

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини**

ПРАКТИКУМ

з дисципліни

«Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії»

(навчальний посібник для практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу медико-психологічного факультету)

П. І. Б.

студента _____

Київ - 2022

УДК
ББК

Рекомендовано вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця в якості навчального посібника з дисципліни «Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії» для студентів VI курсу медико-психологічного факультету, спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (протокол №__ від ____ 2022 р.)

Рецензенти:

Копчинська Ю.В.

— доктор педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної терапії Міжнародного науково-технічного університету імені акад. Ю. Бугая

Говсєєв Д.О.

— доктор медичних наук, професор, зав. кафедри акушерства, гінекології та неонатології післядипломної освіти

Колектив авторів:

Дорофєєва О.Є.

— зав. кафедрою фізичної реабілітації та спортивної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор

Глиняна О.О.

— доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, к.фіз.вих., доцент

Яримбаш К.С.

— доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, к.пед.н., доцент

У навчально-методичному посібнику для студентів 6-го курсу медико-психологічного факультету, спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» з дисципліни «Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії» надані всі необхідні матеріали для якісної підготовки і належного засвоєння практичних навичок. Навчальний посібник розроблено у відповідності до робочої навчальної програми та силабусу дисципліни «Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії» для студентів, які навчаються за кредитно-модульною системою (ECTS). Навчальний посібник повинен стати повсякденним помічником студентів, як під час самостійної роботи вдома, так і під час практичних занять у клініці. Окрім того, на посібник покладено завдання виконувати функцію робочого зошита для студента та стандартизації проведення занять для викладача з метою уніфікації викладання предмету. Представлені матеріали розроблені викладачами кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на основі багаторічного досвіду підготовки лікарів та фізичних терапевтів. В навчальному посібнику запропонований алгоритм побудови практичних занять, протоколів призначення фізичної терапії хворим, клінічних задач та тестових завдань. Конкретизація завдань для самостійної та аудиторної роботи дозволять студентам не тільки засвоїти дисципліну «Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії», але й розвинути клінічне мислення майбутнього фізичного терапевта.

ISBN

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Перелік умовних скорочень.....	5
Тематичний план лекцій.....	6
Тематичний план практичних занять.....	7
Тематика рефератів.....	8
Вимоги до написання реферату.....	9
Практичне заняття №1. Обґрунтування застосування фізичної терапії при фізіологічному перебігу вагітності. Алгоритм фізичної терапії при фізіологічному перебігу вагітності.....	11
Практичне заняття №2. Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ для жінок в післяпологовому періоді та оперативному розродженні.....	26
Практичне заняття №3. Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ при консервативному лікуванні гінекологічних захворювань	41
Практичне заняття №4. Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ при оперативному лікуванні гінекологічних захворювань.....	54
Практичне заняття №5. Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ при захворюваннях нервової, дихальної систем та опорно-рухового апарату в педіатрії	72
Додатки.....	88
Методичне забезпечення.....	104

ВСТУП

Фізична терапія (ФТ) в акушерстві, гінекології та педіатрії є важливим напрямком відновлення осіб з даною патологією. Кожного року з'являються нові засоби та методи ФТ, які б могли підвищити ефективність відновлення жінок та дітей й повернення їх до активного способу життя.

Навчально-методичний посібник підготовлено співробітниками кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця для того, щоб студент з самого початку вивчення дисципліни був чітко орієнтований щодо структури практичних занять, мав на руках конкретне завдання, стислий зміст, який коротко відображає тему практичного заняття, перелік тестів, для перевірки здобутих знань, ситуаційні завдання, перелік літературних джерел, та можливість якісно підготуватися до кожного практичного заняття.

Розроблені ситуаційні завдання дають змогу студенту, як самостійно, так і в клініці під час практичних занять розбирати клінічні кейси та на основні них розробляти профіль пацієнта за Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), який є обов'язковим документом для ведення документації в медичних установах мультидисциплінарною командою та відображає порушення пацієнта на рівні функції, структури, діяльності, участі, факторів зовнішнього середовища та особистісних.

Матеріали в навчальному посібнику викладені доступною, простою мовою, в суворій послідовності, відповідно до силабусу та робочої навчальної програми, що дозволить студенту швидше опанувати нову інформацію.

Автори висловлюють глибоку вдячність рецензентам, офіційним і неофіційним, за проведену роботу над навчально-методичним посібником.

Адресовано викладачам вищих навчальних закладів фізкультурного та медичного профілів, фахівцям фізичної терапії, студентам, слухачам курсів підвищення кваліфікації.

