

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ И ОПУЩЕНИЯХ МАТКИ

Мирович Е. Д. *, Митюков В. А., Чурилов А. В. *,
Галалу С. И. *, Симарова А. В., Князева Н. В. *,
Писаренко П. Н. **, Ярош А. Н.

Горловский региональный институт университета
«Украина», кафедра физической реабилитации
*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра акушерства и гинекологии

**Санаторий «Святые Горы»

Аннотация. В работе изучены современные восстановительные методы применения физической реабилитации и возможности хирургической коррекции при опущениях и выпадениях матки. Наряду со специально подобранным комплексом физических упражнений проводились гинекологический массаж и физиотерапевтические методы при начальных стадиях опущения матки. Дан клинический анализ акушерской и гинекологической патологии, при которой чаще возникают опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин. Разработана программа профилактики и применения методов физической реабилитации заболевания, направленная на улучшение здоровья и качества жизни женщин.

Ключевые слова: гениталии, пролапс, тазовое дно, мышцы промежности, матка, связки, выпадение, реабилитация, коррекция, массаж.

Анотація. Мирович Є. Д., Митюков В. О., Чурилов А. В., Галалу С. І., Симарова А. В., Князева Н. В., Писаренко П. М. Клініко-анатомічні обґрунтування застосування відновлювальних методів фізичної реабілітації і гінекологічного масажу при неправильних положеннях і опущеннях матки. В роботі вивчені сучасні відновні методи використання фізичної реабілітації і можливості хірургічної корекції при опущеннях і випадіннях матки. Поряд зі спеціально підібраним комплексом фізичних вправ проводились гінекологічний масаж і фізіотерапевтичні методи при початкових ступенях опущення матки. Надано клінічний аналіз акушерської і гінекологічної патології, при якій найчастіше виникають опущення і випадіння внутрішніх геніталій у жінок. Розроблена програма профілактики та використання методів фізичної реабілітації хвороби, яка спрямована на поліпшення здоров'я та якості життя жінки.

Ключові слова: геніталії, пролапс, тазове дно, м'язи промежнини, матка, зв'язки, випадіння, реабілітація, корекція, масаж.

Annotation. Mirovich E.D., Mitjukov V.A., Churilov A.V., Galalu S.I., Simarova A.V., Knyazeva N.V., Pisarenko P.N., Jarosh A.N. Clinic anatomic substantiations of application of regenerative methods of physical rehabilitation and gynecologic massage at wrong positions and falling of the womb. In work are studied modern regenerative methods of application of physical rehabilitation and possibilities of surgical correction at falling of the womb and prolapsed of the uterus. Along with specially selected complex of physical exercises gynecologic massage and physiotherapeutic methods were spent at initial stages of falling of the womb. It is given the clinical analysis of obstetric and gynecologic pathology, at which more often there are fallings and prolepses of internal genitals at women. The program of preventive maintenance and application of methods of physical rehabilitation of the disease, directed on improvement of health and quality of life of women is developed.

Keywords: genitals, prolapse, pelvic bottom, perineum muscles, uterus (womb), ligament (cord), falling, rehabilitation, correction, massage.

Введение.

Несмотря на проводимые многочисленные исследования, посвященные патогенезу [2, 3, 4],

© Мирович Е. Д., Митюков В. А., Чурилов А. В.,
Галалу С. И., Симарова А. В., Князева Н. В.,
Писаренко П. Н., Ярош А. Н., 2009

физической реабилитации, способам и методам хирургической коррекции, актуальность проблемы генитального пролапса не снижается. С одной стороны это обусловлено высокой частотой данной гинекологической патологии, достигающей от 11 до 28% [2, 8], с другой – недостаточной эффективностью существующих современных корригирующих физических, физиотерапевтических и хирургических методов лечения [3, 4, 7, 8].

Предлагаемые сегодня современные методы физической реабилитации и в немногочисленных случаях хирургической коррекции генитального пролапса, восстановление нарушенной мышечной архитектоники малого таза и промежности, требуют комплексного подхода к лечению [8, 14].

