

Особенности наблюдения беременных в санатории «Авитек»

Печенкина Наталья Сергеевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры Акушерства и гинекологии Кировского медицинского университета.

Ануфриева Галина Георгиевна – кандидат медицинских наук, главный врач санатория "Авитек", заслуженный врач РФ.

Аннотация: Актуальность: В настоящее время все больше внимания уделяется употреблению натуральных продуктов и использованию природных факторов той местности, где на данный момент пациентка вынашивает беременность (5,6). Цель исследования: Изучить влияние природных факторов санатория «АВИТЕК» во время беременности и в родах, учитывая современные аспекты течения беременности. Методы исследования: Был проведен комплексный анализ по архивным материалам санатория «АВИТЕК» за период шесть месяцев 2018 г. В группу обследованных взяты беременные, находящиеся на санаторно-курортном лечении дневной формы пребывания. Для них была разработана уникальная программа «Радость рождения», которая позволяет получить не медикаментозное лечение, а фитотерапию с применением авторского сбора трав №10 Ануфриевой Г.Г., озонотерапию, аквааэробику в бассейне с минеральной водой, лечебную физкультуру, арттерапию и занятия с психотерапевтом.

Ключевые слова: Беременность, санаторно-курортное лечение, сбор трав, озонотерапия.

В сбор трав входят лекарственные растения из экологически чистых регионов Кировской области. Травы из растений того региона, где живет пациент оказывают более мягкий лечебный эффект и не оказывают побочных действий.

Санаторий «АВИТЕК» - единственное в городе медицинское учреждение, имеющее на территории источник минеральной воды: сульфатно-хлоридно-натриевой. В санаторий принимаются беременные в сроке от 12 до 36 недель беременности. Программа «Радость рождения» рассчитана на десять дней. В 2016 г. прошли курс 102 беременные, из них 32,3% (33) проходили данный курс во время первой своей беременности.

Учитывая уменьшение осложнений во время беременности и в родах, пациентки пришли на повторный курс во время новой беременности. В 2017 г. соответственно 89 и 18 (20,2%). В 2018 г. за 6 месяцев 45 и 6 (13,3%). В 2018 году проводилось тестирование о состоянии пациенток на первом приеме и по окончании курса лечения. Средний срок пациенток в 2018 году во время курса составил $30,6 \pm 0,2$ недели беременности. Один из важнейших факторов внешней среды, который оказывает всеобъемлющее влияние на организм беременной женщины, является питание. Опытные диетологи санатория разработали специальное меню, содержащее оптимальное сочетание белков, жиров, углеводов, витаминов, а также пищевых волокон. Средняя прибавка массы тела женщин в группе в 2018 году составила при поступлении на курс $7,2 \pm 0,4$ кг., средний рост - $166,2 \pm 0,8$ см. При динамичном наблюдении в течение 10 дней в двух третях случаев вес оставался стабильным на протяжении всего курса. У остальных средняя прибавка массы тела за беременность в санатории наблюдалась $0,2 \pm 0,1$ кг. 100% беременных посещали бассейн, пропустили в пределах 2-х занятий по лечебной физкультуре и аквааэробике только 6,6%(3). Таким образом, сбалансированная диета и умеренные физические нагрузки в санатории позволили удержать вес в пределах нормы. Средний возраст женщин, на курсе «Радость рождения» составил $31,6 \pm 0,2$ лет. Анализ числа беременностей в анамнезе: первородящие женщины составили 56,5% (26), из них первая беременность установлена у одной трети случаев. Среди обследованных беременных число служащих составило 84,7% (39), учащиеся специальных и высших учебных заведений - 8,7% (4), неработающие - 6,6% (3). Брак был зарегистрирован у 91,3% (42), в гражданском браке состояли 8,7% (3), одиноких не установлено.

Анализ показал следующие данные: преждевременных родов и перенашивание беременности не установлено. Следует отметить, что средний срок продолжения беременности у пациенток, прошедших курс в санатории в 2018г. составил $39,4 \pm 0,2$ недели. За время проведенного курса не было установлено клинических признаков угрозы преждевременных родов (ПР) после посещения бассейна, занятий аквааэробикой и лечебной физкультурой. ПР роды часто являются одним из критериев оценки в работы акушерско-гинекологических стационаров(3,4). При этом в анамнезе у одной трети беременных было стационарное лечение с угрозой в сроке $8,2 \pm 0,4$ недели. В санатории беременные получают индивидуальный подход во время проведения занятий. Учитывая предпочтение занятия йогой для беременных, 56,5% (26) посещали дополнительные занятия. Экстрагенитальная патология диагностирована у 100% (46) пациенток во время беременности перед началом курса в санатории: анемия в 80,4% (37), сердечно-сосудистая патология в 10,8% (5), заболевания мочевыводящей системы в 47,8% (22), заболевание щитовидной железы 7,5% (16), гестационный сахарный диабет 17,3% (8), варикозная болезнь нижних конечностей у 17,3% (8) случаев. Беременные с гестационным сахарным диабетом получали индивидуальную диету и специальный сбор трав для поддержания адекватного уровня глюкозы. Анализируя результаты посещения аквааэробики и ЛФК, получены данные: отмечалось изменение положения плода с тазового на головное предлежание плода в 6,6% (3) случаев. Нарушение маточно-плацентарного кровотока I а степени наблюдалось у 15,5% (7) беременных, а на десятый день курса осталось только у 2,2% (1), что было подтверждено результатами