Сподіваємось, що даний навчальний посібник дозволить майбутнім фізичним терапевтам, лікарям фізичної та реабілітаційної медицини швидко та якісно засвоїти особливості застосування фізичної терапії в акушерстві, гінекології та педіатрії.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ	- Артеріальний тиск
ВК	- Верхня кінцівка
ВП	- Вихідне положення
ДЦП	- Дитячий церебральний параліч
ЛМ	- Лікувальний масаж
ММТ	- Мануально-м'язове тестування
МКФ	- Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
ОРА	- Опорно-руховий апарат
НК	- Нижня кінцівка
ТВ	- Терапевтичні вправи
ФС	- Функціональний стан
ФТ	- Фізична терапія
ЦНС	- Центральна нервова система
ЧСС	- Частота серцевих скорочень

ТЕМИ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ

№ з/р	Тема	год
1	Фізична терапія при нормальному перебігу вагітності у жінок	2
2	Фізична терапія у жінок в пологах, післяпологовому періоді та оперативному розродженні	2
3	Фізична терапія при консервативному лікуванні гінекологічних захворювань	2
4	Фізична терапія після оперативного лікування гінекологічних захворювань	2
5	Фізична терапія в педіатрії	2
	Всього	10

ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

№ з/р	Тема	год
1	Обґрунтування застосування фізичної терапії при фізіологічному перебігу вагітності. Алгоритм фізичної терапії при фізіологічному перебігу вагітності.	8
2	Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ для жінок в післяпологовому періоді та оперативному розродженні.	10
3	Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ при консервативному лікуванні гінекологічних захворювань	10
4	Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ при оперативному лікуванні гінекологічних захворювань	10
5	Методичні підходи до побудови програм фізичної терапії та персонального профілю МКФ при захворюваннях нервової, дихальної систем та опорно-рухового апарату в педіатрії	10
6	Диф.залік	2
	Всього	50

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТІВ З ДИСЦИПЛІНИ:

1. Алгоритм заходів фізичної терапії на останньому триместрі вагітності.
2. Алгоритм фізичної терапії у післяпологовому періоді.
3. Алгоритм фізичної терапії після оперативного родорозродження шляхом кесарського розтину.
4. Алгоритм заходів фізичної терапії при екстрагенітальних захворюваннях.
5. Алгоритм заходів фізичної терапії при неправильних положеннях матки, аномаліях малого тазу у жінок працездатного віку.
6. Алгоритм заходів фізичної терапії при опущеннях та пролапсах внутрішніх статевих органів у жінок різних вікових груп.
7. Алгоритм фізичної терапії при діастазі прямого м'язу живота.
8. Алгоритм фізичної терапії при нетриманні сечі.
9. Засоби та методи фізичної терапії при розладах менструального циклу.
10. Алгоритм заходів фізичної терапії при хронічних запальних захворюваннях статевих органів.
11. Сучасні технології відновного лікування при жіночому безплідді.
12. Алгоритм застосування заходів фізичної терапії при ранніх та середньочасових клімактеричних розладах.
13. Алгоритм фізичної терапії при оперативному лікуванні фіброміоми матки.
14. Алгоритм фізичної терапії після позаматкової вагітності.
15. Алгоритм фізичної терапії жінок із спайковою хворобою.
16. Алгоритм фізичної терапії при раку молочної залози.
17. Алгоритм фізичної терапії при раку шийки матки.
18. Алгоритм фізичної терапії при лімфостазі верхньої кінцівки.
19. Алгоритм фізичної терапії при ДЦП.
20. Алгоритм фізичної терапії при кривоший.
21. Алгоритм фізичної терапії при клишоногості.
22. Алгоритм фізичної терапії при акушерському паралічі Ерба Дюшена.
23. Алгоритм фізичної терапії дітей з пневмонією.
24. Алгоритм фізичної терапії дітей з бронхіальною астмою.
25. Алгоритм фізичної терапії дітей з бронхітом.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ РЕФЕРАТУ:

- друкований текст до 10-15 сторінок;
- перша сторінка - назва університету, кафедри, тема реферату (Додаток 1);
- друга сторінка - зміст реферату (Додаток 2);
- з третьої сторінки: вступ (коротке викладення сучасного стану проблеми, якій присвячений реферат, актуальність, епідеміологія, мета, завдання даної роботи, об'єкт та предмет дослідження);
- з четвертої сторінки *основна частина* (повинна містити розділи та підрозділи в яких викладено основні відомості, які в повній мірі розкривають суть обраної тематики реферату. В основній частині описується реабілітаційний цикл побудови профілю за МКФ відповідно до обраної теми, принципи ФТ, склад мультидисциплінарної команди, короткотермінові та довготермінові SMART-цілі, програма у вигляді блок-схеми з детальним її описом по періодам та руховими режимам. Наведений алгоритм проведення терапевтичних вправ, лікувального масажу, преформованих фізичних чинників, кінезіотейпування (якщо нема протипоказань), механотерапії та інших методів та засобів для відновлення.
- *Висновки* містять оцінку результатів проведеної роботи та відповіді на поставлені завдання у вступі роботи.
- *Перелік посилань* містить всі джерела інформації, які використовувалися в процесі роботи над рефератом у порядку їх першого згадування в тексті в квадратних дужках []. Оформлення переліку посилань проводиться згідно ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. В загальному випадку до *додатків* відносяться великі за розмірами рисунки, таблиці, тощо.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РЕФЕРАТИВНИХ РОБІТ

Реферат оформлюється на аркушах А4 (210x297 мм) з наступними полями: верхнє, нижнє та праве поле — 2 см, лівє — 3 см. Шрифт Times New Roman 14 пт або аналогічний простий шрифт. Міжрядковий інтервал 1,25–1,5, абзацний відступ 1 см. Вирівнювання основного тексту по ширині з автоматичною розстановкою переносів.