Если раньше опущения и выпадения половых органов считалось заболеванием преимущественно женщин преклонного возраста, то в настоящее время средний возраст больных составляет 50 лет. При этом удельный вес пациенток моложе 40 лет достигает 26 – 30% [9]. Это, несомненно, требует более современного изучения подходов к выбору физических методов реабилитации, хирургической коррекции и определения тактики лечения, направленной на сохранение репродуктивной, менструальной функции и сексуальной жизни женщины [11, 14, 16].

Сегодня среди всех гинекологических больных, обращающихся за медицинской помощью в женские консультации, около 20% составляют пациентки с неправильными положениями матки, опущениями и выпадениями шейки матки и стенок влагалища. Большое количество запущенных форм этого заболевания, по-видимому, связано с недостаточной информированностью, как больных, так и врачей, в том числе и специалистов реабилитологов, о самом заболевании, возможностях его восстановительной физической и хирургической коррекции [5, 10].

Все это диктует врачам акушерам-гинекологам, специалистам реабилитологам проводить поиск и разработку новых, более современных и действенных мер профилактики при неправильных положениях матки и методов физической реабилитации пролапса гениталий у женщин [8, 10, 11, 16].

Основными причинами возникновения и опущения матки и пролапса тазовых органов у женщин специалисты считают длительное или чрезмерное повышение внутрибрюшного давления во время беременности и родов, анатомо-функциональные нарушения тазового дна и связочного аппарата матки, особенно в связи с перенесенными многократными родами крупным плодом и применяемыми оперативными вмешательствами. Отдельные авторы утверждают, что несостоятельность тазового дна и анатомических структур, поддерживающих матку и влагалище, чаще возникает в результате развития генерализованной дисплазии соединительной ткани, травматических повреждений ее в

родах или после перенесенных гинекологических операций [2, 4, 9].

Однако, основное значение среди причин, ведущих к развитию пролапса тазовых органов, придается повреждениям опорных структур тазового дна в процессе перенесенных родов через естественные родовые пути [7, 8, 10, 11]. Помимо травмы, большое значение в развитии опущения и выпадения матки и половых органов придается таким акушерским причинам, как: узкий таз, роды крупным плодом, затяжные и многократные роды с применением акушерских родоразрешающих оперативных вмешательств [9, 10, 14].

Известно, что у половины пациенток в возрасте 50 лет, находящихся в состоянии менопаузы, имеются глубоко выраженные гормональные нарушения вследствие дефицита эстрогенов и других гормонов, симптомы атрофии мочеполовой системы, недержание мочи, опущения и выпадения стенок влагалища и шейки матки, сухость влагалища, диспаруния и другие сексуальные расстройства [16].

В работе изучены клиничко-анатомические и физиологические обоснования к применению современных методов восстановительной физической реабилитации при неправильных положениях матки, опущениях и выпадениях ее. Дается краткое описание и применение рекомендованных форм и методов физической и медицинской реабилитации в условиях работы женской консультации, гинекологической клиники, кабинетов физиотерапии, лечебной физкультуры и гинекологического массажа [1, 5, 6, 14].

Однако на сегодняшний день многие аспекты этой проблемы, по-прежнему, остаются не решенными, что диктует необходимость поиска и применения новых путей комплексного решения вопросов физической, хирургической и физиотерапевтической реабилитации [5, 6, 9, 10].

Данная работа соответствует плану НИР кафедры акушерства и гинекологии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького и кафедры физической реабилитации Горловского регионарного института университета «Украина».

Цель, задачи работы, материал и методы.

Цель исследования. Разработать и внедрить современные методы и способы физической реабилитации, позволяющие предупреждать и устранять пролапс гениталий. Провести поиск, разработку и внедрение новых методов физической реабилитации больных. Научно обосновать проведение восстановительных физических мероприятий, изучить патогенез генитального пролапса и факторов, способствующих его развитию [2, 3, 4].

Научная новизна. В работе на современном методологическом уровне, комплексного клинического обследования, проведенных методов физической реабилитации и поиска способов хирургической коррекции изучены особенности течения опущения и выпадения внутренних половых орга-

нов у различных возрастных групп женщин. Разработана программа профилактики и применения методов физической реабилитации заболевания, направленная на улучшение здоровья и качества жизни женщин.

