Міністерство освіти і науки України

Вищій навчальний заклад

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Горлівський регіональний інститут

**РЕФЕРАТ**

з дисципліни: Фізична реабілітація в акушерстві та гінекології

тема:

**Фізична реабілітація після кесаревого розтину**

2010 р

**План**

Введение

Показания

Абсолютные

Относительные

Противопоказания

Восстановление после операции

Медикаментозное лечение

ЛФК, показания и противопоказания

Физиотерапия

Выводы.

Список использованной литературы

**Введение**

Кесарево сечение при внезапной смерти родильницы или беременной с целью спасения жизни ребенка делали еще в давние времена. В конце XVI столетия появились первые сообщения о кесарево сечении, тем не менее почти всегда эта операция заканчивалась смертью родильницы, поэтому в XIX ст. была предложена операция удаления матки после разреза, что кое-что снизило материнскую смертность. Дальнейшее улучшение результатов было связано с введением в практику трехэтажного маточного шва, предложенного F.Kehrer в 1881 году. С этих пор абдоминальное розроджение приобрело определенное распространение, тем не менее материнская и перинатальна смертность осталась высокой. Лишь с 50-х лет XX столетие благодаря внедрению антибактериальных препаратов, переливанию крови, более суровой регламентации показаний и соблюдению условий операции прогноз для матери и плода значительно улучшился.

**Показания**

**Показание** к кесаревому сечению. Выделяют абсолютные и относительные показания. Исторически, учитывая высокий риск операции еще несколько десятилетий назад, абсолютными показаниями были акушерские ситуации, когда роды естественными родовыми путями были невозможные даже после плодоразрушительной операции. В современном акушерстве к абсолютным относят такие показания, когда другой способ розродження более опасный для матери, чем кесарево сечение. К относительным включают заболевание и акушерские ситуации, которые могут неблагоприятно обозначиться на состоянии матери и плода, если роды вести естественными родовыми путями.

**Абсолютные показания**

Патология, которая целиком исключает вагинальное розроджение: сужение таза III-IV степеней, деформации таза, переломы; опухоли органов малого таза, шейки матки, яичников, мочевого пузыря, которые блокируют родовые пути; выраженные рубцовые изменения шейки матки, ножны, которые значительно суживают родовые пути; полное предлежание плаценты.

Патология, за которой кесарево сечение является методом выбора: неполное предлежание плаценты при наличии кровотечения; преждевременное отслоение плаценты при отсутствии условий для розроджения естественными родовыми путями; поперечное и косое положение плода; неполноценный рубец на матке; клиническое несоответствие размеров таза матери и плода; эклампсия; угроза разрыва матки; рак шейки матки, внешних половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря.

**Относительные показания**

—анатомически узкий таз І и II степени сужения в сочетании с другими неблагоприятными факторами (тазовые предлежание плода, большой плод. переношенная беременность, мертворождённый в анамнезе и т.п.);

* гипоксия плода;
* тазовые предлежания плода;

—переношенная беременность в сочетании с другими акушерскими осложнениями;

* угроза образования мочеполовой фистулы;
* возраст женщины, которая рожает впервые, больше 30 лет, сочетании с другими отягчающими факторами;
* большой плод;
* выпадение пуповины;
* екстрагенитальные заболевание, которые требуют быстрого розроджения при отсутствии условий для его проведения естественными родовыми путями.

Условия к операции: живой плод (за исключением абсолютных показаний); отсутствие инфекции (безводный период не больше 6 часов); согласие матери на операцию.

**Противопоказания**

**Противопоказание:** недостатка развития плода, недоношенность и незрелость плода, выраженная гипоксия, наличие инфекции: эндометрит в родах, продолжительный безводный период, многоразовые вагинальные исследование, повышение температуры тела, гнойные выделения из родовых путей.

**Уход за больной после операции.** После окончания операции на живот женщины кладут холод и груз. Для профилактики кровотечения в вену вводят капельно 1 мл окситоцину или 1 мл 0,02% раствора метилергометрину в 500 мл 5% глюкозы. В дальнейшем окситоцин вводят подкожно дважды в сутки по 1 мл. Следят за состоянием сокращения матки, выделениями. Назначают антибиотики на протяжении 5-6 дней: ампицилин, цефазолин, гентамицин. В последние годы с целью пофилактики гнойно-воспалительных заболеваний рекомендуют вводить антибиотики во время операции сразу после пережатия пуповины: 1,5 г зинацефу,а у женщин группы высокого риска возникновения септических осложнений — мефоксин.Через 24 ч введение антибиотиков повторяют. Проводят терапию, в первые 3-4 сутки после операции вводят обезболивающие средства.