Кожний розділ повинен починатися з нової сторінки. Назва розділу розміщується по центру рядка без абзацного відступу, виконується шрифтом 16 пт, напівжирним, великими літерами. Розділи мають просту арабську нумерацію 1, 2, 3 без крапки після номеру та без крапки в кінці назви розділу.

Підрозділи нумеруються в межах розділу із зазначенням номеру розділу: 1.1, 1.2 і т. д. Назва підрозділу починається з абзацного відступу та виконується шрифтом розміром 14 пт напівжирним, всі літери крім першої малі. Вирівнювання тексту по лівому краю. Пункти підрозділу нумеруються в межах підрозділу із зазначенням номеру розділу та підрозділу: 1.1.1, 1.1.2 і т.д. Назва підрозділу починається з абзацного відступу та виконується шрифтом розміром 14 пт напівжирним курсивом, всі літери крім першої малі.

ТЕМА 1.

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ. АЛГОРИТМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

Актуальність проблеми.

З кожним роком кількість вагітних, які підтримують свій організм засобами та методами ФТ невинно зростає, це пов'язано з багатьма причинами: популяризацією підготовки до пологів, пізньою вагітністю, доступністю засобів та їх доведеною ефективністю.

Раннє застосування сучасних засобів ФТ, допомагає підготувати жінку фізично, психічно до пологів та дозволяє уникнути або мінімізувати ускладнення під час пологів. Важливо, щоб ФТ проводилась під контролем мультидисциплінарної команди, кожний спеціаліст якої виконував свої завдання та надавав практичні рекомендації відповідно до своїх компетенцій.

Фізичні навантаження (ФН) для жінки навіть при нормальному перебігу вагітності має визначити фізичний терапевт. Фізичний терапевт розроблює програму відповідно до кожного триместру вагітності та враховує індивідуальні особливості кожної жінки.

Під час розробки програм враховуються фактори зовнішнього середовища, можливості вагітної, доступність сучасних засобів фізичної терапії. Важливо надавати рекомендації вагітній відповідно до змін, які будуть відбуватися на кожному триместрі і акцентувати увагу на тих системах організму, які зазнають значного впливу під час пологів.

Навчальні цілі:

- сформувані сучасне уявлення про перебіг вагітності жінки та ознайомити з новітніми засобами та методами ФТ, що застосовуються на протязі протікання вагітності;
- навчити проводити обстеження вагітної: збирати особистий, трудовий, соціальний, фармакологічний та сімейний анамнез, оцінювати силу м'язів, тип дихання, стан кінцівок (наявність набряків), використовувати суб'єктивні методи обстеження (больові відчуття за візуально-аналоговою шкалою), ставити SMART-цілі, розробляти програму ФТ, надавати практичні рекомендації.

Завдання для самостійної роботи під час підготовки до занять:

- ознайомитися з матеріалами посібника, рекомендованою літературою;

- вивчити матеріали лекцій, презентацій та посібника;
- повторити анатомію і фізіологію репродуктивної системи.

Студент повинен знати:

- фізіологічний перебіг вагітності;
- зміни в скелетно-м'язовій системі при вагітності;
- діагностику ранніх термінів вагітності;
- методи обстеження вагітної;
- причини дисфункції тазового дна;
- профілактичні заходи для болей в попереку та тазовому поясі при вагітності.

Студент повинен вміти:

- збирати анамнез;
- проводити обстеження вагітної;
- підбирати методи та засоби ФТ при нормальному перебігу вагітності;
- застосовувати заходи для профілактики діастаз прямого м'язу живота;
- надавати рекомендації при синдромі стискання нерва;
- проводити терапевтичні вправи (ТВ) в період вагітності;
- розробити алгоритм ФТ при фізіологічному перебігу вагітності.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти:

- збір анамнезу (сімейний, особистий, соціальний та інші);
- первинне обстеження вагітної;
- оцінку функціонального стану вагітної;
- алгоритм розробки програми ФТ для вагітної з урахуванням її функціональних можливостей;
- методики проведення ТВ, кінезіотейпування, лікувального масажу (ЛМ), гідрокінезіотерапії для вагітної з нормальним перебігом вагітності.

СТИСЛИЙ ЗМІСТ ТЕМИ

Першою ознакою фізіологічної вагітності є аменорея – припинення менструації. В період вагітності відбуваються поступові зміни матки, її волокна подовжуються та потовщуються, зростають розміри, висота. На 20 тижні вагітні можуть відчувати її скорочення, що сприяє покращенню приливу крові до органу та плаценти. В матці збільшується кількість судинної мережі, вміст колагену, відзначається гіпертрофія зовнішніх м'язових волокон. Плацента дископодібної

форми також збільшується, адже її головне завдання підтримати кровопостачання плоду, забезпечити обмін газів між кров'ю та тканинами, його харчування та виведення продуктів життєдіяльності. Плід росте та живиться через плаценту, його серцебиття можна відчувати на 10 тижні. Жінка починає відчувати рух дитини при першій вагітності на 18-20 тиждів, повторній на 16-18 тижні. Засоби ФТ на 2-3 триместрі вагітності допомагають уникнути ускладнень та покращують роботу серцево-судинної, дихальної, ендокринної, нервової систем, зміцнюють опорно-руховий апарат (ОРА).