Во время родов, в периоде – изгнания плода, большая физическая и психологическая нагрузка в целом приходится на весь организм женщины, но больше всего на мышцы брюшного пресса, тазового дна и промежности. Во втором периоде родов, в момент врезывания, прорезывания и разгибания головки, особенно крупного плода, наблюдается значительное перерастяжение мышц тазового дна, влагалища и промежности. В отдельных случаях, при крупном плоде и суженном тазе, чаще у возрастных первородящих, могут происходить разрывы слизистой влагалища, мышц промежности, тазового дна и в отдельных случаях сфинктера прямой кишки. В жизни женщины эти осложнения могут приводить к серьезным нарушениям со стороны функции тазовых органов – опущениям шейки матки, матки, стенок влагалища, с последующим вовлечением в процесс мочевого пузыря и прямой кишки. В тяжелых случаях у женщин появляется недержание газов, функциональная недостаточность сфинктера мочевого пузыря и прямой кишки. Все эти нарушения естественно приносят женщине много неудобств в ее личной жизни, психологически отрицательно сказываются на качестве ее последующей сексуальной, репродуктивной, социальной, профессиональной и трудовой жизни [8, 9, 10, 16].

Без достаточных знаний специалистом реабилитологом анатомии женских внутренних половых органов, клинко-анатомического их строения и топографии мышц тазового дна, промежности, специалисту – реабилитологу, врачу ЛФК, массажисту трудно физиологически обосновано составить и выполнить программу восстановительных физических упражнений с целью реабилитации и оздоровлению этих женщин [1, 5, 12, 13].

С этой целью мы позволили себе кратко напомнить специалисту реабилитологу клиническую анатомию и топографию женских внутренних половых органов; поддерживающий и подвешивающий аппарат матки, яичников, топографическое расположение мышц тазового дна и промежности.

Мышцы тазового дна и промежности. Область выхода из малого таза называется промежностью. Промежность имеет ромбовидную форму, спереди она простирается до нижнего края лобкового сочленения, сзади – до верхушки копчика, по бокам она ограничена ветвями лобковых и седалищных костей и седалищными буграми. Промежность образует дно малого таза, закрывая выход из него, и делится на передне-верхнюю – меньшую, мочеполовую область, и нижнюю – большую, заднепроходную область. Границей этих двух областей является слегка выпуклая сзади линия, соединяющая правый и левый седалищные бугры.

В образовании дна малого таза принимают участие две диафрагмы – тазовая (диафрагма пелвис) и мочеполовая (диафрагма урогениталис).

Диафрагма таза занимает заднюю часть промежности и имеет вид треугольника, вершина которого обращена к копчику, а углы – к седалищным буграм. Поверхностный слой мышц диафрагмы таза представлен непарной мышцей – наружным сфинктером заднего прохода. Эта мышца охватывает промежностный отдел прямой кишки.

Мышцы мочеполовой диафрагмы делятся на поверхностные и глубокие. К ним относятся:

- поверхностная поперечная мышца, идущая поперек промежности и прикрепляется к седалищной кости;
- седалищно-пещеристая мышца, парная мышца, начинается от внутренней поверхности седалищного бугра, обходит ножку клитора и вплетается в него;
- луковично-губчатая мышца – парная, окружает отверстие входа во влагалище, имеет форму вытянутого овала.

К глубоким мышцам мочеполовой диафрагмы относятся: глубокая поперечная мышца промежности, которая начинается от седалищных бугров с обеих сторон, участвует в сухожильном центре промежности. К глубоким мышцам диафрагмы таза относятся две мышцы: мышца, поднимающая задний проход, и копчиковая мышца. Мышца, поднимающая задний проход парная, треугольной формы, образует аналогичной мышцей другой стороны воронку, широкой частью обращенной кверху. Нижняя часть обеих мышц, суживаясь, обхватывает прямую кишку в виде петли. Эта мышца состоит из лобково-копчиковой и подвздошно-копчиковой мышц.

Лобково-копчиковая мышца своей латеральной частью направляется назад, вниз и медиально к копчику и прикрепляется к заднепроходно-копчиковой связке, вплетаясь частью пучков в мышечную оболочку влагалища, частью – в продольный слой мышечной оболочки прямой кишки.

