



12. Русанов А.П. Фізична реабілітація хворих після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглобу при артроскопічних оперативних втручаннях: автореф. дис... канд. наук з фізичного виховання і спорту. Київ, 2018. 22 с.
13. Рушай А.К., Богданова Л.В., Валюшко Т.В. Результаты сравнительного исследования эффективности гальваноэлектротерапии с электрофорезом йодистым калием больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава // Травма. 2010. № 1. С. 84–86
14. Сазонова Н.В. Организация специализированной ортопедической помощи больным остеоартрозами тазобедренного и коленного суставов: дис. ... д-ра мед. наук. Курган, 2009. 320 с.
15. Свінціцький А.С. Сучасні засади діагностики та лікування остеоартрозу колінних суглобів // Практикуючий лікар. 2013. №4. С. 7–14.
16. Танькут В.А., Маколинец К.В. Консервативное лечение больных с гонартрозом на ранних стадиях (обзор литературы) // Ортопедия, травматология и протезирование. 2013. № 4. С.122–127.
17. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при остеоартрозі. 2016. URL: <http://www.webmedfamily.org/index.php/normativnaya-baza/mediko-tehnologicheskaya-dokumentatsiya/882-unifikovaniy-klinichnij-protokol-medichnoji-dopomogi-pri-osteoartrozi>
18. Шевелева Н.И., Минбаева Л.С. Современный взгляд на проблему реабилитации патологии суставов // Clinical Medicine of Kazakhstan. №2 (40). 2016. С. 6–12.
19. Brakke R., Singh J., Sullivan W. Physical Therapy in persons with osteoarthritis, PM&R, 2012, Vol. 4, No. 5, pp. S53–S58.
20. Nasonov E.L., Nasonova V.A. Revmatologiya: natsionalnoye rukovodstvo (Rheumatology: national leadership), M.:GEOTAR-Media, 2008, 573–588 p.

Карбань І.В.,
Кукса Н.В.

Karban' I.V.
Kuksa N.V.

WOMEN'S PHYSICAL THERAPY IN THE POSTNATAL REHABILITATION PERIOD

The article presents the software for physical therapy of women in the postnatal period. The program of physical therapy for women in the postnatal period included a special training aimed at restoring the body in accordance with the stage of rehabilitation and the regime of physical activity (gentle, gentle training, training), each of which solved general and special tasks. Certain organizational and methodological aspects of the implementation of a physical therapy program focused on the restoration and strengthening of women's muscle strength in the postnatal period are highlighted.

Key words: physical therapy, women, the postnatal period, motor regime, special training, therapeutic gymnastics.

ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ВІДНОВЛЕННІ

У статті представлено програмне забезпечення фізичної терапії жінок у післяпологовий період. Програма фізичної терапії жінок у післяпологовий період



передбачала спеціальне тренування, спрямоване на відновлення організму відповідно до етапу реабілітації та режиму рухової активності (щадний, щадно-тренувальний, тренувальний), на кожному з яких вирішувалися загальні і спеціальні завдання. Висвітлено окремі організаційно-методичні аспекти реалізації програми фізичної терапії, зорієнтованої на відновлення і зміцнення сили м'язів у жінок у післяпологовий період.

Ключові слова: *фізична терапія, жінки, післяпологовий період, руховий режим, спеціальне тренування, лікувальна гімнастика.*

Постановка проблеми. В організмі жінки під час виношування дитини і пологів відбуваються фізіологічні зміни, що відображаються на основних системах (серцево-судинній, дихальній, нервовій, кістково-м'язовій, травній тощо). Період інволюції змін в організмі жінки після нормальних пологів триває 6–8 тижнів та вимагає створення оптимальних умов для його відновлення. Перші 6 місяців після пологів є найбільш складним періодом для жінки, який може супроводжуватися підвищеною тривожністю та депресивними станами в породіль (А.О. Прибитков, 2006; Т.М. Пушкарєва, 2006; Н.А. Короткова, 2011; І.С. Майдан, 2017 та ін.).