Під час роботи з вагітними фізичний терапевт повинен враховувати вплив гормонального фону на організм жінки, оскільки вона контролюється та керується ними: прогестерон зменшує тонус гладкої мускулатури, підвищує чутливість впливу дихального центру до вуглекислоти та температуру тіла матері, викликає ріст грудей та депонування жиру, необхідного для утворення молока; естрогени впливають на матку та ріст молочних залоз; готують місця розташування первинних рецепторів (наприклад, суглоби тазу) до сприйняття релаксину, викликають затримку води; релаксин витісняє колаген у відповідних областях, що збільшує податливість та розтяжність тканин; він надає розм'якшувачий ефект на сполучну тканину (тазове дно та фасцію черевної стінки) та гальмує активність міометрію аж до 28 тижнів вагітності. Термін вагітності складає 40 тижнів, поділяється на 3 триместри кожен.

Кожна система організму жінки зазнає змін:

- серцево-судинні зміни проявляються у зниженні толерантності до фізичного навантаження; збільшення кровопостачання яремних вен; набряку периферичних тканин; систолічного шуму (96%) та систолічного ритму (90%);
- зміни центральної гемодинаміки: збільшення об'єму циркулюючої крові на 40%, до 24 тижня вагітності відбувається збільшення серцевого викидня на 40%, частота серцевих скорочень (ЧСС) зростає на 15%; завдяки судинорозширювальному ефекту прогестерону артеріальний тиск (АТ) декілька знижується та залишається таким до 24 тижня вагітності, системний судинний опір знижується на 21%, опір легеневих судин знижується на 35%, систолічний АТ знижується на 5-10 мм рт ст, діастолічний АТ на 10-15 мм рт ст.;
- дихальна система: у 65% жінок з'являється задишка; купол діафрагми піднімається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки та збільшується її окружність. Зміни легеневої функції проявляються в підвищенні на 5% загальної ємності легень, на 40%

зростає обсяг вдиху, на 20% залишковий обсяг та хвилинна вентиляція на 40%.

Під час вагітності жінка зазнає фізіологічних та анатомічних змін та набирає вагу (Додаток 3). Збільшення ваги пов'язане зі збільшенням об'єму плоду призводить до постуральних змін, що проявляються зменшенням поперекового лордозу, або збільшенням поперекового лордозу та грудного кіфозу, або вигину в попереково-грудному відділі. Ці зміни вкрай варіабельні і мають індивідуальний характер, що не дозволяє говорити про якесь єдине для всіх положення тіла при вагітності. Також, можуть спостерігатися компенсаторні зміни у грудному та шийному відділах. Оскільки молочні залози також збільшуються це може призвести до відведення плечей назад та збільшення шийного лордозу. Постуральні зміни можуть спостерігатися протягом 12 тижнів після пологів.

З'єднувальна тканина також зазнає змін через метаболізм колагену, збільшення кількості естрогенів та прогестерону. Таким чином зростає її еластичність, що найбільше відображається в лобковому симфізі та крижово-клубовому зчленуванні та є необхідним для народження дитини. До вагітності ширина лобкового симфізу становить 4-5 мм; під час вагітності вона збільшується приблизно на 3 мм. Зв'язковий апарат слабшає, однак він має повернутися до норми протягом 6 місяців після пологів. Під час збільшення матки та плоду, змін зазнає і грудна клітка вона розсувається з обох боків, її діаметр у деяких випадках може збільшитись на 10-15 см.

Нейром'язові зміни проявляються у подовженні м'язів живота та зменшенні їх ригідності. Найбільшого впливу зазнає прямий м'яз живота він подовжується та стає тоншим, після вагітності він має повернутися на протязі 24 місяців у норму. Біла лінія стає ширша і тонша, що є наслідком змін, опосередкованих гормонами й зростанням плоду у передньому напрямку. У жінки, яка не народжувала, відстань між правим і лівим прямими м'язами на рівні пупка становить приблизно 11 мм (+3,62). Розбіжність білої лінії у вагітних у третьому триместрі і відразу після пологів може сильно варіювати і доходити на цьому рівні до 42 мм (+20,28). Біла лінія може розірватись, що призводить до діастазу з виступанням вмісту черевної порожнини. Діагностичним критерієм діастазу на рівні пупка в осіб молодше 45 років є відстань між прямими м'язами живота, що перевищує 27 мм. До восьмого тижня після пологів зазначена відстань зменшується до 22 мм (+9,44) і досягає плато, хоча у невеликої кількості жінок діастаз зберігатиметься. Під час вагітності м'язи тазового дна розтягуються,

під час пологів може виникнути їхня травматизація. Функції та роль поперечного м'яза живота та м'язів тазового дна тісно пов'язані між собою. Довільна активність глибоких м'язів живота призводить до збільшення активності м'язів тазового дна. Існує зв'язок між дисфункцією останніх та болем у попереково-тазовій ділянці.