Подвздошно-копчиковая мышца начинается также от сухожильной дуги, сзади от начала лобково-копчиковой мышцы; она направляется назад вниз и прикрепляется к копчиковой кости, ниже лобково-копчиковой мышцы.

Мочеполовая диафрагма – это фасциально-мышечная пластинка, расположенная в передней части дна малого таза между нижними ветвями лобковых и седалищных костей.

Мышцы тазового дна представляют собой мышечно-фасциальную диафрагму таза и вместе с поддерживающим (крестцово-маточными и широкой связкой), подвешивающим аппаратом матки (круглыми связками матки, собственными и поддерживающими связками яичников, пузырно-маточной складкой), при опорожненном мочевом пузыре и опорожненной прямой кишке, удерживают матку в центре малого таза, образуя между маткой, шейкой матки и влагалищем тупой угол, открытый к пер-

ди. Такое положение матки считается физиологическим – антеверзия (антефлексия).

Другие положения матки (физиологическая ретроверзия), когда матка просто отклонена кзади и перегибах (загибах) ее назад (ретрофлексии), считаются патологическими и наблюдаются у женщин довольно часто. При этом положении матки у женщин могут появляться боли внизу живота, особенно перед и во время менструации (предменструальный синдром) и другие болевые симптомы. Патологическая ретрофлексия (гиперретрофлексия) – это чаще всего результат перенесенных воспалительных процессов в полости малого таза, аномалий развития матки, опухолях матки (фибромах), опухолях яичников (кистах, кистамах, эндометриозе); при пониженном тонусе ее связочно-мышечного аппарата.

Ретрофлексированная матка встречается у многократно рожавших женщин вследствие слабости ее инволюции после родов (вялотекущей послеродовой инфекции), приводящей к длительному постельному режиму; после родов в случаях расхождения лонного сочленения (симфизитах), хронических гинекологических заболеваний (периметрит, параметрит, сальпингит).

Смещения матки кзади – гиперретрофлексия могут быть фиксированными (фиксированная ретрофлексия), вследствие образования грубых спаек (шварт) между маткой и тазовой брюшиной в заднем своде, кишечником, сальником, и нефиксированными, ограниченно подвижными, поддающимися выведению матки из заднего свода, например, при проведении гинекологического массажа.

В профилактике, восстановительной физической реабилитации фиксированных смещений матки (так называемой гиперретрофлексии) главная роль должна принадлежать комплексу специальных восстановительных физических упражнений лечебной физкультуры и приемам проведения гинекологического массажа, которому принадлежит главная роль [1]. Особое место в таких случаях отводится методам физиотерапии в условиях гинекологических стационаров и специализированных санаториев (грязевое лечение, применение озокерита, бальнеотерапия, физиотерапевтические процедуры), которые улучшают микроциркуляцию репродуктивных органов, стимулируют крово- и лимфообращение, окислительно-восстановительные процессы, повышают тонус мышц промежности и тазового дна). В Украине восстановительное лечение и реабилитация больных с пролапсом гениталий успешно проводится в санаториях-курортах гг. Славянска, Бердянска, Саки, Куяльник и др.

Специалист реабилитолог, ориентируясь на знания гинекологической патологии начальных стадий опущения и выпадения внутренних половых органов, фиксированной ретрофлексии матки, а также клинической анатомии органов малого таза женщины, обязан уметь составить специальный комплекс восстановительных физических упражнений для женщин с данной гинекологической па-

тологией и регулярно проводить занятия с ними в условиях женской консультации (специализированном кабинете ЛФК), бальнеологическом отделении санатория или специализированном гинекологическом центре.

В результате успешно проведенного реабилитологом специального восстановительного комплекса физических упражнений, гинекологического массажа, разнообразных физиотерапевтических процедур, как правило, удастся вывести матку в правильное положение, особенно в тех случаях, когда нет еще фиксированной ретрофлексии. Очень важно избрать такое исходное положение тела, при котором матка будет удерживаться в приданном ей положении – антефлексии.

