

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Херсонський державний університет

Медичний факультет

Кафедра медицини та фізичної терапії

**ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У
ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка IV курсу

Спеціальності

227 Фізична реабілітація

Освітньо-професійна програма

«Фізична терапія, ерготерапія»

Паніна Аліна Ньонгівна

Керівник к.б.н., доцент Карпухіна Ю.В.

Рецензент к.б.н., доцент Гасюк О.М.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Засоби фізичної терапії для жінок в післяпологовому періоді	6
1.1. Основні зміни в організмі жінки після пологів.....	6
1.2. Наслідки для організму жінки після пологів через природні родові шляхи.....	8
1.3. Наслідки для організму жінки після кесаревого розтину.	11
1.4. Засоби фізичної терапії в післяпологовому періоді.....	13
РОЗДІЛ 2. Вплив лікувальної фізичної культури	21
2.1. Вплив фізичних вправ на організм жінки.....	21
2.2. Особливості застосування фізичних вправ.....	22
2.3. Програма реабілітації в післяпологовому періоді.....	29
ВИСНОВКИ	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	41
ДОДАТОК А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти ХДУ	45

ВСТУП

Актуальність теми. У період вагітності і під час пологів жіночий організм зазнає великих змін й вимагає його повного відновлення. Післяпологовий період є найбільш складним для жінки. Як зазначають фахівці цей період триває протягом шести місяців.

Як правило, під час вагітності найпомітніші зміни зазнає живіт. Інколи жінка може дозволити собі розслабитись у плані харчування, адже можна тепер їсти як за двох. Як наслідок зайва вага може вплинути на здоров'я та фізичну форму породіллі.

Самостійного відновлення порушених функцій організму і м'язового тонусу іноді недостатньо. Розвиток медицини дає змогу на кращу й скорішу реабілітацію після пологів завдяки сучасним методикам фізичного тренування та допоміжним засобам.

На сьогоднішній день актуальність цієї теми не втрачає популярність і полягає в тому, що здорове та підтягнуте тіло є запорукою краси, успіху та щасливої сім'ї про що мріє кожна жінка.

Зараз в Україні набирає обертів фітнес індустрія для вагітних, де розглядаються різноманітні курси йоги, вправи на правильне дихання щоб підготуватися до пологів та полегшити цей процес. В післяпологовому періоді чомусь вже мало привертається увага відновленню організму. Тут грає важливу роль застосування методів фізичної терапії.

Американські вчені довели, що лікувальною гімнастикою можна починати займатись після пологів вже через дванадцять годин, але з дозволу лікаря акушера - гінеколога. Вправи з лікувальної гімнастики покращують зворотній розвиток скорочення матки, зміцнюють тонус м'язів тазового дна, черевної стінки, стимулюють роботу кишечника, сечового міхура, покращують лактацію.

Під час виношування дитини організм вагітної істотно змінюється. Спостерігаються розтягнення прямих м'язів живота, їх діастаз, діафрагма опускається до низу, змінюють своє положення всі внутрішні органи.

У процесі розвитку плода та збільшення його маси, можуть виникати застійні явища у малому тазу, що тягне за собою варикозне розширення вен а також розслаблення м'язів спини і викривлення постави і як наслідок болі у спині.

Пологи через природні родові шляхи є основними факторами ризику, які провокують дисфункції м'язів тазового дна та різноманітний родовий травматизм.

В залежності від того, до якого методу пологів припустилась вагітна, природніх або кесаревого розтину, буде розроблена програма реабілітації.

Післяпологовий період триває здебільшого шість місяців. Відновлення м'язового тону та нормалізація функцій організму у кожного протікає індивідуально.

Мета і завдання дослідження – проаналізувати особливості відновлення жіночого організму після пологів засобами фізичної терапії.

Для вирішення поставленої мети були сформульовані завдання:

1. Встановити засоби фізичної терапії для жінок в післяпологовому періоді.
2. Розглянути вплив лікувальної фізичної культури у післяпологовому періоді при фізіологічних пологах та після кесаревого розтину.
3. Скласти програму реабілітації для відновлення організму та подолання наслідків після пологів.

Об'єкт дослідження – відновлення жіночого організму після пологів.

Предмет дослідження – методи фізичної терапії у відновленні організму після пологів.

Практичне значення одержаних результатів. Результат роботи буде корисний і цікавий для вагітних жінок, породіль, молодих матусь, фітнес - інструкторів, та для тих, хто планує дітей у майбутньому.

РОЗДІЛ 1

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЖІНОК В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

1.1. Основні зміни в організмі жінки після пологів

Післяпологовий період – це період, за який закінчується зворотній розвиток або інволюція всіх систем і органів, які зазнали у зв'язку з вагітністю та пологами змін.

Як правило після пологів жінка відчуває себе втомленою й потребує відпочинок. Зазвичай зберігається нормальна температура тіла, але 3 – 4 день може спостерігатись незначне її підвищення внаслідок нагрубання молочних залоз. Частіше відсутній або знижений апетит, відзначається затримка стільця.

В залежності від протікання вагітності й пологів післяпологовий період може тривати 6 – 8 тижнів. Зміни відбуваються майже в усіх органах і системах: серцево - судинної, нервової, ендокринної і т.д. Найбільше змінюється матка [33].

Існує ранній та пізній післяпологові періоди. Перший триває до 12 днів після пологів. За цей період відновлюються всі функції організму жінки. Після пологів в перші дні молочні залози починають виділяти молозиво, яке багате на жири, білки, ферменти, солі й приблизно на 3 – 4 добу з'являється молоко. Цей процес контролюють й регулюють гормони гіпофіза і центральна нервова система. Як вже зазначалось, це може вплинути на загальний стан породіллі, бо іноді набухання молочних залоз може супроводжуватись підвищенням температури тіла, що призводить до болю в них, ознобу.

Матка починає скорочуватись і приймати свій колишній розмір і форму. Це відчувається жінкою перші години у вигляді болючих скорочень

в низу живота. Її внутрішня поверхня з рясним секретом схожа на відкриту рану. З часом ця поверхня вистилається новим епітелієм аж до кінця післяпологового періоду. Загоєння відбуваються поступово і з цим відповідно змінюється характер виділень (лохій) [2].

Протягом перших 5-ти днів виділення виглядають як сильна рясна менструація й поступово кількість їх зменшується.

Пізній післяпологовий період займає до 8-ми тижнів після пологів. У цей час відбуваються зміни на гормональному фоні, знижується рівень естрогену, інтенсивність обміну речовин і як наслідок збільшення та накопичення жирової тканини. Все це може супроводжуватись ще зменшенням гідратації, еластичності шкіри й її сухості [10].

Особливих змін зазнає живіт. При збільшенні маси плоду на шкірі відзначаються розтяжки, що свідчать про недостатнє розтягування шкіри під час вагітності. Деякий час живіт все ще може мати округлу форму до тих пір, поки матка не прийме свій першочерговий розмір. Також може спостерігатися діастаз прямих м'язів живота.

На останніх місяцях вагітності велике навантаження приходило на м'язи спини, а особливо на нижню її частину, що в подальшому впливає на зміну динамічного стереотипу тіла жінки. Після пологів не встигаючи звикнути до зміни центра ваги, породілля рухається зі звичною під час вагітності поставою, в наслідок чого розвивається нефізіологічна постава під назвою « парус вагітності », що у подальшому призводить до появи болю у грудному та поперековому відділах хребта.

Ріст і розвиток плоду сприяв пере розтягуванню м'язів тазового дна та черевної стінки, які потім не повністю здатні підтримувати положення внутрішніх органів. Знижується внутрішньочеревний тиск, уповільнюється перистальтика кишечника, що веде до запорів.

У черевній порожнині уповільнюється швидкість кровообігу, циркулююча кров зменшується в об'ємі і це може сприяти до застійних явищ у малому тазі та нижніх кінцівках і є ризиком утворення тромбу.

Функція легенів та серця поліпшується, вони повертаються у звичайне положення завдяки опущенню діафрагми [22].

1.2. Наслідки для організму жінки після пологів через природні родові шляхи

На сьогоднішній день, не зважаючи на сучасні технології, досі не знайшли оптимальний метод пологів через природні родові шляхи які б не мали наслідків у вигляді травм промежини. До цього часу досі ця тенденція не знижується.

За даними різних науковців, такі травми відзначають у більше половини породіль. Пологи через природні родові шляхи являється основним фактором ризику, що призводить до родової травми та провокує розвиток дисфункції м'язів тазового дна. Такі наслідки в майбутньому можуть стати для жінки серйозною загрозою у вигляді спланхноптозу або розвитку пролапсу геніталій, в результаті чого можуть розвинути ознаки нетриманням сечі, опусканням тазових органів та ін..