Оскільки одна з трьох вагітних може мати дисфункції тазового дна, це буде проявлятися у нетриманні сечі, як під час вагітності, так і після пологів (викликана пошкодженням промежини, тиском на сором'язливий нерв та інше). Фізичному терапевту важливо вживати заходи для профілактики цього ускладнення та включати вправи на тренування м'язів тазового дна в програму фізичної терапії.

Серед найчастіших скарг серед вагітних жінок (від 50-70%) - біль у попереку та тазовому поясі. Даний біль розглядають, як звичний симптом вагітності, однак, в деяких випадках він може перейти в хронічний. Третина вагітних скаржиться на сильний біль, який їм заважає вести активний спосіб життя та нормально працювати. Знайти причину такого болю досить складно і це потребує ретельного обстеження та діагностики. Серед найпоширеніших причин є одностороння дисфункція крижово-клубового зчленування, дисфункція лобкового симфізу, невелике випинання дисків поперекових хребців, проблеми з дуговідростковими суглобами поперекових хребців та кокцигодинія. Біль найчастіше проявляється в поперековому відділі, однак може бути і декількох відділах одночасно: шийному, грудному та крижовому. Не виключенням є і біль ішіатичного характеру. Його причиною може бути попереk або клубково-крижове зчленування, оскільки компоненти L5 і S1 попереково-крижового сплетення йдуть попереду від вказаного зчленування. Прояв больових відчуттів може бути пов'язаний зі змінами в біомеханіці рухів, гормональному фоні, збільшенням ваги тіла жінки та тиску плода й інші.

На останньому триместрі вагітності, жінки можуть страждати від затримки рідини в організмі, синдромами стискання нервів. Найчастіше це нерви нижніх кінцівок (невралгія латерального шкірного нерва стегна, здавлення заднього великогомілкового нерва), однак можуть спостерігатись й стискання плечового сплетіння та карпальні синдроми. При виражених больових відчуттях фізичний терапевт рекомендує лікувальним положенням для зменшення тиску на нерв (ортези), зменшення больових відчуттів (холодотерапію), стрейтчинг та інше.

Алгоритм ФТ при фізіологічному перебігу вагітності:

включає збір анамнезу, обстеження вагітної, постановку цілей, план втручання, проведення втручань, оцінку ефективності втручань, завершення ФТ, практичні рекомендації після закінчення програми.

Хороший фізичний стан жінки при вагітності залежить від фізіологічних, емоційних, соціальних та психологічних факторів. Фізичний терапевт повинен уважно ставитись до них під час роботи. Підхід до ФТ повинен бути інтегративним, гнучким, індивідуальним і, де це можливо, заснований на доказовій базі. Багато жінок займаються ТВ постійно і хочуть продовжувати цю діяльність під час вагітності. Однак, деякі з жінок починають займатися вправами та різними методами рухової активності вперше, тому вони потребують постійної підтримки. Під час вагітності у жінок можуть з'являтися ускладнення, про які жінка має бути попереджена фізичним терапевтом.

Протипоказаннями (червоними прапорцями) до ФТ є:

- захворювання серця, органів дихання, нирок та щитовидної залози;
- цукровий діабет;
- загроза викидня, передчасні пологи, повільне зростання плоду та інші;
- гіпертензія, вагінальна кровотеча, погане ворухіння плоду, анемія, сідничне передлежання, передлежання плаценти.

Дуже важливо для нормального перебігу вагітності, завчасно її планувати, важливо донести інформацію до майбутніх вагітних, що необхідно обстежити свій організм, за потреби знизити вагу тіла, якщо вона є надмірною, полікувати зуби, почати займатися фізичною активністю та інше. Зайва вага вагітної значно підвищує ризик погіршення здоров'я, як матері, так і плоду. Заняття зі здоровими вагітними повинні починатися від легких до помірних та не завдавати шкодити плоду. Помірна інтенсивність визначається як здатність говорити без задишки зі збільшенням частоти пульсу до 140 ударів на хвилину. Вправи обираються фізичним терапевтом відповідно до триместру вагітності, фізіологічних змін, з урахуванням полегшуючих вихідних положень.

ТВ та рухова активність допомагає:

- підтримувати та покращувати стан серцево-судинної та дихальної систем;
- підтримувати нормальну вагу тіла;
- поліпшувати можливості володіти тілом, пози, координації та рівноваги;
- покращувати психоемоційний стан вагітної;

- збільшити витривалість та силу;
- знизити кількість ускладнень під час вагітності та пологів;
- зменшити тривалість пологів;
- більш швидкому відновленні після пологів.

Фізичному терапевту важливо враховувати активність жінки до її вагітності, активно вона займалася спортом чи ні, на початку важливо після обстеження поговорити з лікарем або акушером та виключити червоні прапорці.