Ежедневно проводят туалет послеоперационной раны: обрабатывают 96% этиловым спиртом и накладывают асептическую повязку. Вставать родильницы разрешают при отсутствии противопоказаний в конце первых суток, ходить — на вторые сутки. Быстрое вставание больной после операции является методом профилактики пареза кишечника, тромбоэмболичних осложнений, пневмонии. Медицинская сестра должна следить за функцией мочевого пузыря и кишечника родильницы, при необходимости проводить опорожнение мочевого пузыря катетером. Если послеоперационный период в матери и неонатальний у ребенка проходят без осложнений, разрешается кормить новорожденного на 2-3 сутки. Швы снимают на 6-7 сутки после операции. Выписывают больных на 11-12 сутки при условии нормального хода послеоперационного периода.

**Восстановление после операции**

Восстановительное лечение родильниц, перенесших операцию абдоминального кесарева сечения, должно быть направлено не только на устранение факторов, которые могут затормозить заживление раны первичным натяжением, но и на профилактику эндометрита. В этом плане таким целям соответствуют антибиотики — преимущественно полусинтетические пенициллины ицефалоспорины. Их вводят прежде всего женщинам группы риска возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний, основанием для включения в которую являются воспалительные гинекологические и экстрагенитальные заболевания, длительный безводный промежуток, многочисленные влагалищные исследования в родах и др. В настоящее время наиболее эффективным считают периоперативное введение, когда первую инъекцию делают после пережатия пуповины, последующие возможны через 4 и 8 ч. В группе высокого риска развития указанных осложнений, например, после выполненной во время операции консервативной миомэктомии, применять антибиотики следует не менее 5 дней.

**ЛФК, показания и противопоказания**

Наряду с медикаментами результативно используют безлекарственные методы.

В послеоперационном периоде лечебная физическая культура применяется в условиях постельного, палатного свободного режима. При этом в полной мере используется тонизирующее влияние физических упражнений, их действие по предупреждению развития послеоперационных осложнений и по нормализации функций органов кровообращения, дыхания, желудочно-кишечного тракта. Физические упражнения, как неоднократно уже указывалось, стимулируют также процессы регенерации повреждённых тканей.

К концу первого дня или на следующий день после операции, во избежание неблагоприятного воздействия положения лёжа на спине, родильница (если нет противопоказаний) обучается повороту на бок. Одновременно это является и первым этапом в подготовке к вставанию.

За исключением случаев, когда состояние родильницы противопоказует применение лечебной гимнастики ( наличие перитональных явлений, состояние после шока и т.д.), она используется через несколько часов, но чаще – на следующий день после операции.

Палатный режим назначается одновременно с разрешением родильницы вставать. Сроки перехода к палатному режиму зависят от клинических данных и, в частности, от степени травматизации брюшной стенки в ходе операции. К вставанию родильница должна быть подготовлена, в частности обучена в процессе занятий лечебной гимнастикой технике безболезненного перехода в положение стоя.

При применении лечебной физической культуры в условиях палатного режима внимание обращается на стимуляцию процессов регенерации в зоне оперативного вмешательства, на нормализацию деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, обмена веществ, на адаптацию больного к мышечным нагрузкам и восстановление дееспособности брюшного пресса.

При подборе упражнений для мышц брюшного пресса следует учитывать, что сокращение прямой мышцы живота содействует расслабление стенок её апоневрального влагалища, при сокращении наружных косых мышц эти стенки напрягаются, функционально играя роль сухожилия.

В условиях палатного режима используется занятия лечебной гимнастикой и лечебная ходьба.

Лечебная ходьба используется вначале в виде ходьбы по палате, затем – в пределах отделения по лестнице.

Свободный режим назначается после снятия швов. При свободном режиме в ходе занятий лечебной физической физкультурой должна быть завершена ликвидация остаточных проявлений побочных воздействий оперативного вмешательства, нарушений в деятельности отдельных систем органов и восстановлены дееспособность брюшного пресса и адаптация всего организма к мышечным нагрузкам. Могут быть использованы лечебная и гигиеническая гимнастика, прогулки и в более поздние сроки – спортивные упражнения.

При различных оперативных вмешательствах на брюшной полости методика имеет свои специфические особенности.