Такі випадки зараз неухильно зустрічаються, і кількість таких хворих у структурі гінекологічної патології має показники від 1,6% до 27%.

Генітальний пролапс, як наслідок дисфункції м'язів тазового дна, носить у більшості прогресуючий характер. Це складний динамічний процес, що може тягти за собою структурно-функціональні порушення в організмі в цілому. Розлади органів статево-сечової системи можуть позначитись на психічному, загальному стані жінки. Таким чином знижуючи працездатність і якість життя [6].

В залежності від різного ступеня пролапсу геніталій для кожного з них відзначаються свої клінічні прояви. Найперші і найпоширеніші це важкість в нижніх відділах живота, відчуття стороннього тіла у піхві, нетримання сечі при фізичному навантаженні, відчуття неповного випорожнення сечі.

Для запобігання подальшого розвитку цього захворювання та подолання неприємних наслідків, слід прийняти ряд реабілітаційних заходів. Способів профілактики та лікування зараз безліч. Можна використовувати різну терапію, а саме медикаментозну, хірургічну корекцію, але нас більше цікавить фізична терапія [15].

Комплекс заходів спрямованих на тренування та укріплення м'язів тазового дна може включати фізичні вправи та вправи за допомогою спеціальних пристроїв, розроблених саме для подолання цих післяпологових наслідків.

Одним з найпоширеніших наслідків фізіологічних пологів є травматизм м'яких тканин промежини. Це було завжди проблемою акушерства. Розрив промежини є несприятливим моментом для організму жінки. Це пошкодження, яке виникає частіше у жінок які народжують уперше. До цього призводить сильний тиск на м'язи тазового дна, родові шляхи значно розтягуються, що в подальшому порушує цілісність промежини.

Причинами цього можуть бути невідповідність розміру головки плоду до розміру родових шляхів, крупний плід, неправильне положення голівки. Частіше найбільш травматичними пологами можуть бути при неправильному передлежанні плоду, в основному це тазове передлежання [42].

Велику роль також грає стан родових шляхів жінки. Не достатньо еластичні м'язи та шкіра мають вище вірогідність до розривів. Також наявність хронічних запальних процесів і рубців сприяють такому розвитку обставин. З віком тканини стають менш еластичними, тож

жінки старшого віку, що народжують вперше теж відносяться до факторів ризику. Стрімкі й швидкі пологи сприяють пошкодженням цілісності м'яких тканин, це відбувається коли родові шляхи ще не встигли достатньо розтягнутися й пристосуватись до проходження плоду.

Особливості будови промежини може стати причиною розриву. Навіть головка нормальних розмірів і у правильному положенні може нанести шкідливий вплив жінкам, у яких відзначають вузьку статеву щілину. Розташування промежини також має значення, виділяють низьке (статева щілина має локалізацію ближче до анального отвору) або високе (відстань між піхвою і анальним отвором навпаки збільшене). У нормі ця відстань складає приблизно 2 – 4 см [18].

Досить не частим але існуючим наслідком, являється розрив або розбіжність лонного членування. У більшості випадків цей процес може відбутися під час пологів але й також виникнути ще при вагітності.

В основному змінюється симфіз, що являє собою зрощенням лобкових кісток таза, об'єднаних між собою з'єднанням з хрящової тканини, воно є напіврухоме. Відстань між цими кістками у нормі складає один сантиметр.

Досить природнім вважається розм'якшення кісткових тканин тазових кісток. Це сприяє ліпшого проходження плоду. Але цього не завжди вистачає. До фактору ризику відносяться ті, у кого великий плід, при затяжних або стрімких пологах, утруднене виведення плічок плоду, використання акушерських щипців, епідуральної анестезії, при багатоплідних та повторних пологів [26].

Клінічними ознаками являється біль в області симфізу при надавлюванні, та утруднене активне згинання тазостегнових суглобів. Проявляється це постійними не приємними відчуттями та болями в області лобка, які можуть в міру прогресувати та посилюватись під час

ходьби , у положенні лежачи на спині з розведеними нижніми кінцівками або при вставанні з ліжка.

Симптоматика під час пологів може розвиватися гостро, в такому випадку спостерігають клацання або хрускіт. Це може призвести до тазових травм у матері.

Поширеність цього ускладнення, за даними дослідників, складає не високий відсоток від усіх післяпологових наслідків [4].

Майже у 90 % вагітних жінок спостерігаються болі у хребті, які і надалі можуть продовжуватися в післяпологовому періоді. Найчастіше це болі в області попереку, менша кількість жінок страждають від болей в області лонного зчленування й тазу, й ще менше від радикулопатії поперекового відділу хребта. Якщо не приділяти цьому процесу достатньої уваги це може призвести до синдрому хронічної тазової болі й подальшого прогресування симптомів вертеброгенної патології.

Регіональний постуральний дисбаланс м'язів, що виникав внаслідок збільшення вагітної матки також може спричиняти больові синдроми. Це пов'язано з двохстороннім вкороченням попереково-клубових м'язів розгиначів спини, ослабленням великих і середніх сідничних м'язів і прямих м'язів живота. Розподіл тиску в між хребцевих дисках змінюється спричиняючи додаткове напруження на поперековий відділ хребта, тазостегнові суглоби, крижі викликаючи дисбаланс м'язово-зв'язкового апарату [17].

За вагітність жінка може набрати зайву вагу в 11 – 16 кг, яка статично й динамічно навантажує осьовий скелет. Мієлораликулопатія проявляється у вигляді неврологічних порушень у породіль, що мали патологію грудного та поперекового відділу хребта [41].

1.3. Наслідки для організму жінки після кесаревого розтину

Якщо природні пологи з якоїсь причини стають небезпечними для матері і плоду, або неможливими, прибігають до кесаревого розтину. Кесарів розтин представляє собою хірургічну операцію, яка полягає у розрізанні черевної стінки і матки для того, щоб вилучити дитину. Завдяки цьому вдалося зменшити кількість смертей при пологах жінок і дітей.

Це серйозне втручання в організм жінки, яке має свої ускладнення й наслідки. Показання щодо цієї операції чітко викладені у наказі Міністерства охорони здоров'я України. Оперують як в плановому порядку так і в екстреному [31].

На сьогоднішній день це найпопулярніший вид оперативного втручання і більшість жінок надають перевагу не фізіологічним пологам, а саме кесаревому розтину. Особливо зростає відсоток таких операцій в країнах США, Туреччини і Бразилії. Нормальним показником кесаревих розтинів вважається 15% від всієї кількості пологів. Вищий показник вже розглядається як зловживанням.

До кесаревого розтину існують абсолютні та відносні показання. До абсолютних показань відносять: природні пологи, яким загрожує смерть або серйозна травма матері чи дитині. В такому випадку це може бути великий плід, неправильне його передлежання, багатоплідна вагітність, вузький таз жінки, травми таза та тазостегнового суглоба.

До відносних показань належать сумніви лікаря, який вважає що фізіологічні пологи можуть негативно вплинути на здоров'ї породіллі й дитини, при чому в даному випадку жінка може народити й сама [30].

Сюди відносять: цукровий діабет у жінки, хронічні захворювання що можуть вплинути негативно на родову діяльність, генітальний герпес, викривлення хребта, проблеми з зором (під час пологів внаслідок напруги від потуг може відбутися відшарування сітківки ока, що може призвести до втрати зору), слабка пологова діяльність (збільшується ризик гіпоксії плоду [24].

Цей спосіб родорозршення несе за собою ряд наслідків. Ними можуть стати атонія матки, що загрожує великими крововтратами, і насамперед рубець, який може дати ускладнення у випадку недостатнього лікування у вигляді інфекції, гнійних запалень, проблем у наступних вагітностях. Не повне загоєння рубця може стати причиною болючих менструацій. Після хірургічного втручання запускається процес рубцювання, виділяється фібрин і він може зачепити в цей процес інші органи малого тазу та петлі кишечника в результаті чого з'являються спайки. Про це може свідчити розлад кишечника, метеоризм, порушення стільця, болі та неприємні відчуття в області живота і таза. Серйознішими можуть стати загроза позаматкової вагітності та безпліддя [25].

1.4. Засоби фізичної терапії в післяпологовому періоді

Фізична реабілітація в післяпологовому періоді спрямована на зміцнення м'язів, особливо у проблемних зонах, відновлення нормальних функцій органів і систем, у першу чергу правильного положення органів черевної порожнини і малого таза.

У реабілітаційну програму включають фізичні вправи, лікувальну гімнастику та масаж. Для кожного ця програма різна, бо вона має підбиратися індивідуально в залежності від протікання вагітності та пологів, наявності супутніх захворювань породіллі, віку, наявності або відсутності швів. Не рекомендується самостійно вибирати вправи, вірогідність неправильного розрахунку навантаження може стати причиною погіршення стану [14].