У процесі виношування дитини в жінок спостерігаються розтягнення і розходження прямих м'язів живота, опущення діафрагми, розслаблення м'язів тазового дна (К.А. Бугаєвський). Збільшення маси плода призводить до розтягнення і зниження тону м'язів спини та викривлення постави, внаслідок збільшення ваги тіла і застійних явищ в малому тазу часто спостерігається варикозне розширення вен (Н.А. Кулешова). Інволюційне відновлення м'язового тону і нормалізації функцій інших систем організму породіль часто виявляється недостатнім (Н.Н. Задорожня, А.Ф. Задорожний, 2001; І. А. Кошетова, 2004; Н.А. Кулешова, 2007). Інтенсифікації та ефективності відновлення організму жінки в післяпологовий період сприяють спеціально організовані тренування (Л.А. Остапенко, 2000; К.А. Бугаєвський, 2016). Розроблені фізичним терапевтом поліфункціональні програми спеціального тренування повинні спрямовуватися на вирішення широкого кола оздоровчих (покращення функції серцево-судинної і дихальної систем, підвищення обмінних процесів в тканинах і органах, зміцнення м'язів черевного преса, активізацію діяльності центральної нервової системи, нормалізацію діяльності кишечника і органів малого тазу, профілактику застійних явищ і виникнення післяпологових ускладнень), психологічних (зниження рівня тривожності, стресостійкість, профілактика післяпологової депресії) і соціальних (адекватність сприйняття свого нового соціального статусу) завдань.

Натомість, після пологів жінки зазвичай отримують певну допомогу в жіночих консультаціях у форматі рекомендацій щодо необхідного фізичного навантаження та профілактики післяпологових ускладнень і намагаються самостійно вирішити означені проблеми, пов'язані з відновленням організму, займаючись у домашніх умовах або фітнес центрах за програмами, що не мають достатнього науково-практичного обґрунтування (Ю.Б. Тхакумачева, 2012).

Різні аспекти фізичної реабілітації / терапії жінок у післяпологовий період висвітлено в наукових працях К.А. Бугаєвського, Т.М. Коваленко, Н.О. Кулешової, Ю.Б. Тхакумачевої, Т.З. Шогенової. Однак особливості поетапної реалізації програми фізичної терапії жінок у післяпологовий період, спрямованої на інтенсифікацію та відновлення їх організму, недостатньо висвітлено у доступній науковій літературі.



Мета статті – висвітлити особливості реалізації програми фізичної терапії жінок у післяпологовий період на різних етапах реабілітації.

Об'єкт дослідження – реабілітація жінок у післяпологовий період.

Предмет дослідження – програмне забезпечення фізичної терапії жінок у післяпологовий період.

Післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 6–8 тижнів. В організмі породіль відбувається процес зворотного розвитку (інволюція) змін в статевій, ендокринній, нервовій, серцево-судинній та інших системах, які відбулися під час вагітності. Зниження тону м'язів живота і розтягнення апарату внутрішніх статевих органів після пологів змінює внутрішньочеревний тиск, може призвести до зміщення положення матки, розвитку венозного застою в органах малого таза. У цей період важливо забезпечити для жінки сприятливі умови та спеціальний руховий режим, спрямовані на інтенсифікацію процесів інволюції матки та загоєння пошкоджень, зміцнення розтягнутих м'язів, оптимізацію функцій інших систем організму [1–5].