Целесообразна лечебная гимнастика, способствующая лучшей утилизации кислорода. В первые же сутки после операции следует начинать статические дыхательные упражнения, постепенно удлиняя выдох с участием брюшной стенки (втягивание живота) и покашливанием в конце его; их повторяют 2—4 раза. Дыхательные упражнения полезно чередовать с некоторыми общеукрепляющими: сгибанием и разгибанием суставов пальцев, лучезапястных, локтевых, голеностопных, коленных, ротацией ноги наружу и внутрь; такие упражнения повторяют в первые сутки после операции 3—4 раза, в последующие — 4—6 раз. Со 2-го дня послеоперационного периода используют динамические дыхательные упражнения, усиливающие вдох и выдох, и упражнения для брюшного пресса и тазового дна, выполняемые в положении лежа на спине и на боку. В частности, в первом варианте (руки вдоль туловища) желательно последовательно согнуть левую ногу в коленном и тазобедренном суставах; опираясь на левую стопу и правую руку, повернуться на правый бок; лежа на боку, согнуть правую ногу в коленном и тазобедренном суставах; опираясь кистью левой руки (впереди груди) и локтем правой, поднять туловище и одновременно опустить ноги с кровати; сесть, опираясь руками на ее край (повторить 3—4 раза); сидя в таком положении, имитировать ходьбу (8—10 раз).

Важно подчеркнуть, что одновременные движения ногами вызывают значительное напряжение брюшного пресса, в силу чего их следует избегать. На 3—4-й день послеоперационного периода упражнения выполняют в этих же исходных положениях с постепенным повышением нагрузки за счет повторений и увеличения амплитуды движений. Упражнения для брюшного пресса и тазового дна чередуют с дыхательными упражнениями и расслаблением мышц. С 5-го дня после операции динамические дыхательные упражнения, повороты корпуса, поочередные движения ногами выполняют сидя, с 6-го дня — стоя; в дальнейшем используют все исходные положения. В родильном доме (отделении) женщину целесообразно обучить тому комплексу упражнений, который показан всем родильницам в домашних условиях в течение 6-8 нед.

**Физиотерапия**

Результативному восстановительному лечению способствует раннее профилактическое и терапевтическое применение физических факторов. В первом случае воздействия направлены на предупреждение эндометрита с помощью интерференционных токов или менее эффективного диадинамофо-реза цинка. Процедуры начинают на 2-е (предпочтительнее) или 3-й сутки после операции. Воздействуют интерференционными токами с ритмично автоматически меняющейся частотой в диапазоне 25—50 Гц (аппарат «Interdyn» типа 1D-79M). Используют 4 электрода размером 7x7 см каждый и электродные прокладки из махровой ткани, смоченные теплой водой. Первую пару электродов располагают на передней брюшной стенке соответственно ребрам матки: с красным наконечником — справа, с черным — слева; вторую пару электродов размещают симметрично на спине слева (красный наконечник) и справа (черный наконечник). Величину тока определяют индивидуально, по ощущению выраженной, но безболезненной вибрации (как правило, не более 30 мА). Продолжительность воздействий 15—20 мин, их проводят ежедневно; на курс назначают 5—7 процедур.

При диадинамофорезе цинка анод располагают в надлобковой, катод — в пояснично-крестцовой области; электродные прокладки размером 9x14 см каждая смачивают под анодом 1 % раствором цинка сульфата, под катодом — изотоническим раствором натрия хлорида. Используют ток двухпо-лупериодный волновой (ДВ) или однополупериодный ритмичный (ОР); мы отдаем предпочтение первому из-за меньшей вероятности отрицательного рефлекторного действия (болезненные сокращения матки, задержка мочи). Величину тока определяют индивидуально, по ощущению выраженной, но безболезненной вибрации. Продолжительность воздействий составляет 15 мин, их проводят ежедневно; на курс — 6—8 процедур. Высокий клинический эффект интерференционных токов и диадинамофореза цинка обусловлен отчасти влиянием на регионарную гемодинамику, но главным образом — миотоническим действием. Оно более выражено при использовании интерференционных токов; в этом случае можно избежать применения утеротонических лекарственных средств.

Перспективно применение ПеМП частотой 5000 Гц с помощью аппарата магнитотерапевтического без эффекта тепла («Индуктор-2Г»). Вагинальный излучатель вводят в задний свод влагалища, величина магнитной индукции — 1,5 мТл; продолжительность воздействий — 10 мин, их проводят ежедневно; курс лечения составляет 6—8 процедур.