Завдання фізичної реабілітації – домогтися оптимального поліпшення загального стану породіллі, подолання післяпологових наслідків які б могли вплинути на подальшу якість життя, покращення фізичного стану та скорішого повернення до побутового життя і праці.

Слід виключити активні заняття спортом та піднімання важких предметів.

Одним із засобів фізичної терапії є відновний післяпологовий масаж. Враховуючи всі індивідуальні особливості організму жінки та його стан, можна гарно вплинути на нормалізацію функцій, зробити дефекти менш помітними, відновити еластичність і тургор шкіри. Існують безліч методик масажу як лікувального так і з використанням допоміжних засобів.

На ранньому етапі післяпологового періоду за показаннями призначають масаж нижніх і верхніх кінцівок, шийно-комірцевої зони. Особливе значення має масаж спини, що суттєво знімає болі та покращує загальний стан. Спазмовані м'язи розслаблюють, а атоновані стимулюють. Суглобам, які піддавались навантаженню слід також приділити увагу. Важливо створити покращення кровопостачання суглоба та зміцнити його м'язово-зв'язковий апарат [34].

Як правило болі проходять вже після 3 – 4 сеансів, і жінка відчуває бадьорість, легкість в суглобах і м'язах, гарний настрій.

На пізньому етапі реабілітації, який визначається у кожного по різному опираючись на нормалізацію гормонального фону, використовують масаж живота. В цілому він покращує відновленню функцій внутрішніх органів, активізує імунітет та підвищує тонус шкіри яка зазнала найбільш значних змін. Масаж можна проводити традиційним методом і за допомогою спеціальних апаратів. Найчастіше використовують антицелюлітний масаж. Процедура баночного вакуумного масажу призначений для усунення косметичних дефектів. Відбувається руйнування жирової тканини, стимуляція лімфотокую завдяки чому відновлюється пружність і гладкість шкіри.

Такий вид масажу не слід проводити жінкам, які ще годують груддю. При вакуумному впливі за допомогою спеціального апарату або

силіконових банок, може відбутися незначне підвищення температури тіла. Тому для такого методу слід трохи зачекати [38].

Масаж суттєво впливає на підшкірно-жировий шар. Найпоширенішою проблемою є зайва вага молодих мам. Завдяки сеансам масажу можна прибрати зайвий жир, зменшити об'єми тіла, сприяти швидкому відновленню фігури, полегшити перебіг післяпологового періоду та зняти післяпологовий синдром.

Для планування індивідуальної програми слід визначити характер ліподистрофічних змін, перед тим отримавши консультацію гінеколога та ендокринолога. Все це необхідно для того, щоб зробити максимально ефективною і точною корекцію. Активація лі полізу полягає у посиленні мікроциркуляції, стимуляції обмінних процесів в шкірі і підшкірно-жирової клітковини. В результаті отримуємо синтез компонентів еластинових і колагенових волокон з яких складається міжклітинний матрикс й прискорення регенерації клітин [26].

Ефективності масажу служать основні прийоми розтирання і розминання. Виконуються у середньому й швидкому темпі. Від ступені больової чутливості тканин залежить інтенсивність сила і характер розминань. Локальна гіперемія шкіри свідчить про високу ефективність масажу.

Для вирішення судинних проблем, відновлення гомеостазу в периферичних тканинах в післяпологовому періоді застосовують лімфо дренаж. Ця техніка включає комплекс повільних м'яких маніпуляцій або глибокого погладження. Але перш ніж приступити до цього виду масажу, потрібно перевірити лімфовузли, їх злагодженість в роботі та нормальну здатність до фільтрації.

Проводячи дренажні рухи можна змінювати глибину впливу з поверхневої до глибокої, де вже будуть залучатися в процес судинні стовбури і м'язово-фасціальні футляри. Монотонні плавні та повторювальні рухи прискорюють механізм відтоку [23].

Зниження м'язового тонузу залежить від лімфо відтоку і рівня мікроциркуляції. Симпатоадреналова система посилюється за допомогою м'язової діяльності. Активізуються адаптаційні реакції організму. Завдяки зростанню концентрації адреналіну у крові посилюється метаболізм глікогену, покращуються окисно-відновні реакції в м'язовій тканині, за рахунок розпаду жирів підвищується тепло індукція.

Протипоказаннями до застосування методів масажу являються підвищена температура тіла, гострі запальні й гнійні захворювання, кровотечі, загальне нездужання, сильний больовий синдром, онкологічні захворювання.

На сьогоднішній день існує багато ортопедичних виробів, які максимально допомагають у підтримці вагітної та породіллі. Післяпологовий бандаж сприяє скорішому відновленню а саме: тонузу м'язів живота, скороченню матки, поверненню внутрішніх органів назад у нормальне положення запобігаючи їх опущення, утворенню гриж, зменшує болі в спині.

Корсет для попереково-крижового відділу фіксує хребет, підтримує його в правильному положенні зменшуючи в ньому напругу й утримуючи правильну поставу. Бандаж після кесаревого розтину (ще його називають – післяопераційний) використовують для підтримки і фіксації черевної стінки та швів у післяопераційному періоді [36].

Найкраще одягати бандаж лежачи, коли живіт «впадає» і м'язи розслаблені він краще їх фіксує. Починаючи знизу до гори бандаж застібують, але не туго бо це може спричинити порушення кровообігу й нанести негативний вплив на загоєння післяопераційної рани. Рекомендовано носити не більше чотирьох годин й робити паузи до півгодини. Варто орієнтуватися на відчуття жінки. На ніч бажано його не одягати, так як це може спричинити проблеми з кровообігом.

Але слід пам'ятати, що м'язи звикають до такої підтримки, тому час носіння бандажа зменшують поступово протягом тижня [27].

Не слід призначати носіння бандажу за наявності таких протипоказань: шкірні захворювання, захворювання шлунково-кишкового тракту, серцево-судинна недостатність, недостатність кровообігу, набряки, причиною яких є захворювання нирок, алергія.

Запальний процес являється найбільш поширеною проблемою післяпологового періоду. Для його подолання необхідне лікування лікарськими препаратами, антибіотиками які можуть негативно вплинути на процес лактації і стати причиною його обмеження або повного припинення. Цього не можна допустити, адже материнське грудне молоко є найважливішим компонентом білків й вітамінів для здорового розвитку дитини, формування його імунної системи та корисної травної мікрофлори.

Дія фізіотерапії на рецепторні поля активує центри нервової й імунної регуляції, що у свою чергу запускають гомеостатичне регулювання функціональних систем організму. Це допомагає відновити прискорення процесів регенерації й репарації, зменшити набряки, покращити кровопостачання в зоні оперативного втручання, трофіку, посилити протизапальний, десенсибілізуючий ефект, дію медикаментозних засобів, сприяє седативному ефекту [19].

Під впливом фізіотерапії можна уникнути негативного впливу на можливість лактації не обмежуючи контакту матері з дитиною, токсичності, алергічних реакцій, побічних ефектів. Процедури мають перевагу, тим що їх проведення безболісне, вони сумісні з іншими лікувальними засобами, їх можна використовувати в різних терапевтичних комплексах, дозувати, мають вибірково специфічну дію.

Застосовують: магнітне поле з високою або змінною частотою, постійне магнітне поле, інфрачервоне випромінювання, поляризоване світло, лазерне випромінювання, КУФ - випромінювання, імпульсну

низькочастотну електромагнітну терапію, імпульсні струми низької частоти, електромагнітні поля надвисокої частоти (ДМВ, СМВ, КВЧ-терапія), високочастотні імпульси до яких відносять дарсонвалізацію, ультратонтерапію, різноманітні інгаляції з лікарськими засобами та лікувальними травами [5].

Фізіотерапію можна призначати кожній породіллі. При нормальних пологах без ускладнень метою цих процедур буде профілактика подальших захворювань. Наприклад наявність тріщин сосків може стати причиною розвитку маститу, а порушення відтоку лохий спричинити ендометрит або субінволюцію матки [28].

Широко застосовують методи фізіотерапії для реабілітації після кесаревого розтину або при наявності травм промежини. Ці фізичні фактори сприяють підтримці фізіологічного перебігу фаз загоєння. Формування рубця припадає на шостий або десятий день.

Комплексне застосування фізичних чинників з іншими методами дозволяє скоротити курс лікування до малих термінів. Це знижує ризик поглибленню запалення (першої фази раневого процесу), мінімалізуючи цей процес завершенням його у ранні фізіологічні терміни.

Показаннями для фізіотерапії в післяпологовому періоді з метою профілактики є: сумнівний анамнез жінки, що має високий ризик розвитку інфекційних ускладнень, неускладнені планові оперативні пологи, фізіологічні пологи, профілактика післяопераційних ускладнень (застійних явищ в кровоносній та дихальній системі), особливості будови соска (плоский, субконічний, втягнутий), епізіо- і перінеотомії, гематоми післяопераційних ран, ендометрит, набряк промежини, атонія сечового міхура, розходження швів післяопераційної рани, травми м'яких тканин промежини [8].