Зазвичай активна лікувальна гімнастика призначається породіллі на другу добу (через 24 години після пологів) за відсутності протипоказань. Як зазначає К.А. Бугаєвський [1], занадто раннє вставання породіллі може негативно позначитися на процесі загоєння ран, викликати відділення свіжих тромбів, а значне розтягнення м'язово-зв'язкового апарату статі причиною опущення матки і стінок піхви. Натомість, тривале перебування в горизонтальному положенні в ліжку сприяє уповільненню кровотоку, утворенню тромбів у великих з'єднаннях і судинних магістралях, атонії кишечника і виникненню закрепів, затримці сечовипускання і, в цілому, несприятливо впливає на інволюцію статевих органів і загальний стан породіллі. Зниження тону м'язів передньої черевної стінки призводять до відвисання живота і зміни положення внутрішніх, у тому числі і статевих органів. Зазначене зумовлює зміни внутрішньочеревного тиску і збільшення навантаження на тазове дно та на органи малого таза. Раннє включення в режим дня породіллі гімнастичних вправ покращує периферичний кровообіг і газообмін, сприяє оптимізації загального стану жінки, стимулює процеси інволюції усього пологового апарату, інтенсифікує обмінні процеси, нормалізує апетит, покращує сон.

Розроблена програма фізичної терапії жінок у післяпологовий період реалізовувалася в три етапи: стаціонарний (в умовах пологового будинку), амбулаторний (в поліклінічних умовах), позамбулаторний (самостійні заняття в домашніх умовах, умовах фітнес центру). Програма фізичної терапії жінок у післяпологовий період базувалася на таких реабілітаційних принципах: ранній початок проведення, комплексність, етапність, безперервність і послідовність, індивідуальна проблемно-орієнтовна програма, контроль за ефективністю реалізації [3; 5].

Стаціонарний етап реабілітації тривав 3–5 днів (відповідно до терміну перебування жінок в пологовому будинку) і передбачав щадний режим рухової активності. На цьому етапі реалізувалися такі загальні завдання фізичної терапії: нормалізація процесів обміну речовин в організмі, відновлення психофізичних сил породіллі, втрачених під час пологів, оптимізація психоемоційного статусу та підвищення стресостійкості, стимуляція біологічних механізмів інволюції функціональних систем організму жінки, адаптація до фізіологічних змін, пов'язаних з лактацією, поступова адаптація до фізичних навантажень. Спеціальними завданнями фізичної терапії були: відновлення функціонального стану кардіореспіраторної системи, зміцнення м'язів черевного пресу, зміцнення зв'язково-м'язового комплексу



матки, сприяння безболісному її скороченню і відновленню фізіологічного положення, оптимізація діяльності кишечника та профілактика застійних явищ в органах малого тазу і нижніх кінцівок, профілактика тривожних та депресивних станів.

На цьому етапі в умовах післяпологової палати використовувалася лікувальна гімнастика, що включала дихальні, загальнозміцнювальні і спеціальні вправи. Лікувальна гімнастика призначається на другий день після фізіологічних пологів. Фізичні вправи виконувалися переважно у полегшених вихідних положеннях (лежачи на спині, животі, на боку), а також сидячи на стільці і стоячи. Спеціальні вправи включали: дихальні вправи, вправи для дистальних відділів кінцівок, м'язів черевного пресу (втягування черевної стінки на видиху), м'язів малого тазу (статичне напруження ануса і статевих органів; підйом таза на вдиху з одночасним втягуванням ануса і опускання таза на видиху та ін.), релаксаційні вправи. Темп виконання вправ – повільний, кількість повторень 3–4 рази, тривалість заняття – 20–35 хв. 1–2 рази на день.

На 2–3 день після пологів вправи виконувалися переважно у положенні лежачи на спині, животі і боку. До комплексу лікувальної гімнастики залучалися дихальні вправи (діафрагмальне дихання), вправи для покращення периферичного кровообігу (верхніх і нижніх кінцівок), вправи для профілактики застійних явищ в черевній порожнині та органах малого тазу (статичне напруження, підйом таза при схрещених ногах), релаксаційні вправи, вправи для м'язів черевного пресу (переважно статичне напруження на подовженому видиху).