Предварительно следует ознакомить пациентку со специальным комплексом физических упражнений при неправильных положениях матки, дыханием при выполнении этих упражнений, и только после этого можно приступать к осуществлению занятий.

Важно показать и научить пациентку оптимальным исходным положениям при выполнении этих упражнений. К ним относятся: коленно-кистевое, коленно-грудное, подошвенно-локтевое и подошвенно-грудное. Все эти исходные положения дают возможность женщине выполнять движения, главными из которых будут:

- отведение ног в стороны, назад, подтягивание колена к одноименному локтю;
- отведение ног в стороны, назад, подтягивание колена к противоположному локтю;
- отведение ног в стороны, назад, подтягивание колена к одноименной кисти;
- отведение ног в стороны, назад, подтягивание колена к противоположной кисти (в коленно-локтевом положении);
- втягивание и выпячивание передней брюшной стенки в сочетании с глубоким дыханием;
- переход из коленно-локтевого положения в подошвенно-локтевое;
- переход из коленно-грудного положения в подошвенно-грудное.

При фиксированной ретрофлексии из-за наличия сращений, расположенных сзади матки, рекомендуется 3-4 раза во время занятий остановиться в коленно-грудном положении в течение 2-4 минут. В этом положении сращения «растягиваются». При выполнении специального комплекса физических упражнений важное значение имеет дыхательная гимнастика (дыхание по Стрельниковой, К. П. Бутейко) [11].

Приводим примерный комплекс упражнений при ограниченно подвижных смещениях и загибах матки; он представлен нами на рисунках. Условно-образно их можно представить как коленно-локтевое, коленно-кистевое – «кошачья спина», «подлезание под забор» и др.

1. И. п. Выполнять быстрые наклоны корпуса вперед с одновременными поворотами туловища направо и налево.

2. И. п. коленно-локтевое. Опустить верхнюю часть туловища и плечи, стараясь коснуться грудью пола, при этом таз остается в прежнем положении.
3. И. п. коленно-кистевое. Упражнение «кошачья спина»: выгнуть (округлить) спину, опустив голову и втянув ягодицы. Затем прогнуть спину (как бы «уронить» поясницу), поднимая голову и таз.
4. И. п. то же. Упражнение «подлезание под забор»»: согнув руки в локтях, опустить верхнюю часть туловища и плечи, таз не опускать. Затем, как бы скользя грудью над самым полом, «подлезать под забор», опуская таз.
5. И. п. то же. Поднять одновременно правую руку и левую ногу, затем наоборот. Повторить 3-4 раза каждой ногой (и рукой).
6. И. п. то же. Перейти в стопо-кистевое положение. Повторить 3-4 раза.
7. И. п. стопо-кистевое. Ходьба на «высоких четвереньках» в течение 1-1,5 минут: «обычная» (одновременно переставляя правую руку и левую ногу) и «иноходью» (одновременно переставляя одноименные руку и ногу).
8. И. п. лежа на животе, руки вдоль туловища. Упражнение «рыбка»: поднять одновременно верхнюю часть туловища и прямые ноги, плечи отведены назад, прямые руки тянутся к ногам. Удерживать эту позу в течение 8-10 секунд.
9. И. п. то же. Упражнение «ласточка»: прогнуться, развести руки в стороны, ноги на полу. Удерживать эту позу в течение 8-10 секунд.
10. И. п. то же. Согнуть обе ноги в коленях, стараясь достать пятками ягодицы.
11. Принять коленно-кистевое положение, сесть на пятки, не смещая рук.
12. Принять коленно-кистевое положение, одновременно отводить в стороны левую руку и правую ногу, затем наоборот (Рис. 1).

При неправильных положениях матки, особенно при отклонении ее кзади, следует провести серию восстановительных гимнастических приемов, направленных на тренировку мышц тазового дна, укрепление подвешивающего и поддерживающего аппарата матки и улучшение подвижности поясничной области, в том числе крестцово-подвздошного сочленения [1].