Протипоказаннями до застосування лікувальних методів фізіотерапії відносять: тяжкий загальний стан породіллі, висока температура тіла, онкологічні захворювання, сепсис, неадекватний

психологічний стан, туберкульоз (в активній формі), психічні захворювання, ниркова недостатність, серцево-судинна недостатність, легенева недостатність, наявність кардіостимулятора.

Для найбільш ефективного результату при використанні фізіотерапії, слід дотримуватися правил:

- Ранній початок лікування. Після фізіологічних пологів – через 2 – 3 години, після оперативних – в межах 24 годин. Як тільки породіллю переклали в післяпологове відділення, можна починати перші процедури. За неможливості пацієнткою відвідувати кабінет фізіотерапії, лікування можна проводити у палаті.

- Інтенсивність впливу. Для профілактики доцільно проведення однієї процедури в день, курсом з п'яти процедур. Якщо наявні ускладнення, то тут прибігають до інтенсивнішого лікування і відповідно курс збільшиться.

- Комплексність. Курс фізіотерапії разом з медикаментозним лікуванням стане ефективнішим, що сприятиме скорішому одужанню та нормалізації стану породіллі [35].

Дуже складно відрізнити фізіологічне набухання молочних залоз від патологічного. Тому основним напрямком фізіотерапії також являється профілактика лактостазу. Мета – забезпечити вільний відтік молозива й зменшення набряку тканин запобігаючи такому ускладненню як серозний мастит.

Профілактику можна розпочинати з другої доби після пологів. Після того як породілля погодувала немовля і зцідила молоко здійснюють фізіотерапевтичний вплив. Використовують низькочастотну магнітну терапію на область сосків, КУФ - опромінення, УЗ - терапію.

При виявленні лактостазу фізіотерапію проводять за відсутності підвищеної температури тіла. При серозному маститі – у комплексі з антибактеріальною терапією, але попередньо оцінивши стан породіллі спираючись на дані клінічного аналізу крові. Для лікування

використовують: низькочастотну магнітотерапію (локалізація впливу в області молочних залоз), КУФ - опромінення, УЗ - терапію (в імпульсному та безперервному режимі впливу), ДМВ – терапію області молочних залоз [7].

Для профілактики гіпогалакції , процедури так само назначають з другої доби після пологів, перед годуванням або зціжування молока. Впливають УЗ - терапією, в безперервному режимі на область молочних залоз.

Фізіотерапія для породіль з травмами промежини перешкоджає розвитку запалення й нагноєння швів, які згодом можуть призвести до інфекційних ускладнень. Заходи з фізіотерапії необхідно починати як найраніше разом з антибактеріальною терапією. Процедури відпускають після хірургічної обробки швів.

Для лікування ран промежини використовують інтенсивний вплив поляризованим світлом на область промежини, КУФ-опромінення, низькочастотну магнітну терапію, лазеротерапію, також вплив дециметровими хвилями СВЧ терапії на область промежини [5].

Як вже зазначалось, під час вагітності великого навантаження й змін зазнає хребет. А ще й бувають випадки, коли жінка до вагітності має проблеми або дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта. Лікування й реабілітація цих наслідків має складний процес, який включає багатоступінчастість використання величезної кількості різноманітних засобів й методів. В пріоритеті лікування завжди є не медикаментозні та консервативні засоби. Зараз дуже актуальними в терапії являються рефлексотерапія, кінезіотерапія, мануальна терапія, Лікувальна фізична культура, масаж.

Великий вплив на профілактику статодинамічних перенавантажень мають ортопедична корекція. На думку вітчизняних спеціалістів, для покращення функціонального стану хребта бажано комплексно підходити до реабілітації, включаючи поєднання різних

методів відновної медицини, і це буде носити найбільш знеболюючий ефект і скоріший характер відновлювання [3].

РОЗДІЛ 2

ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

2.1. Вплив фізичних вправ на організм жінки

Фізична культура в післяпологовому періоді має важливе значення для відновлення здоров'я породіллі, та й не тільки здоров'я, а й фізичної форми. На початкових етапах слід звернути увагу на нормалізацію основних функцій організму. На ранніх етапах реабілітації на першому місці повинно бути задовільне самопочуття жінки, злагоджена робота усіх внутрішніх органів. Не мало важливе значення треба приділяти її психологічному стану, адже здоров'я це не тільки відсутність хвороб, а й стан повного фізичного й психологічного благополуччя.

Згодом через деякий час, коли організм адаптується й повернеться в той стан в якому був до вагітності, можна починати працювати над фізичною формою, а саме приділити увагу на позбавлення зайвої ваги, зменшення об'ємів розміру тіла, приведення м'язів і шкіри у тонус та пружність, корекцію фігури [12].

Починаючи з моменту народження посліду, розпочинається післяпологовий період й триває шість вісім тижнів. В цей час відбувається зворотнє скорочення матки. Фізичні вправи сприяють цьому скороченню.

Завдяки лікувальній фізичній культурі відновлюються м'язи живота, які були найбільше всього пере розтягнуті, набувають правильного анатомічного положення внутрішні органи, стимулюється робота кишечника тим самим налагоджуючи стілець й діяльність сечового міхура. Під дією незначного фізичного навантаження виділення з матки виходять швидше не затримуючись, що знижують

вірогідність розвитку ускладнень й запалення. Також збільшується лактаційна здатність [14].

Як відомо, після пологів зменшується тонус м'язів, внаслідок їх пере розтягування, особливо черевної стінки. Відбуваються застійні явища кровообігу у малому тазі, у внутрішніх органах, застій крові у нижніх кінцівках. За рахунок фізичних вправ, відбувається вплив на м'язи, а м'язи в свою чергу нормалізують тонус судин і завдяки цьому стимулюється кровообіг.

Фізичні вправи повинні надавати загальний вплив. В першу чергу зміцнювати організм, підвищувати його опірність до захворювань і це дуже важливо для породіллі, адже її загальний стан впливає на протікання післяпологового періоду, и чим ліпше він буде, тим краще буде відбуватися грудне вигодовування дитини.

Встановлено, що у жінок які займаються фізичними вправами у післяпологовому періоді мають менше ускладнень чим у тих, хто не займається [12].

2.2. Особливості застосування фізичних вправ

Фізичними вправами рекомендовано займатися вранці після пробудження. В післяпологовому періоді за 20 хвилин перед початком виконання вправ з ранкової гімнастики бажано випити склянку води або чаю. Заздалегідь потурбуватися про провітрення кімнати, бо так буде найкраще займатися, а якщо це тепла пора року то доцільно буде відкрити й залишити кватирку чи вікно.

Корисніше й найефективніше займатися лікувальною фізичною культурою взагалі на свіжому повітрі, але це вже залежатиме від етапу реабілітації і режиму. У тренуючому режимі вже можна спокійно призначати піші прогулянки й заняття на вулиці [11].

Процес виконання фізичних вправ краще проводити породіллі у ліфчику та в еластичних бинтах на ногах чи спеціальних панчохах, якщо є така необхідність. Ліфчик не повинен тиснути й туго охоплювати грудну клітину, але повинен підтримувати груди не задаючи шкоди. Необхідно стежити за правильним диханням під час виконання фізичних вправ. Воно повинно бути повільним й рівномірним.

Загартовування має важливе значення у комплексному підході реабілітації. Після завершення занять можна обтерти все тіло вологим рушником спочатку змоченим у теплій воді, потім поступово переходити до прохолодної. Це навіть буде доречно у перші дні після кесаревого розтину, коли ще не бажано приймати душ.

Проводити обтирання можна таким чином: шия, плечі, руки, живіт (якщо є післяопераційний шов, не чіпати цю зону), спина, ноги. Потім витертися насухо.

Розпочинати заняття слід з дихальних вправ спочатку в положення лежачи на спині, а потім вже й стоячи. Більшість дихальних вправ необхідно робити грудним типом дихання. Особливо це важливо для тих, хто має шов після кесаревого розтину [19].

Це можна зробити наступним чином: одну долоню покласти на груди а іншу на живіт. При цьому та, що лежить на грудях повинна підніматися, а інша рука що на животі майже не рухатись.

Темп виконання не повинен бути швидким, а амплітуди рухів великі. Вправи не повинні викликати біль чи дискомфорт. Черевний прес бажано не напружувати. В післяпологовому періоді особливо важливо під час виконання вправи одночасно втягувати задній прохід.