Важливо надати загальні рекомендації жінці, яких вона має дотримуватись на протязі вагітності, вони включають:

- виконання вправ з середнім навантаження протягом 30 або більше хвилин;
- відмову від контактних видів спорту та занять, що характеризуються високим ризиком падіння або травмування живота;
- регулювання інтенсивності та тривалості занять контролюючи, щоб внутрішня температура тіла не перевищувала 38° C;
- виконання видів вправ, що характеризуються низьким навантаженням;
- носіння відповідного взуття, щоб знизити навантаження на скелетно-м'язову систему;
- приймання адекватної кількості рідини для профілактики дегідратації, заборонено займатися при спекотній та вологій погоді або температурі;
- виконання вправ на розігрів та охолодження не менше 5 хвилин;
- уникання вправ, що включають махи з високою амплітудою, низькі присідання, перехресні кроки та різку зміну напрямку;
- не рекомендовано виконувати ТВ з вихідного положення – лежачи на спині після 16 тижнів, щоб уникнути компресії аорти та порожнистої вени.

Жінкам, які не займалися спортом, бажано розпочинати заняття з 13 тижня вагітності, спочатку виконувати ТВ, що виключають навантаження ваги тіла; переходити від простих вправ базового рівня до складніших, поступово збільшуючи навантаження під керівництвом відповідного спеціаліста.

Крім ТВ, великою популярністю серед вагітних користуються заняття у воді, які окрім користі приносять емоційне задоволення, релаксацію, оскільки вода робить жінку невагомою та мінімізує неприємні відчуття у суглобах, зменшує біль, якщо він пов'язаний з

ОРА та м'язами. Перевагою занять у воді, є те, що під час занурення всі м'язи скорочуються концентрично. Існує ще ряд переваг, які менш помітні для жінки: вправи у воді підвищують тонус дихальних м'язів; рухи ніг при плаванні покращують венозне відтік; занурення у воду має діуретичний ефект, що важливо для вагітних, які страждають на затримку рідини, оскільки 20-40 хв. перебування у воді призводять до виведення 300-400 мл. Заняття потрібно проводити при температурі 28-32°C. Вправи які жінці на останньому триместрі вагітності складно виконувати на суші, наприклад присідання, у воді виконуються легко та є безпечними. Рекомендується при болях в тазовому поясі розведення ніг убік при плаванні брасом здійснювати з невеликою амплітудою. Перед виконання вправ у воді, доцільно проводити розминку на суші. Під час занять можна використовувати допоміжні засоби (плавальні дошки, нудлси та інше), які допомагають виконувати рухи у воді, збільшувати силу та підсилюють опір, в залежності від цілей заняття, однак більшість вправ мають бути аналогом вправ на суші. На останньому триместрі, виконуються вправи на затримку дихання, ниряння. Виключаються вправи на розтягнення м'язів живота. Спеціальними є вправи для зміцнення м'язів тазового дна, які можуть виконуватись до, під час або в кінці заняття. До початку занять необхідно пояснити, як потрібно утримувати нормальне положення тіла, постійно нагадуючи це під час тренування.

Крім ТВ вагітним рекомендується швидка хода, піший туризм, веслування та танці. Інтенсивність перерахованого має бути достатньою для забезпечення гарного аеробного навантаження. Для покращення гнучкості, постави, дихання рекомендується пілатес та йога, хоч вона не аеробного характеру, однак позитивно впливає на стан вагітної. Заняття на механотерапевтичних тренажерах дозволяються, серед таких: велотренажер, бігова доріжка, крос-трейнер, заняття на яких підвищують споживання кисню. Вагітним рекомендується займатися з легкою вагою, піднімаючи її до субмаксимального рівня, і тренувати групи м'язів як верхньої, так і нижньої частини тіла. Вага, кількість підходів та повторів повинні зменшуватися у міру розвитку вагітності.

Важливою є консультативна та просвітницька робота, яка проводиться із вагітною та надається фізичним терапевтом, вона включає навчання правильної пози та інформацію про причини болю в спині, що дозволяє знизити ризик її появи, кількість відпусток через хворобу та сприятливо впливають на жінку після пологів. Метою консультацій у передпологовому періоді є навчання тому, як приймати

правильне та зручне положення під час сну (використовувати спеціальні подушки), вставати з ліжка та стільця, сідати та виходити з машини, ходити, стояти, піднімати та переносити вагу.