Гинекологический массаж. Гинекологический массаж является важным физиологическим мануальным методом воздействия физической реабилитации при неправильных положениях женских половых органов (фиксированной ретрофлексии матки, опущениях и начальных проявлениях выпадения женских половых органов) [1]. По мнению известных акушеров-гинекологов В. И. Бодяжиной, К. Н. Жмакина гинекологический массаж является ценным вкладом в физическую реабилитацию гинекологических больных, особенно в сочетании с перечисленными нами ранее физиотерапией, санаторно-курортным водо- и грязелечением. Ги-

некологический массаж производит только врач акушер-гинеколог, даже, более того, «массаж доступен только специалисту гинекологу, умудренному в этом деле» [1].

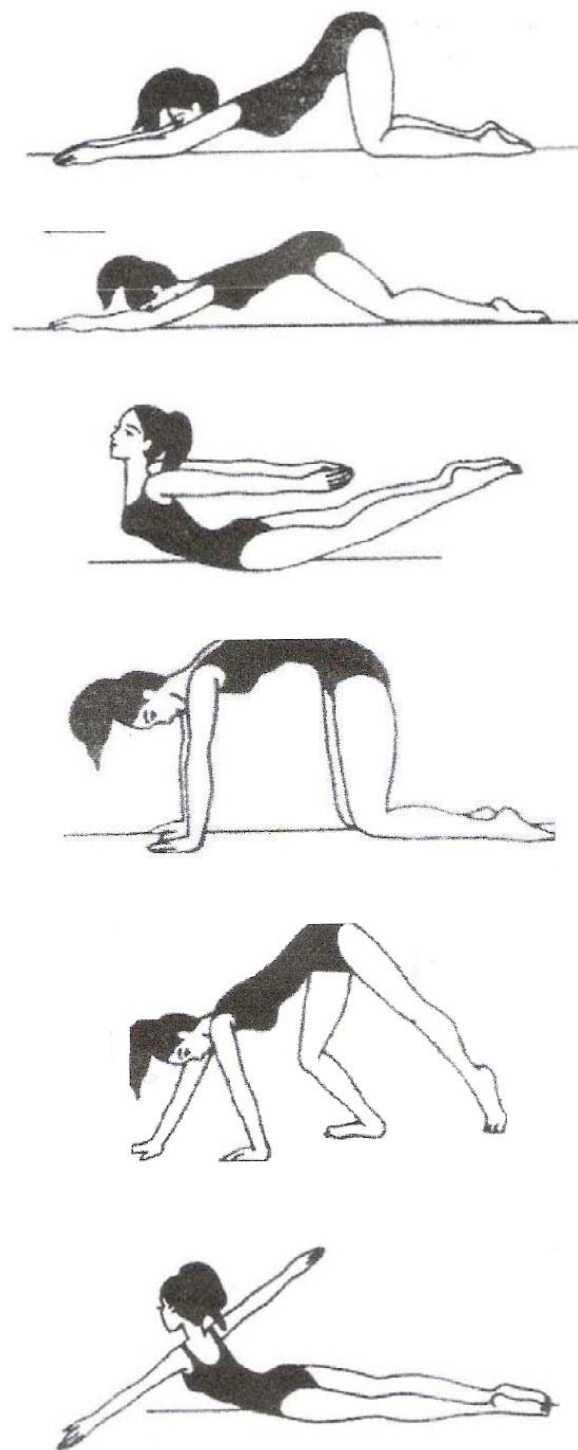


Рис. 1. Примерный комплекс упражнений при ограниченно подвижных смещениях и загибах матки

Гинекологический массаж – это ответственная лечебно-реабилитационная процедура, требующая от массажиста не только хорошей ориентировки в топографии внутренних женских половых органов и органов малого таза, но и умения хорошо разбираться в клинической картине гинекологического заболевания, показаниях и противопоказаниях к этой ответственной процедуре. С оговоркой

можно сказать, что гинекологический массаж может выполнять врач лечебной физкультуры, специалист реабилитолог, опытная медицинская сестра или акушерка, специально обученные и подготовленные выполнить эту деликатную реабилитационную процедуру под контролем врача-гинеколога.