На 4–5 день після пологів за умови адекватної реакції на фізичне навантаження включалися вправи у вихідних положеннях сидячи і стоячи біля ліжка; вводилися нові вправи для нижніх кінцівок, вправи для зміцнення м'язів черевного пресу та тазового дна; збільшувалася кількість повторів та тривалість заняття.

Усі вправи виконувалися під контролем фізичного терапевта. Протипоказаннями до фізичних вправ на цьому етапі є: температура тіла вище 37,5°C, кровотеча під час пологів, метроендометрит, тромбофлебіт, гостра серцево-судинна, печінкова і ниркова недостатність, загострення супутніх соматичних захворювань, розриви промежини II–III ступеня. Якщо під час пологів спостерігалася масивна кровотеча або важка форма гестоза II половини вагітності, у породіллі нерідко розвивається гіпоксемічна енцефалопатія, як наслідок церебрального тромбофлебіту, клінічним проявом якого може бути судомний синдром в ранній післяпологовий період, у відповідь навіть на незначні фізичне навантаження [1].

Тривалість амбулаторного етапу реабілітації становила 7–14 днів (відповідно до функціональних можливостей та темпу відновлення організму жінок у післяпологовий період) і передбачала щадно-тренувальний режим рухової активності. Загальними завданнями фізичної терапії на цьому етапі були: оптимізація психоемоційного стану; загальна тонізація та зміцнення організму; сприяння подальшому відновленню організму жінок після пологів; нормалізація обмінних процесів і попередження ожиріння, підвищення фізичної працездатності та профілактика астенії. Спеціальні завдання спрямовувалися на розширення можливостей функціонального стану і поступове тренування кардіореспіраторної системи, зміцнення м'язового корсету та безпосередньо м'язів, що приймали участь у виношуванні дитини (черевного пресу, спини, тазового дна, сідниць, стегон), підвищення рухливості хребта, нормалізацію діяльності кишечника і органів малого тазу, профілактику тривожності та депресивних станів.

Лікувальна гімнастика на цьому етапі аналогічно попередньому включала дихальну гімнастику, загальнозміцнювальні вправи та спеціальні вправи: вправи для



зміцнення м'язів черевного пресу і тазового дна (переважно у вихідних положеннях лежачи на карематі і колінно-кистьовому положенні), вправи для зміцнення м'язів грудної клітки та діафрагми, вправи для зміцнення м'язів спини та підвищення рухливості хребта, вправи для зміцнення м'язів нижніх кінцівок, особливо сідничних. Вправи виконувалися у положенні лежачи, сидячи, стоячи, в русі під час ходьби. До вправ лікувальної гімнастики залучалися вправи з фітболами та заняття на велотренажерах. Темп виконання вправ – повільний і середній, кількість повторень – 5–6; тривалість заняття – 35–45 хв. 1 раз на день. На цьому етапі жінок навчали вправам самостійних занять з лікувальної гімнастики з метою подальшого проведення в домашніх умовах. Усім жінкам було надано на електронних носіях і / або роздрукованому вигляді індивідуальні програми фізичної терапії (для самостійних занять).

Третій період реабілітації – позаамбулаторний тривав 2 місяці та передбачав тренувальний режим рухової активності. На цьому етапі жінками проводилися самостійні заняття в домашніх умовах та заняття на базі фітнес центру за індивідуально складеною програмою фізичної терапії. Загальними завданнями цього етапу були: вироблення навичок проведення самостійних занять, оптимізація психоемоційного стану, підвищення загальної працездатності й адаптаційних механізмів організму, підвищення рівня фізичної підготовки, розвиток фізичних якостей. Під час цього етапу реабілітації вирішувалися такі спеціальні завдання: тренування кардіореспіраторної системи, зміцнення м'язового корсету та слабких і розтягнутих після пологів м'язів, зміцнення м'язів спини і підвищення рухливості хребта, формування / відновлення правильної постави, розвиток / відновлення фізичних якостей (сили, витривалості, координації та рівноваги).

