20. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Буянова С.Н., Попов А.А., Чечнева М.А. и др. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы. Акушерство и гинекология. 2012; 1: 4–8.
5. Petrova L.E. Experience in the management of pregnancy and childbirth with a uterine scar in a maternity hospital № 16 in St. Petersburg (1997 and 2006). Zhurnal Akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 59(3): 33–45 (in Russian).
6. Guide to the analysis of the security service of mothers and children of the Russian Federation. M.; TsNIOIZ; 2009 (in Russian).
7. Anchokova M. Kh. The course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women who became pregnant as a result of IVF and ET: Dr. med. sci. Diss. M.: 2007 (in Russian).
8. Anan'ev V.A., Pobedinskiy N.M., Chernukha E.A. Incidence of complications after caesarean section in the postpartum and late periods. Akusherstvo i ginekologiya. 2005; 2: 52–4 (in Russian).
9. Alekseev N.P., Il'in V.I., Shchegol'kova A.V. Prevention and elimination of pathological engorgement in breastfeeding women. Zhurnal Akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 59 (2): 95–9 (in Russian).
10. Kucherenko M.A. Keeping postpartum parturients with perineal trauma. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 59 (4): 65–70 (in Russian).
11. Selikhova M.S., Kotovskaya M.V. Keeping postpartum women with soft tissue injuries of the birth canal. Akusherstvo i ginekologiya. 2009; 6: 48–9 (in Russian).
12. Strugatskiy V.M., Malanova T.B., Arslanian K.N., Ipatova M.V. Physiotherapy practice obstetrician-gynecologist (Clinical aspects and recipe). 2nd ed. M.: MEDpress-inform; 2008 (in Russian).
13. Zubkova S.M. Physiological basis of the physical factors. V kn.: Bogolyubov V.M., red. Physiotherapy and Health Resort. kniga 1. M.: BINOM; 2008; 143–61 (in Russian).
14. Ulashchik V.S. Physico-chemical basis of the therapeutic physical factors on the body. V kn.: Bogolyubov V.M., red. Physiotherapy and Health Resort. kniga 1. M.: BINOM; 2008; 134–42 (in Russian).
15. Ulashchik V.S., Lukomskiy I.V. General physiotherapy. 2nd ed. Minsk: Knizhnyy Dom; 2005 (in Russian).
16. Aylamazyan E.K., Kuz'minykh T.U. Features of repair of the myometrium after cesarean section. Akusherstvo i ginekologiya. 2008; 1: 34–6 (in Russian).
17. Zalesnyy A.V. Comprehensive assessment of the uterine scar after cesarean section. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 59 (5): 118–26 (in Russian).
18. Dorosevich A.E., Gustovarov T.A., Ivanyan A.N., Bekhtereva I.A. Morphologic and immunohistochemical features of the uterine scar after cesarean section. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2007; 4: 7–13 (in Russian).
19. Aylamazyan E.K., Kulakov V.I., Radzinskiy V.E., Savell'eva G.M. red. Obstetrics. National leadership. M.: GEOTAR-Media; 2009 (in Russian).
20. Krasnopol'skiy V.I., Logutova L.S., Petrukhin V.A., Buyanova S.N., Popov A.A., Chechneva M.A. i dr. Place of abdominal and vaginal operative delivery in modern obstetrics. Reality and Prospects. Akusherstvo i ginekologiya. 2012; 1: 4–8 (in Russian).

Поступила 17.12.12

REFERENCES

1. Savell'eva G.M., Kurtser M.A., Karaganova E.Ya., Breusenko L.E., Tret'yakova M.V. Maintaining physiological and obstructed labor. Akusherstvo i ginekologiya. 2011; 3: 4–10 (in Russian).
2. Shirokova V.I., Filippov O. S., Guseva E. V. Ensuring quality of care, the priority national project and the concept of health, the development of service delivery and help children. Zdravookhranenie. 2009; 11: 3–8 (in Russian).
3. Orlova V. S., Kalashnikova I. V., Duan' Ya. Ya., Bulgakova E. V. First birth and risk factors. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 59 (6): 15–21 (in Russian).
4. Krasnopol'skiy V.I., Dolgieva L. U. Place of caesarean section delivery is women with singleton pregnancies after IVF. Zhurnal Akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 59 (5): 103–9 (in Russian).