Перед тим як виконувати комплекс вправ, необхідно попередньо вдягнути бандаж або забинтувати живіт еластичним бинтом або ж підв'язати рушником, отже тим чим є, бо без цього слабкі м'язи черевної стінки можуть розійтися ще більше, або випинання живота стане дужчим [16].

Важливим моментом є перевірка на розходження прямих м'язів живота. Перед тим як розпочати займатися, можна провести тест. Для цього жінці треба прийняти положення лежачи на спині, ноги зігнути у кульшових і колінних суглобах. Попросити породіллю підняти голову, і в той час поставивши свої пальці посередині між пупком та мечовидним відростком в таку ніби заглибину. Заглиблення розміром в один палець це норма. Більше двох пальців або трьох свідчить про розходження (діастаз) прямих м'язів живота.

До третього місяця ці м'язи стабілізуються і вертаються в нормальне положення. Якщо тест не виявив цих відхилень, можна займатися фізичними вправами. Для досягнення найкращого результату усі вправи бажано виконувати повільно.

Саме головне після пологів не одразу качати прес. Треба послухати своє тіло, відчути свій організм. Заняття після себе повинні залишати відчуття енергії й бадьорості, а не стомлення. Завжди треба слідкувати за станом пацієнтки, якщо ми бачимо що вона стомилась, необхідно зменшити інтенсивність і кількість повторень вправ. Якщо з'являється задишка або утруднене дихання, необхідно припинити вправу і звернутися до лікаря. При можливості продовження заняття, слід проводити його під контролем вимірювання пульсу й артеріального тиску [20].

Лікування дисфункції м'язів тазового дна лікувальною гімнастикою, розглядається як найкращий варіант лікування на ранніх стадіях патологічного процесу. Це дозволяє обійти потребу у хірургічному втручанні, знизити об'єм медикаментозної терапії й таким чином уникнути фармакологічне навантаження на організм, що може негативно вплинути на жінок, які здійснюють грудне вигодовування.

Метод біологічного зворотнього зв'язку займає важливе місце серед консервативного лікування. Цей метод підвищує ефективність виконання лікувальної фізичної культури для м'язів тазового дна. Така

методика тренування сприяє покращенню кровообігу органів малого тазу, позитивно впливає на психоемоційний статус.

Суть методу полягає у застосуванні спеціальних тренажерів, які мають форму конусу і виготовлені з якісного гіпоалергенного силікону. Вони вводяться у піхву на глибину 3 – 4 см, завдяки його експульсії з піхви викликає рефлекторне скорочення м'язів тазового дна. Підвищується кровообіг, покращуються трофічні зміни. Цей метод є ефективним лікуванням недостатності м'язів тазового дна у поєднанні з електростимуляцією [40].

Відомий та популярний на даний момент комплекс вправ Кегеля. Вони довели свою ефективність бо більшість жінок, навіть у домашніх умовах змогли уникнути прогресування дисфункції м'язів тазового дна. Вправи Кегеля поєднуються з наборами спеціальних вагінальних тренажерів. Вони мають різну вагу і застосовуються для тривалого утримування у піхві. При регулярних заняттях цими вправами вже за кілька тижнів мускулатура тазового дна зміцнюється. Покращується кровообіг і трофіка тканин, підвищується їх еластичність, відновлюється м'язовий тонус.

На сьогоднішній день існують сучасні тренажери, які підключаються через Bluetooth до смартфона до якого закачується спеціальний додаток. Там є велика кількість програм створених на підставі показань, наприклад оздоровчого характеру, на загальне зміцнення, або медичного що включає програми по підготовці до пологів, післяпологового періоду, покращення якості сексуального життя та багато інших [34].

Протипоказанням до виконання вправ Кегеля є викидні або передчасні пологи, пухлини, ранній післяопераційний період. Перед виконанням комплексу вправ попередньо звільняють сечовий міхур. Вправи можна робити у вихідному положення лежачи, сидячи, стоячи. Виконують 3 – 4 рази на день від 5 до 40 разів за один підхід.

Рекомендовано починати з малої кількості вправ поступово підвищуючи. Якщо одразу надати сильного навантаження то замість позитивного ефекту можна отримати зворотній та ще більше посилити проблему.

До основних рухів всіх вправ належить стискання. Щоб зрозуміти які м'язи потрібно тренувати таким чином, потрібно під час сечовипускання призупинити цей процес. Відчути це дуже просто. Слід уникати напруги інших груп м'язів, а саме черевної порожнини, стегон, сідниць. Дуже важливо під час вправ не затримувати дихання. Спокійне дихання допоможе максимально розслабитись [19].

Фізична реабілітація породіль після кесаревого розтину має враховувати індивідуальні особливості й проводитись поетапно на ранньому й пізньому післяопераційних періодах.

Перш ніж розпочати реабілітаційні заходи, які включають в себе комплекс фізичних вправ, необхідно все узгодити з лікарем, який спостерігає породіллю й роз'яснити всі абсолютні і відносні протипоказання. Найголовнішою ознакою, завдяки якій визначається індивідуальність реабілітації і терміни її проведення являється стан післяопераційного рубця і його вид розрізу.

В тому випадку, якщо кесарів розтин носив плановий характер, необхідно ще до операції роз'яснити жінці необхідні вправи, які вони будуть виконувати в післяопераційному періоді. Також буде доречним надати пацієнтці матеріал у вигляді пам'ятки де буде зазначена вся інформація щодо рекомендацій.

Кесарів розтин представляє собою повноцінну хірургічну операцію, і як завжди після таких втручань необхідно пам'ятати про профілактику застійних явищ в легенях. Дихальні вправи є головним компонентом в комплексі реабілітації після оперативних втручань [8].

Ранній післяопераційний період починається через 4 години. В цьому періоді вже доцільні вправи з дихальної гімнастики, які мають

проводитись строго під контролем спеціаліста. З 2 - го дня можна додавати вправи динамічного характеру спочатку лежачи, потім сидячи.

Вправи повинні бути направлені тренування м'язів тазового дна, нижніх та верхніх кінцівок, м'язи тулуба. Не слід використовувати вправи статичного характеру особливо на м'язи живота, це може призвести до негативних наслідків у вигляді розходження шва.

Для запобігання утворення спайок рекомендоване вставання з ліжка й повільна ходьба вже на наступний день після операції. Згодом піші прогулянки можна подовжити, спираючись на загальний стан породіллі та її самопочуття. У заняття включають вправи що підсилюють видих і вдих. Поступово збільшують амплітуду рухів і кількість повторень. Вихідні положення лежачи, сидячи, на боці. Протипоказані вправи з одночасними рухами ніг, це сприяє напруженню черевного преса.

При розривах м'яких тканин протипоказані вправи у вихідному положенні сидячи, вправи з розведенням ніг, присідання. Рекомендовані вправи для шиї, тулуба, верхніх та нижніх кінцівок у вихідному положення лежачи на спині, на боку. Виключають статичне напруження, високу інтенсивність навантаження.

Мета спеціаліста – навчити жінку займатися самостійно. Після стаціонару курс лікувальної фізичної культури триває ще 2-3 місяці.

Другий етап реабілітації триває протягом 6 – 8 місяців. Це самостійні заняття фізичними вправами. Повне відновлення функціонування міометрія в області рубця досягає 1 – 2 роки. А іноді й 3 – 4 роки [32].

Після операції в період загоєння шва, можливо виникнення деяких ускладнень, які поділяються на ранні (розвиваються на протязі першого тижня) та пізні (перший рік після пологів). До ранніх ускладнень відносять: розбіжність шва, нагноєння шва, гематоми й кровотечі.

Розбіжність шва найчастіше розвивається після зняття швів на другий або третій день, внаслідок фізичного перенапруження та перенавантаження. Для уникнення цього ускладнення жінку необхідно обмежити від домашньої побутової роботи і надати спокій.

Нагноєння шва може виникати внаслідок потрапляння в післяопераційну рану бактерій і як наслідок її інфікування. Об'єктивно рана виглядає припухлою, спостерігається болючість, гіперемія, набряк, з виділенням невеликої кількості гною, підвищення температури тіла, головні болі, загальне нездужання [37].

Гематоми й кровотечі бувають від недостатнього ушивання судин, цьому перешкоджає надмірна кількість підшкірно-жирової клітковини.

До пізніх ускладнень належать: післяопераційні грижі, лігатурні свищі, келоїдний рубець.

Келоїдний рубець виникає внаслідок розростання сполучної тканини. Цей процес не проявляється симптоматикою й не впливає на загальний стан. Він носить спадкову схильність і являється косметичним недоліком.

Післяопераційні грижі на сьогоднішній день зустрічаються рідше, адже не ускладнення яке виникає при вертикальному розрізі. Зараз розріз роблять поперечний, з метою косметичної корекції, щоб надалі шрам від операції можна було приховати за білизною. Але такий вид розрізу носить й негативний характер. Він повільніше загоюється. Це пояснюється анатомічною будовою м'язів та розташуванням самих волокон.