Мы установили, что комбинирование такой восстановительной магнитотерапии с утеротоническими средствами — метилэргометрином, окситоцином и др.— достоверно снижает частоту эндометрита после кесарева сечения. Наши исследования позволяют считать заслуживающим внимания лечебно-восстановительньїм средством магнитоинфракрасное облучение; используют аппарат «МИО-1», излучатель располагают контактно на марлевой наклейке послеоперационного шва, продолжительность воздействий составляет 10 мин, их проводят ежедневно, с общим количеством на курс 5—6 процедур. Практически важным преимуществом последнего варианта является возможность проведения такой восстановительной терапии в любом родовспомогательном учреждении.

Столь же доступны коротковолновые УФ-лучи; ими воздействуют на нижнюю половину передней брюшной стенки, включая паховые области; доза от 40 Дж/см2 с увеличением при каждой процедуре на 20 Дж/см2 до 120 Дж/см2. 80 Дж/см2 равняется примерно 1 биодозе (при расстоянии от горелки до облучаемой поверхности 50 см средняя биодоза у родильниц чаще всего не меньше 2 мин); воздействия ежедневные; курс состоит из 4—6 процедур.

При сравнении клинической эффективности облучения указанной зоны коротковолновыми УФ-лучами и гелий-неоновым лазером (аппараты «Ягода» и «Узор») мы не выявили достоверных различий, в связи с чем используем первый вариант как более простой, доступный и экономичный. Результативность таких процедур значительно возрастает, если, в соответствии с разработанной нами методикой, воздействовать коротковолновыми УФ-лучами с помощью двух аппаратов одновременно на две зоны — нижнюю половину передней брюшной стенки и обе молочные железы — для усиления утеротонического эффекта вследствие маммарно-маточного рефлекса; дозы, продолжительность и число воздействий — такие же, как указаны выше.

Эффективным компонентом восстановительного лечения является ранняя физиотерапия инфицированной раны после кесарева сечения. Для этого наряду с местным применением антисептических, трофостимулирующих и болеутоляющих лекарственных средств, например мази «Диоксиколь» (в ее состав входят метилурацил, диоксидин, тримекаин, полиэтиленоксид-400 и полиэтиленоксид-1500), целесообразно использовать СВЧ-терапию. Мы воздействуем поочередно на две зоны: на рану (перед перевязкой) и через 2 ч — на среднюю треть поочередно левой и правой переднебоковой поверхности шеи (проекция соответствующей доли щитовидной железы), т. е. вилочково-тиреоидный комплекс; он является специфической зоной для запуска иммуномодулирующего эффекта физических факторов. Методика — контактная (аппарат «Ранет ДМВ 20-1» или «Ромашка»). На рану воздействуют с помощью цилиндрического излучателя диаметром 10 см (интенсивность нетепловая или с ощущением очень слабого тепла — соответствует выходной мощности 10 Вт, продолжительность процедур 10 мин), на зону проекции щитовидной железы — с помощью цилиндрического излучателя диаметром 4,5 см (интенсивность нетепловая — соответствует выходной мощности 5 Вт, продолжительность процедур — по 3 мин на каждую сторону). Воздействия ежедневные; на курс назначают 5—6 процедур на каждую зону.

**Выводы**

После такой терапии статистически достоверно сокращается количество дней пребывания родильниц в стационаре. Клиническая результативность указанного восстановительного лечения обусловлена его положительным влиянием на течение раневого процесса в виде усиления очищения раны от некротических тканей и уменьшения ее бактериальной обсемененности; нельзя исключить и определенный иммуномодулирующий эффект, что в совокупности обеспечивает более благоприятные условия для регенерации поврежденных тканей.

Все изложенные в данном разделе рекомендации представляют собой только первый этап восстановительного лечения родильниц, которое после выписки из родильного дома (отделения) важно продолжать так же, как оперированным гинекологическим больным. Это способствует хорошей васкуляризации рубца на матке и создает предпосылки для повторного родоразрешения не хирургическим методом, а через естественные родовые пути.

**Используемая литература**

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина. – Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2006, 1, с. 3-12
2. Епифанов В.А., Кузбашева Т.Г. Роль и место лечебной физкультуры в медицинской реабилитации. – Физиотерапия,бальнеология и реабилитация, 2004, 6, с. 3-5
3. Карандашев В.И., Петухов Е.Б., Зродников В.С. Физиотерапия. Руководство для врачей «Под редакцией В.Р. Палеева». – М, 2001г.
4. Сосин И.Н., Буявых А.Г. Физиотерапия в гинекологии и венерических болезней. – Симферополь, 2001г.
5. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: учебник