Програма фізичної терапії цього етапу включала лікувальну гімнастику, фітбол гімнастику і ритмопластичну гімнастику, заняття на тренажерах. Використовувалися вправи з різних вихідних положень, під ритмічну музику. Спеціальними вправами були: вправи для розвитку фізичних якостей; вправи для зміцнення м'язів спини, черевного пресу, сідниць; для виховання правильної постави; для оптимізації роботи органів малого таза; для підвищення загального тону організму. Темп виконання вправ – переважно середній, допускається – швидкий, кількість повторень – 5–8; тривалість заняття – 45–60 хв. 1 раз на день. Самостійні заняття лікувальною гімнастикою проводилися жінками в домашніх умовах 3 рази на тиждень; заняття в фітнес центрі – 2–3 рази на тиждень. Толерантність та поточний контроль за рівнем фізичного навантаження жінок у післяпологовий період здійснювався за модифікованою шкалою суб'єктивної оцінки (самооцінка втоми і задишки) фізичного навантаження Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale).

Отже, програма фізичної терапії жінок у післяпологовий період передбачала реалізацію трьох реабілітаційних етапів: стаціонарний (в умовах пологового будинку), амбулаторний (в поліклінічних умовах), позамбулаторний (самостійні заняття в домашніх умовах, умовах фітнес центру), на кожному з яких вирішувалися загальні і спеціальні завдання.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в експериментальній перевірці дієвості програми фізичної терапії жінок у післяпологовий період та розробці рекомендацій щодо ефективної її реалізації на різних етапах реабілітації.



Література:

1. Бугаевский К.А. Применение физической реабилитации во время родов и в послеродовом периоде: учебно-методическое пособие // Курсы дистанционного образования. 2016. № 3 (10). С. 64–137.
2. Кулешова Н.А. Укрепление силы мышц у женщин в послеродовом периоде средствами оздоровительной физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Москва, 2007. 22 с.
3. Тхакумачева Ю.Б. Оздоровительная физическая культура в послеродовом восстановлении // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozdorovitel'naya-fizicheskaya-kultura-v-poslerodovom-vosstanovlenii/viewer>
4. Тхакумачева Ю.Б. Физкультурно-оздоровительные системы в постродовой реабилитации женщин: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Майкоп, 2012. 21 с.
5. Шогенова Т.З. Этапная реабилитация родильниц после кесарева сечения с использованием современных немедикаментозных технологий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11, 14.01.01 Пятигорск, 2011. 19 с.

Карпова І.С.
Лянна О.В.

Karpova I.S.
Lianna O.V.

PHYSICAL THERAPY PERSONS WITH SPINAL LUMBAR SPINE

The article deals with the features of kinesitherapy, postisometric relaxation, kinesiological teasing and therapeutic massage as components of the physical therapy program for people with spinal herniations of the lumbosacral spine in the acute period. The use of the proposed complex of physical therapy of patients improves the functional status of the musculoskeletal system of persons with spinal hernias of the lumbosacral spine, which indicates a better adaptation of the body to physical activity and shortens the duration of treatment.

Key words: *cerebrospinal hernia, kinesotherapy, physical therapy, localization, pain syndrome.*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ЗІ СПИННОМОЗКОВИМИ ГРИЖАМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті розглянуто особливості застосування кінезотерапії, постізометричної релаксації, кінезіологічного тейпування та лікувального масажу як складових програми фізичної терапії осіб зі спинномозковими грижами попереково-крижового відділу хребта в гострому періоді. Використання запропонованого комплексу фізичної терапії хворих покращує показники функціонального стану опорно-рухового апарату осіб зі спинномозковими грижами попереково-крижового відділу хребта, що свідчить про кращу адаптацію організму до фізичних навантажень та скорочує термін лікування.

Ключові слова: *спинномозкова грижа, кінезотерапія, фізична терапія, локалізація, больовий синдром.*