Лігатурні свищі представляють собою процес відторгнення організму жінки шовного матеріалу [9].

Максимально ретельно слід наглядати за станом швів та на самопочуття породіллі. Кожен день необхідна хірургічна обробка і лікарський огляд. На першій неділі після операції роблять перев'язки кожен день. Протягом перших днів для зняття больового відчуття

призначають знеболювальні лікарські засоби яку вводять у вигляді внутрішньо-м'язової ін'єкції.

У перші дні післяопераційного періоду забороняється приймати душ, але на 6 – 8 день рубець вже більш менш сформований і тоді допускають прийняття душу без використання мочалки.

Під час загоєння шву він може незначний період свербіти. Це нормальний процес загоєння. Забороняється підіймати вагу у перший місяць після операції більше ніж 2 кг. Але не варто й надмірно зловживати фізичним спокоєм і гіподинамією. Помірна фізична активність сприяє роботі кишечника, роботі м'язів а отже й скорішому одужанню [1].

Після кесаревого розтину варто дотримуватись правил особистої гігієни. Не усе залежить тільки від фізичних вправ, не варто забувати й за особисту гігієну, прогулянки на свіжому повітрі, правильне раціональне харчування і відпочинок.

Естетичний фактор грає також важливу роль у відновному періоді. Через декілька років шви можуть мати різний вигляд, стають темними й вузлуватими. Лазерне шліфування може зараз користується великим попитом для корекції й зменшення цього побічного ефекту. Деякі прибігають до татуювання на місці шраму з метою його приховання за малюнком, але до такого методу прибігати не рекомендують.

Щодо планування наступних полог, після кесаревого розтину рекомендують не раніше ніж через 1 – 2 років, доки не відбулося повне відновлення. Після перенесеної операції подальші пологи природнім шляхом частіше уникають, як зазначають фахівці. У деяких випадках жінки знову народжують шляхом кесаревого розтину [10].

2.3. Програма реабілітації в післяпологовому періоді

При складанні кожного комплексу вправ треба зазначити, що він має бути простим й не викликати труднощів і значного фізичного

навантаження. Були враховані особливості перебігу пологів, їх вид (фізіологічні пологи чи кесарів розтин), післяпологові ускладнення, та наслідки. Вправи найбільш підібрані легкі й доступні.

Частково одні й ті ж вправи можна використовувати в різні терміни післяпологового періоду. Кожна вправа застосовується у певній послідовності, що дає можливість одним м'язам відпочивати поки інші працюють. Так ми уникаємо стомлення [4].

Важливого значення надається почерговості. Слід призначати між важкими вправами, вправи на розвантаження. Програма реабілітації включає в себе періоди реабілітації, режими, завдання і засоби (ЛГ, ЛФК, дихальні вправи, масаж, фізіотерапія)

Реабілітація після фізіологічних пологів без ускладнень.

Завдання: нормалізувати тонус м'язів черевної стінки, стимулювати кровообіг органів малого тазу, покращити загальний стан. З першого тижня проводять заняття мало груповими або груповими методами, в основному після годування дитини. Вихідне положення в цьому періоді лише лежачи на спині. Всі вправи виконуються у малому темпі [13].

Орієнтовний комплекс вправ:

Щадний режим (1 – 3 день після пологів)

1. В. п. – лежачи на спині. Згинання рук в ліктьових суглобах, 5 – 6 разів.
2. В. п. – те ж саме. Одночасні кругові оберти в зап'ясткових суглобах та гомілковостопних, 5 разів в одну сторону, 5 разів в іншу.
3. В. п. – лежачи на спині. Згинання нижніх кінцівок у кульшовому та колінному суглобі, почергово, ковзаючи стопою по ліжку. Кожною ногою по 3 рази. Вдих – розігнути ногу, видих – зігнути.
4. В. п. – лежачи на спині. Руки вздовж тулуба. Піднімання таза. Вдих – підняти таз, видих – опустити, 5 – 6 разів.
5. В. п. – те ж саме. Напруження м'язі сідниць по 3 секунди, 5 разів.
6. В. п. – лежачи на боці. Піднімання руки в гору. Підняти – вдих, опустити – видих. По 5 – 6 повторень кожною рукою.

Щадно - тренуючий режим (4 – 5 день після пологів)

1. В. п. лежачи на спині. Права нога зігнута, ліва пряма. Почергово змінювати положення ніг, 20 – 30 секунд. Дихання спокійне.
2. В. п. те ж саме. Вдих з одночасним підняттям рук вгору втягуючи живіт. Видих – опустити руки і розслабити, 6 – 8 разів.
3. В. п. лежачи на животі. Руки під голову, почергове піднімання прямих ніг, 6 – 8 разів кожною.
4. В. п. колінно-кистьове. Вдих – прогнути спину догори, видих – опустити донизу, 6 – 8 разів.
5. В. п. те ж саме. Втягування живота з одночасним напруженням сідниць. 6 – 8 разів.
6. В. п. лежачи на спині. Підтягування нижніх кінцівок колінами до грудей. Охопити коліна руками, повернутись у вихідне положення. 6 – 8 разів.

Тренуючий режим (6 – 7 день після пологів)

1. В. п. стоячи лицем до спинки стільця. Махи ногами з невеликою амплітудою тримаючись за спинку стільця. Кожною ногою по 6 – 7 разів.
2. В. п. стоячи, руки на поясі, кругові оберти корпусом, в кожную сторону по 6 – 7 разів.
3. В. п. стоячи. Почергові пружинисті відведення рук, ліву – вгору, праву – вниз. 6 – 7 разів.
4. В. п. стоячи. Руки на поясі ноги на ширині плеч. Кругові оберти тазом, 5 – 6 разів в кожную сторону.
5. В. п. стоячи. Почергове піднімання зігнутої ноги у колінному суглобі. По 6 – 7 разів кожною.
6. В. п. стоячи, руки на поясі. Піднятися на носки та повернутися у вихідне положення.

Масаж: загальний масаж спини, акцентуючи увагу на поперекову зону. Масаж нижніх кінцівок з лімфо дренуючим ефектом.

Фізіотерапія. Завдання: знеболення, покращення кровообігу, відновлення функцій внутрішніх органів, нормалізація гормонального фону, покращення загального стану. Використовують діадинамотерапію, ампліпульс, електростимуляцію, дарсонвалізацію, магнітотерапію на область живота, або поперековий відділ хребта, щодня. Курс до 7 процедур.

Реабілітація після пологів з розривами м'яких тканин.

Завдання: відновлення м'язово-зв'язкового апарату промежини, нормалізація тону м'язів тазового дна, покращення кровообігу, профілактика ускладнень [39].

Орієнтовний комплекс вправ:

Щадний режим (1 – 3 день після пологів)

1. В. п. лежачи на спині руки прямі перед грудьми кисті зімкнуті в замок. Вдих – підняти руки над головою, видих – опустити. 6 – 8 разів. Темп повільний.
2. В. п. лежачи на спині, піднімати голову тягнучи підборіддя до грудей, повернутись у вихідне положення. 6 – 8 разів.
3. В. п. те ж саме, руки перед собою, кругові оберти в ліктьових суглобах від себе й до себе по 6 – 8 разів, темп повільний, дихання довільне.
4. В. п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінному суглобі, ковзання стопами по ліжку, 6 – 8 разів.
5. В. п. лежачи на лівому боці, приведення правого коліна до грудей, 6 – 8 разів, перевернутися на інший бік проробивши те саме з іншою ногою.
6. В. п. лежачи на животі, руки вздовж тулуба, піднімання ніг, згинаючи в колінному суглобі по 6 – 8 разів.

Щадно-тренуючий режим (4 – 5 день після пологів)

1. В. п. лежачи на спині почергове піднімання прямих ніг, руки вздовж тулуба. 6 – 8 разів кожною ногою.
2. В. п. лежачи на спині, напруження м'язів сідниць і розслаблення. 6 – 8 разів.

3. В. п. стоячи руки на поясі, нахили тулуба вперед – назад, вліво – вправо. 2 – 3 хвилини.
4. В. п. стоячи, ноги трохи дещо на ширині плечей, руки опущені вздовж тулуба. Вдих – через сторони підняти руки догори, видих – опустити. 6 – 8 разів.
5. В. п. стоячи, руки зігнуті в ліктьових суглобах перед собою, поворот тулуба вліво – вправо з розведенням рук в сторону. 6 – 8 разів.
6. В. п. стоячи, руки на поясі, втягнути живіт й затримати на 2 – 3 секунди, розслабити. 6 – 8 разів.

