УДК 615.814.1 (075)

**Доц. А.А. Калюжка**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Особливості санаторно-курортної реабілітації вагітних з хронічною плацентарною недостатністю

Хронічна плацентарна недостатність (ХПН) зустрічається у 24—76% вагітних і розвивається на фоні соматичної та акушерської патології вагітних, а також при довготривалому ускладненому перебігу вагітності під впливом несприятливих факторів середовища [2].

Терапія хронічної плацентарної недостатності складається з використання лікарських засобів, пре-важно вазоактивних за характером, що поліпшують гемодинаміку та мікроциркуляцію плаценти. Поряд з позитивним впливом лікарські засоби можуть негативно впливати як на організм жінки, так і на організм внутрішньоутробного плода.

В зв’язку з цим, великого значення набуває застосування немедикаметозних засобів, які сприяють відновленню адаптації, володіють протизапальною і десенсибілізуючою дією, стимулюють процеси фізіологічного захисту, що підвищує опір організму до неблагоприємного впливу різноманітних чинників.

Нормобарична гіпоксична терапія (НГТ) — лікувальне застосування гіпоксичної суміші, яка чергується з диханням атмосферним повітрям. Її дія обумовлена періодично виникаючою гіпоксичною гіпоксією з послідуючою реоксигенацією тканин організму [1, 4, 7].

Метод виник на основі використання факторів гірського клімату — у першу чергу, зниженого вмісту кисню у вдихуваному повітрі.

Головною позитивною якістю методу вважають відсутність впливу зниженого атмосферного тиску, яке спостерігається в горах, що особливо актуально для метеочутливих людей, вагітних та ослаблених хворих [6, 7].

Санаторно-курортне лікування вагітних показане як для лікування, так і для профілактики виникнення різних захворювань в період вагітності. В той же час, для терапії хронічної плацентарної недостатності воно застосовується не досить повно [5].

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилася 171 жінка, перебіг вагітності якої ускладнився ХПН та які були направ лені на санаторно-курортне лікування з різних жіночих консультацій Харкова та Харківської області. Друга (контрольна) група складалась із 47 вагітних з ХПН, що знаходились на лікуванні в умовах поліклініки. Групи були ідентичними за віком (р>0,05), характером соматичної (р>0,05) та акушерсько-гінекологічної патології (р>0,05), перебігом теперішньої вагітності (р>0,05), що дозволило провести порівняльне вивчення ефективності проведеної терапії.

Лікування проводилося у різні строки гестації. Так, 38 (23%) вагітних, які були під спостереженням, проходили курс терапії у строкові від 16 до 20 тижнів, 84 (49,8%) жінок знаходилися у строкові від 21 до 30 тижнів, а 49 (28%) перебували під час лікування у строкові від 31 до 34 тижнів вагітності.

У вагітних мала місце як акушерська, так і соматична патологія, тому вони були віднесені до групи високого і середнього ризику по розвитку ускладнень під час вагітності, пологів і післяпологовому періоді.

Домінуючою скаргою, що пред’являли 76 (44,4%) досліджуваних, був біль у ділянці проекції матки різної локалізації, характеру й інтенсивності. Так, у 7 (4,0%) вагітних больові відчуття локалізувалися в ділянці проекції дна матки, у 61 (35,6%) мав місце біль у проекції її бокових поверхонь (праворуч або ліворуч), у 9 (5,2%) вагітних біль відмічався в ділянці нижнього маткового сегменту .

Другою за частотою скаргою, що пред’являли 27 (15,7%) хворих, був головний біль. При цьому давлячий біль відмічався у 11 (6,4%), стискаючий — у 5 (2,9%), пульсуючий — у 6 (4,6%), комбінований характер болю виявлявся у 3 (1,7%) вагітних. Локальний головний біль непокоїв 23 (13,4%), а у 2 (1,1%) досліджуваних біль іррадіював в очноямкову ділянку або, у такої ж кількості вагітних, у ділянку скроні.

Біль у ділянці серця, переважно колючого характеру відмічали 15 (8,7%) вагітних. Разом з тим скарги на посилення задишки при невеликому фізичному навантаженні пред’являли 95 (55,5%) жінок. Поряд з больовими відчуттями у 7 (4,0%) досліджуваних періодично виникало запаморочення. Зважаючи, що при ХПН має місце анемія, проводилося кількісне визначення гемоглобіну та еритроцитів за стандартними методиками.