доплерометрии. Среди осложнений беременности в группе в 93,4% (43) случаев наблюдались отеки во время беременности без выраженной гипертензии и протенурии. В двух третях случаев после прохождения курса отмечено уменьшение отеков, а в одной трети случаев после отеков не установлено. Оценка эффективности лечения проводилась по следующим параметрам: клинический осмотр, измерение артериального давления и взвешивание в одно и то же время. 47,8% (22) беременных имели хронические заболевания мочевыделительной системы, и принимали сбор №10 во время 10-дневного курса, а 12 из них (>50%) повторили прием сбора два раза до родов. Удалось установить отсутствие обострения заболеваний мочевыделительной системы в группе. В родах в 82,6% (38) не было установлено разрывов шейки матки и 80,4% (37) разрывов промежности. В 10,8% (5) роды завершились кесаревым сечением, по поводу гипоксии 4,4% (2) случая, дискоординация родовой деятельности – 2,2% (1), клинически узкий таз - 2,2% (1) случай. В послеродовом периоде в 100% случаев пациентки кормили новорожденных грудью, при этом две трети принимали сбор для лактации (авторский сбор трав Ануфриевой Г.Г.).

Тестированы 34 (94,2%) пациентки 2-хкратно, проводился опрос по методике автора И.В. Добрякова «Тест отношений беременной» (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. 2003 год). Прошли тестирование на первом приеме у акушер-гинеколога и отказались от второго тестирования только 2 (5,8%) беременных. На первом приеме беременные разделились на следующие группы: оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты 47,3% (15), гипогестогностический – 30,9% (10), эйфорический -15,6% (5), две беременных тревожного типа – 3,1% (1) и депрессивного типа -3,1%(1), получали индивидуальные занятия у психотерапевта. На десятый день курса беременные по окончании тестирования имели следующие типы поведения: оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты 53,1% (17), гипогестогностический – 43,8% (14), эйфорический – 3,1% (1), тревожный не установлен, депрессивный не установлен. Анализ тестирования показал восстановление общего так и эмоционального состояния беременных после окончания курса в санатории у 34 (94,2%) беременных. На основании опроса по поводу ночного сна отметили улучшение с $4,5 \pm 0,2$ часов до $7,3 \pm 0,2$ часов на 9 и 10-й день курса.

Средняя масса тела у новорожденных составила $3500,6 \pm 18$ г., рост $52,2 \pm 0,3$. Оценка по шкале Апгар на первой минуте составила $8,2 \pm 1,2$ балла и на пятой минуте $8,6 \pm 1,2$ балла.

Таким образом, результаты анализа курса лечения во время беременности с использованием немедикаментозных факторов показало целесообразность и оправданное их применение во время беременности, позволило улучшить психоэмоциональное состояние перед родами и уменьшить частоту осложнений как во время беременности, так и в родах.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Серов В.Н., Сухих Г.Т., Филиппов О.С. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология (протоколы лечения) // Проблемы репродукции. – 2015. - №6. – С.55-78.
2. Айламазян Э.К., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство: нац. рук / АСМОК Российское общество акушеров-гинекологов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.-608 с.
3. Серов В.Н., Сухорукова О.И. Профилактика преждевременных родов. // Акушерство и гинекология 2014. - №1. С.3-10.
4. Скрипниченко Ю.П., Баранов И.И., Токова З.З. Статистика преждевременных родов. // Проблемы репродукции. – 2014. №4. – С.11-14.
5. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск М.: ЭХО;2013. 1020 с.
6. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина – М.: ГЭОТАР-2017.-286с.
7. Romero R, et al. Mechanisms of Preterm Labor and Preterm Premature of the Membranes. In: Textbook of Perinatal Medicine. 2nd ed. Ed by A. Kurjak, F. Chervenak. NY; 2012.
8. WHO Preterm birth Fact sheet. November 2016.

{social}