Крім фізичного терапевта жінка має проходити заняття у групах для вагітних, де проводиться навчання з догляду за дитиною та підготовку до пологів. Заняття проводяться у різних форматах, їх число та розклад варіюють. Вони повинні полягати у високопрофесійній консультації та інформації у зручний час, у доступному місці та у тому форматі, який відповідає потребам жінки та будь-якого супроводжуючого її обличчя. Однак, в нашій країні дані заняття в держаних медичних закладах на безоплатній основі відсутні, переважно їх проводять в приватних медичних установах. Таким чином, у жінок виникають додаткові труднощі, що полягають у необхідності доносити найбільш важливу інформацію в стислий термін. Зокрема, це стосується тих унікальних відомостей та навичок, про які може розповісти лише фізичний терапевт. В деяких країнах світу групові заняття по підготовці до пологів та післяпологового періоду по догляду за дитиною, відновлення функціонального стану жінки розпочинаються на першому триместрі, однак, в більшості країн це відбувається на останньому триместрі. Інколи на таких заняттях можна побачити чоловіків, які прийшли підтримати своїх жінок та підготуватись разом з ними до партнерських пологів, останні набирають великої популярності. Заняття розподіляються між усіма членами мультидисциплінарної команди, кожен з членів проводить свої заняття на яких піднімає питання відповідно до своєї компетенції. Фізичний терапевт розповідає про різні види ТВ (додаток 4-5), відповідно до триместру вагітності, які спрямовані на різні групи м'язів, релаксацію, різні види рухової активності, бандажі для підтримки живота та м'язів, методики кінезіотейпування (додаток 6), різновиди подушок для вагітної та положення в яких безпечно та небезпечно знаходитись на останньому триместрі вагітності (додаток 7); надає рекомендації для зменшення больових відчуттів в суглобах, скелетно-м'язових дисфункцій та інше; розповідає про методи та засоби, які можуть полегшити пологи: зручні пози, релаксацію, точковий масаж, дихання, використання фітболу та інше (додаток 8); надає рекомендації щодо спеціальних вправ, які допоможуть повернутися жінці після пологів до нормальної фізичної форми.

Контрольні питання

1. Назвіть перші ознаки вагітності у жінки?
2. Охарактеризуйте серцево-судинні зміни в організмі вагітної жінки?

3. Вкажіть діагностичні критерії діастазу після пологів?
4. Вкажіть тривалість поступальних змін після пологів?
5. Охарактеризуйте алгоритм ФТ при фізіологічному перебігу вагітності?
6. Перерахуйте протипоказання до занять фізичною терапією з вагітними?
7. Охарактеризуйте позитивні аспекти ТВ та рухової активності під час вагітності?
8. Назвіть основні засоби фізичної терапії при фізіологічному перебігу вагітності?
9. Перерахуйте переваги занять для вагітних у воді?
10. Назвіть, які види рухової активності може рекомендувати фізичний терапевт вагітній окрім ТВ?

ТЕСТИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. **Оберіть вірний варіант тривалості ембріонального періоду?:**
 - a) до 8 тижнів;
 - b) до 9 тижня;
 - c) до 10 тижня;
 - d) до 11 тижня;
 - e) до 12 тижня.
2. **На яких тижнях починають закладатися та формуватися органи плоду?:**
 - a) 3-4 тиждень;
 - b) 5-6 тиждень;
 - c) 7-8 тиждень;
 - d) 9-10 тиждень;
 - e) 11-12 тиждень.
3. **За який проміжок часу (у хвиликах) показники ЧСС для вагітних сильної групи (по А.К. Поплавському) для занять гімнастикою мають повернутися до вихідного?:**
 - a) менше 2,5 хв.;
 - b) менше 1,5 хв.;
 - c) менше 3,5;
 - d) менше 4,5;
 - e) менше 5,5.
4. **Яке співвідношення динамічних дихальних вправ із гімнастичними і спеціальними на другому триместрі вагітності?:**
 - a) 1:3; 1:4;

- b) 1:1; 1:3;
- c) 1:4; 1:3;
- d) 1:2; 1:3;
- e) 1:3; 1:3.

5. Якою має бути температура води при занятті в басейні з вагітними?:

- a) 28-32°C;
- b) 32-36°C;
- c) 36-40°C;
- d) 24-28° C;
- e) всі відповіді вірні.

6. В яких системах організму вагітної відбуваються зміни?:

- a) серцево-судинний та дихальний;
- b) шлунково-кишковому тракту, ендокринній системи та статевій;
- c) кровоносна, ендокринна, опорно-руховий апарат;
- d) імунний, шкірний, видільний;
- e) у всіх системах.

7. Який темп лікувальної дозованої ходьби рекомендується вагітній на її початку?:

- a) 50-60 кроків на одну хвилину;
- b) 40-50 кроків на одну хвилину;
- c) 60-70 кроків на одну хвилину;
- d) 70-80 кроків на одну хвилину;
- e) 90-100 кроків на одну хвилину

8. Під час заняття з вагітними терапевтичними вправами потрібно виключати?:

- a) силові вправи, струси тіло, різкі повороти;
- b) вправи на витривалість, розслаблення;
- c) на тривале напруження, ізометричні;
- d) динамічні та статичні;
- e) всі відповіді вірні.

9. Оберіть вірне визначення поняттю діастаз –це?:

- a) розходження внутрішніх країв м'язів на відстань понад 27 мм на рівні пупка, або понад 22 мм на рівні 3 см над пупком внаслідок ослаблення і розтягування білої лінії живота;
- b) розходження внутрішніх країв м'язів на відстань понад 12 мм на рівні пупка, або понад 16 мм на рівні 4 см над пупком внаслідок ослаблення і розтягування білої лінії живота;

- c) розходження внутрішніх країв м'язів на відстань понад 16 мм на рівні пупка, або понад 20 мм на рівні 5 см над пупком внаслідок ослаблення і розтягування білої лінії живота;
- d) розбіжність правої й лівої прямих м'язів живота пропорційно білої лінії живота (волокниста структура передньої черевної стінки, яка розташована якраз посередині);
- e) вірних відповідей немає.