Тренуючий режим (6 – 9 день після пологів)

1. В. п. лежачи на спині, піднімання тазу з напруженням м'язів тазового дна й сідниць. Руки вздовж тулуба долонями вниз. 7 – 8 разів.
2. В. п. стоячи біля спинки ліжка. Взятися обома руками за спинку ліжка, відійти від неї на витягнуті руки і прогнути спину, залишитися в такій позі 4 – 5 секунд, повернутись у вихідне положення, потім повторити. 4 – 5 разів.
3. В. п. стоячи, руки на поясі, кругові оберти тазом, по 4 – 5 разів в кожную сторону, 2 – 3 підходи.
4. В. п. колінно-кистьове, подати корпус вперед, випрямити спину й ноги, напружуючи м'язи сідниць й промежини. Подати тулуб назад, торкаючись сідницями п'яток, спина кругла, руки прями, голова між руками опущена донизу. Робити перекати 6 – 8 разів.
5. В. п. на лівому боці, Ліва рука зігнута під головою, права на поясі. Підняти таз вгору, затримати 2 – 3 секунди. Повернутись у вхідне положення. Темп повільний. 6 – 8 разів.
6. В. п. лежачи на спині, руки прями вздовж тулуба, вертикальні ножиці ногами. 2 – 3 хвилини.

Масаж : загальний, класичний, рефлекторний, масаж сідниць, масаж живота (з 5-го дня), нижніх кінцівок.

Фізіотерапія. Завдання : зняття больового синдрому, стимуляція регенераційних процесів, грануляції, зменшення запалення та набряку, покращення кровообігу в органах малого таза, нормалізація тону м'язів, покращення загального стану. Застосовують УВЧ терапію на область промежини, УФ - опромінення, низькочастотне лазерне випромінювання, КУФ - опромінення області промежини, низькочастотну магнітну терапію, вплив дециметровими хвилями, СВЧ терапію.

Реабілітація при дизфункції м'язів тазового дна.

Завдання: підвищити тонус м'язів тазового дна, стимулювати кровообіг, трофіку, зміцнити м'язово-зв'язковий апарат, покращити роботу кишечника й сечового міхура.

Орієнтовний комплекс вправ:

1. В. п. колінно-кистьове. Вдих – напружити промежину, залишитись в такій позі 3 – 4 секунди, видих – розслабитись. 6 – 7 разів.
2. В. п. лежачи на спині, руки на животі, підняти таз, втягнути «в себе» м'язи промежини, затриматись на 2 – 3 секунди, повернутись у вихідне положення, розслабитись. Повторювати 6 – 7 разів.
3. В. п. сидячи, зжати м'язи на 5 – 6 секунд й розслабити, повторювати по 10 разів 4 підходи.
4. В. п. те ж саме, напружувати промежину з поступово наростаючою силою, затримати на 5 – 6 секунд і повільно розслабити. Кількість повторень 10 разів по 4 підходи, темп повільний, дихання довільне.
5. В. п. сидячи, почергово скорочувати спочатку анальні м'язи, потім вагінальні почергово, ніби хвилеподібно. 10 – 12 разів по 3 – 4 підходи.

Масаж : масажують сідниці, нижні кінцівки, загальний масаж спини приділяючи увагу поперековій ділянці і таза, масаж живота.

Фізіотерапія. Завдання : підвищити тонус м'язів та їх працездатність, стимулювати обмінні процеси, покращити кровообіг, трофіку. Використовують електростимуляцію. Впливають 4 – 8 хвилин,

тривалість процедури 30 хвилин, щодня або 2 рази на день . Курс 8 – 10 сеансів.

Реабілітації після кесаревого розтину.

Завдання: нормалізація тону м'язів черевної стінки, профілактика застійних явищ в легенях, покращення кровообігу в органах черевної порожнини та малого тазу.

Орієнтовний комплекс вправ:

Щадний режим (1- 3 день після операції)

1. В. п. лежачи на спині. Дихальні вправи. Ліву руку покласти на грудну клітину, праву на живіт. Глибокі вдихи, у повільному темпі, слідкуючи за екскурсією грудної клітини, і щоб живіт не рухався під час дихання. 2 – 3 хвилини.
2. В. п. те ж саме. Одночасні кругові оберти кистей рук і стоп ніг. 6 – 8 разів.
3. В. п. лежачи. Розведення рук в сторони. Вдих – розвести руки, видих – повернутись у вихідне положення. 6 – 8 разів.
4. В. п. лежачи на боці. Одна рука під головою, іншу підняти торкаючись подушки, опустити, 6 – 8 разів і те ж саме на іншому боці.
5. В. п. те ж саме. Відвести пряму ногу вперед, повернутися у вихідне положення. Повернутись на інший бік й зробити те ж саме з іншою ногою. 6 – 8 разів.
6. В. п. лежачи на спині. Згинання ніг у колінно-кульшовому суглобі, по чергово по 6 – 8 разів.

Щадно - тренуючий режим (3 – 10 день після операції)

1. В. п. сидячи, підняти руки через сторони з вдихом, опустити – видих. Кількість повторень 10 разів.
2. В. п. стоячи, руки на поясі, високе піднімання стегон по чергово кожною ногою, 8 – 10 разів.
3. В. п. стоячи, руки на поясі, поворот тулуба в право з відведенням відповідної руки в право, повернутись у вихідне положення, 8 – 10 разів.

4. В. п. стоячи, повернутися вправо, нахилитися назад, доторкнутись рукою підлоги. Повернутись у вхідне положення, те ж саме в іншу сторону. 8 – 10 разів.

5. В. п. лежачи на правому боці, піднімання лівої прямої ноги в сторону, повернутися на інший бік, правої ноги в сторону, по 8 – 10 разів кожною.

6. В. п. сидячи, кругові оберти головою в ліво в право. 8 – 10 разів.

Тренуючий режим (11 – 14 день після операції)

Орієнтовний комплекс вправ:

1. В. п. стоячи, ходьба з розведенням рук через сторони – вдих, опустити руки – видих. 2 – 3 хвилини.

2. В. п. стоячи, руки на грудях кисті з'єднати в замок – вдих , відвести долонями від себе – видих. 8 – 10 разів.

3. В. п. стоячи, ходьба з одночасним обертанням рук в плечовому суглобі. 2 – 3 хвилини.

4. В. п. стоячи, піднятись на носки, витягнути руки вгору – вдих , опустити – видих. 8 – 10 разів.

5. В. п. стоячи, обертання корпусом в ліво в право по 2 рази в кожному сторону, 2 – 3 хвилини.

6. В. п. сидячи на стільці, руки на колінах. Встати – підняти руки, вдих, сісти – видих. 8 – 10 разів.

Масаж : у положенні лежачи на спині масажують верхні та нижні кінцівки, грудну клітину, бічні ділянки живота.

Фізіотерапія. Завдання : стимуляція регенерації, запобігання запального процесу, зняття набряку та зниження больового синдрому, попередження ускладнень. Використовують магнітотерапію без ефекту тепла, індуктотермію, УФ - опроміненням впливають на нижню половину черевної стінки, СВЧ - терапію з місцевим застосуванням антисептичних, протизапальних, болезаспокійливих, трофіко

стимулюючих лікарських засобів. Призначають щоденно, курс 5 – 6 процедур.

Реабілітація при варикозному розширенні вен.

Завдання: підвищення тону м'язів нижніх кінцівок для стимуляції й покращення кровообігу, запобігання застійних явищ у нижніх кінцівках, профілактика ускладнень [30].

Орієнтовний комплекс вправ:

1. В. п. лежачи на спині. Відведення носків стопи від себе, напружуючи литкові м'язи, та приведення на себе. 6 – 7 разів.
2. В. п. те ж саме. Руки вздовж тулуба. Вправа «велосипед», по 30 – 40 секунд 3 – 4 підходи.
3. В. п. сидячи. Ноги разом, піднімання то на носки то на п'ятки 6 – 7 разів.
4. В. п. сидячі. Почергове згинання ніг в колінному суглобі із затримкою в прямому положенні, 6 – 7 разів.
5. В. п. стоячи. Ходьба на носках з перекатами на п'ятку, 2 – 3 хвилини.
6. В. п. стоячи, руки на поясі. Зігнути ліву ногу в колінному суглобі зробити кругові оберти в тазостегновому суглобі. Те ж саме з іншою ногою, 6 – 7 разів.
7. В. п. лежачи на спині. Вертикальні ножиці, 1 – 2 хвилини.
8. В. п. лежачи, піднімання обох ніг під кутом 90 градусів, повернутися у вихідне положення.
9. В. п. колінно-кистьове. Піднімання ніг по 6 – 7 разів кожною.
10. В. п. лежачи на животі, руки витягнуті вперед, ноги тягнуться назад. Потягування з напруженням м'язів ніг, 1 – 2 хвилини.