Под влиянием гинекологического массажа возникает выраженное прямое рефлекторное раздражение большой зоны экстерорецепторов кожи живота, промежности, интерорецепторов сосудов внутренних органов, эндометрия и миометрия матки, брюшины, мочевого пузыря и прямой кишки. Гинекологический массаж вызывает заметные физиологические изменения крово- и лимфообращения в матке, мышцах промежности, соседних органах и тканях области таза и всей брюшной полости. Значительное действие массаж оказывает на мускулатуру тазовых органов и на весь связочный аппарат (поддерживающий, подвешивающий). Происходит укрепление всего связочно-мышечного аппарата матки, мышц тазового дна, промежности, соединительно-тканых и фасциальных пластинок, описанных нами ранее во вступительной части работы. Кроме того, массаж улучшает общее физическое состояние больной, повышает ее психоэмоциональное настроение, после сеанса массажа у женщин повышается работоспособность, исчезают боли, улучшается аппетит, нормализуется сон, функции кишечника и мочевого пузыря [1].

Неправильное положение матки и ее смещения, фиксированные и свободные, являются основным показанием к применению гинекологического массажа.

Определяя ретрофлексию как начальную стадию опущения матки, отдельные авторы считают нужным в этих случаях применение гинекологического массажа, который будет являться не только средством, направленным на ликвидацию патологии, но профилактикой и физической восстановительной реабилитацией начальных стадий опущения матки и стенок слизистой влагалища.

Продолжительность каждого сеанса гинекологического массажа колеблется от 5 до 10 минут с последующим продлением его до 15-20 минут. Курс физической реабилитации с помощью гинекологического массажа составляет в среднем 30-60 сеансов.

Цель проведения приемов восстановительного гинекологического массажа – растяжение спаек, вправление и приподнятие влагалища и матки. Чаще всего преследуется – растяжение основного связочного аппарата и других образований (рубцов, сращений и спаек), другая – растирание (поглаживание органов малого таза).

При проведении сеансов гинекологического массажа принято выделять пять основных технических приемов:

1. Массирование (растирание и поглаживание) ретрофлексированной матки, придатков и остальных органов полости малого таза. Цель: повышение тонуса и активация гиперемии тканей.

2. Восстановление нормального положения матки путем растяжения патологических образований (рубцов, сращений, спаек). Этим ликвидируются застойные явления в матке, пассивная гиперемия, отек и болевые ощущения.
3. Массирование связочного аппарата путем смещения матки в горизонтальном и вертикальном направлениях для повышения его тонуса и нормализации положения внутренних половых органов, а также улучшения лимфо- и кровообращения.
4. Массаж мышц брюшного пресса, пристеночных и мышц тазового дна путем поглаживания, растяжения и толчкообразного давления. Способствует укреплению нормального положения внутренних половых органов, улучшению функции кишечника.
5. Сочетание ручных приемов и положений туловища женщины, которые бы вели в итоге к полному восстановлению функций внутренних половых органов. В гинекологическом массаже обычно участвуют обе руки массажиста. Одна из них вводится во влагалище и поэтому условно называется «внутренней», а вторая действует со стороны брюшной стенки и обозначается как «наружная» [1].

Таким образом, гинекологический массаж состоит в основном из поглаживания, давления, растяжения мягких тканей. Всякий сеанс массажа ставит перед собой цель – привести орган и его основную функцию в физиологическое состояние.

Внутренняя рука при массаже является активноразрабатывающей, играет большую роль в гинекологическом массаже и более ответственную, чем наружная. Она должна фиксировать матку, растягивать, смещать, массировать, но и тонко пальпировать, определяя состояние тканей внутренних половых органов.

Если имеется выраженная ретрофлексия матки, пальцы внутренней стороны руки через задний свод отталкивают и тем самым выводят ретрофлексированное тело матки для того, чтобы наружной рукой можно было подойти ко дну матки и фиксировать ее в нормальном положении.

Иногда указательный и средний пальцы внутренней руки несколько раздвигают и фиксируют с двух сторон шейку матки. Они не только массируют и приподнимают матку, а также производят круговые движения, улучшая подвижность всей матки. При этом наружная рука через брюшную стенку оказывает давление на заднюю поверхность матки, а через нее – на пальцы внутренней руки, которые способствуют разгибанию матки и выведению ее из ретрофлексии. Комплексы физических упражнений, современные методы и способы физической реабилитации, основные приемы проведения восстановительного гинекологического массажа при опущениях и начальной стадии выпадения матки представлены нами на рисунках.