Вагітним призначався в санаторії лікувально — реабілітаційний комплекс, що складався з дієтотерапії, легкого масажу комірцевої зони, лікувальної гімнастики і дозованої ходьби, внутрішнього прийому мінеральної води «Березівська». В основі комплексу лежало призначення нормобаричної гіпоксичної терапії, яку проводили за авторською методикою (Васильєва — Лінецька Л.Я., Калюжка А.А., 2002). Була використана аеротерапевтична установка «Борей-2», яка дозволяє підтримувати концентрацівю кисню в газовій гіпоксичній суміші на рівні від 16% до 10%. Мінеральна вода «Березівська» приймалась за 30—40 хвилин до прийому їжі по 100—150 мл, залежно від ваги вагітних.

Методика нормобаричної гіпоксичної терапії для лікування вагітних з ХПН (Васильєва-Лінецька Л.Я., Калюжка А.А., 2002).

Крім того, вагітні одержували медикаментозну терапію, що складалася з призначення вазоактивних препаратів (трентал, курантил) згідно терапевтичних доз цих ліків, вітамінотерапії, спазмолітичних засобів та препаратів заліза у вигляді перорального прийому.

Лікувальний комплекс вагітних другої групи скла-дався з дієтотерапії, лікарських засобів, аналогічних тим, що призначалися вагітним першої групи. До санаторію ці вагітні не направлялись.

Результати та їх обговорення. При дослідженні впливу лікування на больові відчуття в ділянці проекції матки, які були найчастішими скаргами та відмічалися майже у половини вагітних, ми помітили більш раннє зменшення болю у пацієнток, які одержували лікувально-реабілітаційний комплекси в санаторії. Це дало нам можливість знизити дозу спазмолітичних засобів до середини курсу лікування й повністю їх відмінити до закінчення терапії. Зменшення больових відчуттів ми простежували й у пацієнток контрольної групи, разом з тим це залежало від регулярного й тривалого приймання спазмолітичних препаратів, зниження дози, або відміна яких провокувала виникнення болю.

У процесі лікування зменшувався головний біль, який мав місце у 15%. При цьому, всі пацієнтки першої групи, які одержували НГТ, відзначали зменшення головного болю, а до кінця лікування і повне його зникнення без приймання анальгетичних засобів. У той же час, у вагітних другої групи інтенсивність больових відчуттів знижувалася під дією медикаментозних препаратів у 11% випадків, а у 4% головний біль навіть відновлювався під впливом змін по-годних умов або надмірно високого навантаження.

Протибольові дії лікувально-реабілітаційного комплексу з НГТ проявлялися у 8,7% вагітних, які скаржилися на біль у ділянці серця, сприяючи їх повному зникненню без застосування седативних або спазмолітичних засобів. У вагітних 2 групи зменшення болю в ділянці серця спостерігалося тільки при використанні лікарської терапії.

При виявленні ознак анемії вагітним усіх груп до лікувального комплексу включалися залізовмісні препарати. За результатом терапії, яка проводилася у вагітних другої групи з легкою анемією, відмічене підвищення рівня гемоглобіну, яке, однак, не було статистично значимим з 103,55±0,78 г/л до 105,55±2,13 г/л (р 0,05). У однієї вагітної із середнім ступенем анемії, не дивлячись на проведену антианемічну терапію, змін рівня гемоглобіну не відбулося, що стало приводом для направлення її на стаціонарне лікування. Більше того, у 26 вагітних, які були під наглядом, з вихідно нормальними показниками гемоглобіну зі зростанням строку вагітності відбувалося зниження його рівня з 120,8±1,23 г/л до 113,62±1,52 г/л (р < 0,001), що розцінювалося нами як явище гемодилюції. Також незначно змінювалися показники кіль-кості еритроцитів. При початково низькому їх вмісті відмічене деяке підвищення з 3,26±0,068\*1012/л до 3,52±0,169\*1012/л (р>0,05), разом з тим, при початково нормальній їх кількості спостерігалося поступове зниження з 4,1±0,002\*1012/л до 3,97±0,032\*1012/л (р < 0,01).

У той же час, при санаторно — курортному ліку-ванні у вагітних 1 групи ми спостерігали достовірне підвищення рівня гемоглобіну у пацієнток із серед-нім ступенем анемії — з 86,0±1,94 г/л до 99,5±0,49 г/л (р<0,01). При цьому гемоглобін у вагітних, які мали легкий ступінь анемії, достовірно підвищувався зі 101,5±1,2 г/л до 106,16±1,1 г/л (р<0,01). Кількість еритроцитів у вагітних першої групи підвищувалося як при початково низькому їх вмісті — з 3,37±0,056\*1012/л до 3,83±0,119\*1012/л (р<0,01), так і при нормальному — з 4,1±0,036\*1012/л до 4,31±0,031\*1012/л (р<0.01). Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про значний болезаспокійливий вплив санаторно — курортного лікування по розробленому нами комплексу на больовий синдром різної локалізації у вагітних.