Масаж : приділяють увагу розтиранню, масажують нижні кінцівки легким вібраційними рухами, обережний лімфо дренаж. Процедури застосовувати бажано одразу після лікувальної фізичної культури [21].

Фізіотерапія. Завдання: зменшити набряк, покращити тонус м'язів, підвищити судинний тонус, зняти втому, прискорити метаболічний

процес. Застосовують : електрофорез, дарсонвалізацію, магнітотерапію, ампліпульс, гідротерапію, тривалість 10 – 15 хвилин, курс 15 – 20 сеансів [29].

ВИСНОВКИ

1. Основними засобами фізичної терапії у післяпологовому періоді являються лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія, які спрямовані на швидке відновлення організму породіллі, нормалізацію втрачених функцій, зміцненню м'язового тону, відновлення правильного положення внутрішніх органів черевної порожнини й малого тазу, попередження ускладнень.

2. Фізичні вправи сприяють скорішому зворотному розвитку всіх органів, які зазнали змін під час вагітності, стимулюють кровообіг, в наслідок чого покращується трофіка тканин, відновлюється пружність шкіри, зміцнюються м'язи. Підвищується опірність організму до хвороб, налагоджується психологічний стан жінки, покращується загальний стан. Завдяки фізичній активності можна попередити ряд післяопераційних ускладнень, а саме розвитку спайок, атонії м'язів черевної стінки й тазового дна, застійних явищ у легенях

3. Відповідно до критеріїв стану організму, враховуючи наявність самих основних і частих післяпологових ускладнень, складені орієнтовані комплекси вправ для жінок в післяпологовому періоді, які повинні забезпечити відновний процес організму, швидке покращення загального стану породіллі тим самим мінімалізуючи її перебування у стаціонарі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антипова Є. В. Організаційно-педагогічні чинники ефективного використання засобів і методів фізичної культури в системі платних послуг населенню. Л.; 1991. - 24с.
2. Астахов В.М. Про застосування дозованих фізичних навантажень в комплексній допологовій підготовки жінок з перенесеною вагітністю // Пед. акуш. і гінекол.- М., 1986.-№2.-С.56-57с.
3. Бугаевский К.А. Зб. тез наук. робіт учасників міжнар.наук.-практ. конф. «Нове у медицині сучасного світу». – Львів, 27–28 листопада 2015 р. – С. 107–111.
4. Владимиров О.А. Рухові режими і комплекси лікувальної фізичної культури для вагітних жінок: [методичні рекомендації] / О.А. Владимиров, Н.І. Тофан, С.К. Клименко. - К .: ПІАГ АМН Україна, 2003. - 32 с.
5. Казаков А.В. Психофізіоаутотренінг в управлінні і веденні фізіологічної вагітності і загрози її переривання: Автореф. дис. канд. мед. наук. Харків., 1985.- 24с.
6. Калініна Л.Ф. Лікувальна фізична культура в акушерській гінекологічній практиці. Харків, 1969 р.-34с.
7. Карпухіна Ю. В. Основи фізичної реабілітації. Навч. Посіб. Херсонський держ. ун-т. Херсон, 2016.- 206с.
8. Козакова К.Г. Фізичний стан жінок зрілого віку та його корекція в умовах різних форм фізкультурно-оздоровчих занять: Дис. канд. пед. наук Київ., 1993. -208 с.
9. Котешена І. А. Оздоровча гімнастика при жіночих хворобах і вагітності / І.А. Котешена. - М .: ЕКСМО-Прес, 2002. - 240 с.
10. Лисенков С.П. Невідкладні стани і анестезія в акушерстві Майкоп.-2002,- 45с.

11. Лисицька Т.С. Ритмічна гімнастика. М. : Фізкультура і спорт, 1986.- 96 с.
12. Лебедєва І.П. Основи лікувальної фізичної культури // Лікувальна фізкультура в системі медичної реабілітації.- М. Медицина., 1991.-С.14-39.
13. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. - К. : НУФВСУ «Олімпійська література», Київ, 2005. - 473с.
14. Тимошенко Л.В. Практична гінекологія.- Київ., 1988.- С.23-58.
15. Шабатура М. Н. Гімнастика для вагітних / М.Н. Шабатура, Н.Ю. Матеша, В.О. Мотузний. - К. :
16. Шашина А.І. Відновлення після пологів (вага, фігура, анемія, варикоз, страхи, втома.). М. : Міклош., 2005 р.-С.12. Генеза, 2004. - 135 с.
17. Юмашев Г.С., Рінкер К. Основи реабілітації. М., 1973.-112с.
18. Абрамченко В.В., Шамхалова И.А. Підготовка до безпасному материнству.-С-Пб., 2005.-204с.
19. Батуев А. С. Физиология.- М., 1977., - т.63.- С.239-245.
20. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активности М. : Медицина, 1966.-350С.
21. Бернштейн Н. А. Физиология движений. М. : Наука, 1990. р.- 495 с.
22. Вафоева И.М. Особенности течения беременности и родов. Диссертация на соискание академической степени магистра по специальности «Акушерство и гинекология». Самарканд, 2013.- 67 с.
23. Владимиров О. А. Санаторно-курортне лікування вагітних / О.А. Владимиров, М.В. Лобода, Н.І. Тофан. - К. : Тамед, Альтерпрес, 2001. - 256 с.
24. Ганиев Ф.И. Гинекологическое Здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий // Достижения науки и образования, 2019.-51с.

25. Грищенко В.І. Фізична і психопрофілактична підготовка вагітних до пологів та фізична реабілітація жінки после пологів: [навчальний посібник] / 2003.- 112 с.
26. Дубровський В. І. Лікувальна фізкультура і лікарський контроль / В.І. Дубровський. - М .: МІА, 2006.- 596 с.
27. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии // Проблемы биологии и медицины, 2012. Т. 1. С. 129.
28. Дустова Н.К. Ведения родов при тазовом предлежании плода в современном аспекте // Проблемы биологии и медицины. 2012. 73 с.
29. Жукова О.С. Гимнастика до и после родов / О.С. Жукова. – СПб. :Нева,2003. – 47 с.
30. Кавторова Н.Е. Гимнастика в послеродовом периоде / Н.Е. Кавторова, О.А.Султанова // Лечебная физическая культура : справочник. – М. : Медицина, 2004. – С. 379-380.
31. Кулешова Н.А. Укрепление силы мышц у женщин в послеродовом периоде средствами оздоровительной физической культуры : дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / , 2007. – 115 с.
32. Курьсь В.Н. Ритмическая гимнастика в школе / Ставрополь : изд-во СГУ, 1998. – 204 с.
33. Кучеренко М. А. Ведение послеродового периода у родильниц с травмами промежности / М. А. Кучеренко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 59 (4). – С. 65–70.
34. Мусаев Х. Н. Разрывы промежности в родах и их последствия / Х. Н. Мусаев, Н. Н. Ахундова // Азербайджан. – 2009. – № 1 (17). – С. 59–63.
35. Павлов О. Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О. Г. Павлов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. – № 5. – С. 44–46.

36. Селихова М. С. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины / М. С. Селихова, М. В. Котовская, Л. Н. Кугутова // *Акушерство и гинекология*. – 2010. – № 5. – С. 55–58.

37. Ягунов С.А. Физкультура во время беременности и в послеродовом периоде / С.А. Ягунов., 1959. – 46 с.

38. Harvey M. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction / M. Harvey // *GOJC*. — 2003. — № 25(6). — P. 487–498.

39. Hagen S. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomized controlled trial / S. Hagen, C. Glazener, D. McClurg et al. // *The Lancet*. — 2017. — №389 (10067). — P. 393–402.

40. Majida M.M. Interobserver repeatability of fourdimensional transperineal ultrasound assessment of pelvic floor muscle anatomy and function / *Gynecol*. — 2009. — № 33. P. 567–573.

41. Thibault-Gagnon S. Do women notice the impact of childbirthrelated levator trauma on pelvic floor and sexual function? Results of an observational ultrasound study / S.Thibault-Gagnon, Yusuf S.,2014. — № 25(10). — P. 1389–1398.

42. Udelsman R., Norton J., Jelenich S. Responses of the hypothalamicpituitary adrenal and reninangiotensin axes and the sympathetic system during controlled surgical and anesthetic stress // *J. Clin. Endocrinol*. 1987. Vol. 64. P. 986-994.

ДОДАТОК А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

я, Таміна Аліна Ільонівна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна добросесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

- дотримуватися:
 - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної добросесності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
 - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
 - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
 - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
 - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
 - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
 - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
 - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
 - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
 - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
 - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
 - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
 - не підроблювати документи;
 - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
 - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
 - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
 - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
 - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символи університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
 - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
 - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної добросесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної добросесності.

13.04.2020.
(дата)

Тссст
(підпис)

Аліна Таміна
(ім'я, прізвище)