Только при слаженном воздействии наружной и внутренней рук, при целенаправленном дви-

жении их, в зависимости от показаний, гинекологический массаж будет осуществляться технически правильно, оказывать восстановительное целебное действие и способствовать ликвидации начальных проявлений развития гинекологического пролапса.

Выводы:

1. Среди гинекологических больных, обращающихся сегодня за медицинской помощью в женские консультации, 20% составляют пациентки с неправильными положениями матки, опущениями и выпадениями внутренних половых органов и стенок влагалища. Среди них большое количество женщин с запущенными формами выпадения гениталий.

2. Основными причинами возникновения опущения и выпадения внутренних половых органов таза у женщин считаются чрезмерное повышение внутрибрюшного давления и анатомо-функциональные нарушения мышц тазового дна. Чаще эти нарушения происходят вследствие наступившей генерализованной дисплазии соединительной ткани анатомических структур, тесно связанных с травматическими повреждениями в процессе родов через естественные родовые пути.

3. Применение комплекса современных методов восстановительной физической, физиотерапевтической и психологической реабилитации при неправильных положениях матки и ее опущениях и позволяет устранить начальные стадии опущения и выпадения внутренних половых органов таза, улучшить общее физическое здоровье и сохранить качество жизни женщины.

4. Гинекологический массаж является важным и эффективным восстановительным методом комплексной физической реабилитации, может применяться при загибах матки, начальных стадиях опущения стенок влагалища и матки (фиксированной ретрофлексии, опущениях и частичном выпадении шейки матки).

Дальнейшие исследования планируется проводить в комплексе с применением хирургических методов коррекции пациенток с опущениями и выпадениями внутренних половых органов.

Литература:

1. Бенедиктов И. И. Гинекологический массаж и гимнастика. – Медицинская книга. – Издательство НГМА. – 1998. – 123 с.
2. Буянова С. Н., Савельев С. В., Гришин В. Л., Сенчакова Т. Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий. – Акушерство и гинекология. – 2001. - № 3. – С. 39-43.
3. Буянова С. Н., Смольнова Т. Ю., Иоселиани В. Ф., Куликов В. Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов. – Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1988. – № 1. – С. 77-79.
4. Вдовиченко Ю. П., Григоренко А. П., Бойчук В. М., Боцюра М. Д. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна корекція. – Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 198-200.
5. Глебова Н. Н., Вехновский В. О. Лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия у женщин с опущением и выпадением стенок влагалища и матки. – Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщин. – М. – 1988. – С. 48-50.
6. Григоренко А. П., Яворська Л. О. Оперативне лікування жінок з випадінням внутрішніх статевих органів. – Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед». – 2004. – С. 165-167.
7. Золотухин Н. С., Бутина Л. И., Петров Ю. А. и др. Опыт реабилитации женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов в пре- и постменопаузе. – Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед». – 2004. – С. 193-197.
8. Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И. Пролапс тазовых органов. – СПб. – Научная литература. – 2003. – 14 с.
9. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Гус А. И. и др. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути. – Акушерство и гинекология. – 2004. – С. 26-30.
10. Мирович Е. Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов у женщин группы риска. – Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Одесса. – 2008. – 40 с.
11. Милокова Н. В., Евдокимова Т. А. Лечебная физкультура. Новейший справочник / Под общей ред. проф. Т. А. Евдокимовой. – СПб, Сова. – М.: ЭКСМО. – 2003. – 862 с.
12. Перещук Л. Л. Лечение и реабилитация гинекологических больных после пластических операций нижнего отдела гениталий. – Дис. канд. мед. наук : 14.00.01. – Харьков. – 1988. – 162.
13. Романовська Н. П. Клінічна анатомія в акушерстві і гінекології. – М.: ЦОЛПУЛ. – 1998. – 82 с.
14. Смольнова Т. Ю., Савельев С. В., Титченко Л. И. и др. Пролапс гениталий – следствие травматичных родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани. – Акушерство и гинекология. – 2001. – № 4. – С. 33-37.

Поступила в редакцию 09.04.2009 г.
dgizfvs-nayka@mail.ru