При цьому анальгетичний ефект НГТ не тільки зіставляється з медикаментозною терапією, але й у значній кількості випадків перевищує її, що у великій мірі сприяло зниженню дози лікарських засобів. Санаторно-курортне лікування у вагітних з хронічною плацентарною недостатністю при легкому і середньому ступені анемії справляє більш виражену позитивну дію на рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів, ніж застосування традиційної медикаментозної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Санаторно-курортна реабілітація вагітних з ХПН, за розробленою нами методикою, що включала НГТ, медикаментозну терапію, аеротерапію, легкий масаж комірцевої зони, лікувальну гімнастику і дозовану ходьбу, внутрішній прийом мінеральної води «Березівська», дієтотерапію, є доцільною та необхідною, так як сприяє покращенню загального стану даної категорії вагітних.

2. Санаторно-курортна реабілітація за розробленою методикою сприяє зменшенню больових відчуттів різної локалізації у вагітних з ХПН та дозволяє знижувати кількість медикаментозних препаратів.

3.Санаторно-курортна реабілітація з включенням даного лікувально-реабілітаційного комплексу по-тенціює дію залізовмісних препаратів та сприяє покращенню гемодинамічних показників у вагітних з ХПН.

Список використаних джерел

1. Васильева-Линецкая Л.Я. Клинико-патогенетическое обоснование методики и сроков использования НГГ у беременных с хронической плацентарной недостаточностью./ Васильева-Линецкая Л.Я., Калюжка А.А. // Мат. науч.-практ. Конференции с междунар. Участием «Мед. реабилитация в педиатрии». Выпуск 7.— 2002.— С. 28-30.

2. Васильева-Линецкая Л.Я. Проблемы санаторно-курортного оздоровления беременных с урогенитальной патоло-гией./ Васильева-Линецкая Л.Я., Калюжка А.А., Андреев В.А., Юрьева Г.И. // Мат. конф. «Актуальные проблемы урогинекологии» 1Х обл. конф. Урологов и гинекологов 21 июня 2002. — С. 231.

3. Калюжка А.А.Фізичні фактори на санаторному етапі реабілітації вагітних з супутньою патологією.// Мат. конф. “Актуальні аспекти сан.-курорт. Реабілітації” Збірник наук. Статей, присвячених 140-річчю кур. “Бер.мін.води”.— с. 80

4. Калюжка А.А. Нормобарична гіпоксична терапія в етапному відновлювальному лікуванні вагітних з хронічною плацентарною недостатністю : Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, Харків, 2002, 21 ст.

5. Караш Ю.М., Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. Нормобарическая гипоксическая терапия в лечении, профилактике, реабилитации. — М.: Медицина, 1988. — 258 с.

6. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: (Справочник). — С-Пб.: Правда, 1999. — 252 с. 7. Применение нормобарической гипоксической терапии в условиях поликлники: (Метод. рекомендации) / Сост.: Л.Я. Васильева-Линецкая, А.А. Калюжка, Н.Ю. Манойленко, В.А. Андреев. Харьков, 2000. — 15 с.

8. Стрелков Р.Б. Перспективы применения метода прерывистой нормобарической гипоксической стимуля-ции (гипокситерапия в медицинской практике) // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. — 1997. — № 6. — С. 37—40.

**Особенности санаторно-курортной реабилитации беременных**

**с хронической плацентарной недостаточностью**

Доц. Калюжка А.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведена санаторно-курортная реабилитация беременных с хронической плацентарной недостаточ-ностью. Установлено благоприятное влияние ее на болевой синдром разной локализации, а также улуч-шение гемодинамических показателей у беременных и внутриутробного плода.

Ключевые слова: нормобарическая гипоксическая терапия, беременные женщины, фетоплацентар-ная недостаточность, санаторно-курортная реабилитация.

Sanatorial-resort rehabilitation of pregnant women with chronic

placental deficiency

A.A. Kalyuzнka

Kharkov Medikal Academi of Post Graduate Education

Treatment of pregnant women with chronic placental deficiency in sanatorium conditions is lead. Beneficial effect is established on a painful syndrome of various localization, and also improvement hemodynamical parameters.

Key Woolds: normobarometric hypoxic therapy, pregnant women, fetoplacental insufficiency, sanatorial-resort rehabilitation.

Контактна інформація: Калюжка Аліна Андріївна м. Харків, вул. С. Тархова 8, кв. 13, тел 0973907877

Стаття надійшла до редакції 7.09.2017 р.