10. Які зміни відбуваються з діафрагмою під час вагітності?:

- a) купол діафрагми піднімається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки та збільшується її окружність допуску до занять спортивними тренуваннями;
- b) купол діафрагми опускається на 4 см, звужується нижня апертура грудної клітки та зменшується її окружність;
- c) купол діафрагми опускається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки та збільшується її окружність на половину;
- d) купол діафрагми піднімається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки та зменшується її окружність допуску;
- e) вірних відповідей немає.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

КЕЙС №1

Вагітна О., 18 р. перша вагітність 5 місяць. Соціальний анамнез: є батьки, сестра, які її підтримують. Проживає в сільській місцевості, навчається в професійному коледжі на перукаря. Має надмірну вагу, 2 ступінь ожиріння та схильність до варикозного розширення вен (відмічає втому в ногах під кінець дня та виражену капілярну сітку на литках). Спорт та активною руховою діяльністю ніколи не займалася. В анамнезі: міопія та алергічні реакції на шерсть та пилок амброзії. АТ 130/80; ЧСС 88; ЧД 19. Стан м'язів ВК та НК достатній.

- Визначте період та руховий режим.
- Опишіть алгоритм обстеження фізичним терапевтом вагітної.
- Складіть комплекс ТВ.
- Порекомендуйте дозволені їй види рухової активності.
- Надайте практичні рекомендації в межах компетенції фізичного терапевта.

КЕЙС №2

Вагітна А., 40 р. друга вагітність (4 місяць), перша була 11 років тому. Соціальний анамнез: є чоловік та син. Працює аптекарем. Має проблеми зі спиною, ще до вагітності проходила лікування та фізичну

терапію з приводу остеохондрозу поперекового відділу хребта (протрузії L1-L3). Ослаблені м'язи за ММТ сідниць - 3 бали; живота - прямі та косі - 4 бали. На даний момент больових відчуттів не відчуває. Займалася 2 роки пілатесом та йогою. АТ 100/60; ЧСС 70; ЧД 15.

- Визначте період та руховий режим.
- Опишіть алгоритм обстеження фізичним терапевтом вагітної.
- Складіть комплекс ТВ.
- Порекомендуйте дозволені їй види рухової активності.
- Надайте практичні рекомендації в межах компетенції фізичного терапевта.

КЕЙС №2

Вагітна М., 28 р. третя вагітність (8 місяць), друга була 3 роки тому. Соціальний анамнез: є чоловік, син та донька. Працює менеджером-консультантом. В анамнезі: хронічний гастрит, плоскостопість, сколіоз 1-го ступеня, варикозне розширення вен 1 стадія, вегето-судинна дистонія. Спорт та активною руховою діяльністю ніколи не займалася. АТ 110/60; ЧСС 75; ЧД 17. Скаржиться на біль в поперековому відділі хребта за VAS 4 бали при активних рухах, обстежена акушер-гінекологом, яким не було виявлено патологій. Відзначає незначний набряк та втому ніг наприкінці дня.

- Визначте період та руховий режим.
- Опишіть алгоритм обстеження фізичним терапевтом вагітної.
- Складіть комплекс ТВ.
- Порекомендуйте дозволені їй види рухової активності.
- Надайте практичні рекомендації в межах компетенції фізичного терапевта.

ПРОТОКОЛ ПРИЗНАЧЕННЯ ФТ

Стать _____, Вік _____, Ps сп. _____

Діагноз _____

Лікувальний період _____

Руховий режим: _____

Короткотермінові цілі

Довготермінові цілі

Засоби ФТ:

спеціальні фізичні вправи

фізичні вправи за фізіологічною класифікацією _____

Дозування фізичного навантаження у процедурах ФТ

Інтенсивність: Рстрен. основної частини процедури _____

Форма ФТ	Метод ФТ	Тривалість	Кратність

процедура масажу:

зона _____

прийоми _____

Методи та критерії визначення адекватності ФН:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

Оцінка ефективності призначеної програми ФТ:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

ТЕМА 2.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПЕРСОНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ МКФ ДЛЯ ЖІНОК В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ ТА ОПЕРАТИВНОМУ РОЗРОДЖЕННІ

Актуальність проблеми.

З кожним роком відсоток патологічних пологів невинно зростає серед вагітних жінок, це пов'язано з багатьма факторами, одним з яких є пізні пологи. Однак, на деякі фактори можна впливати засобами ФТ, які доцільно використовувати, як під час вагітності, так і після пологів. Залучення до програми підготовки жінок до пологів має розпочинатися з першого триместру вагітності, що дозволить уникнути ускладнень на пізньому триместрі та полегшить протікання пологів. Важливо, щоб процес ФТ був безперервний і продовжувався до повного відновлення та повернення жінки до активного способу життя. Після нормальних пологів, відновлення відбувається швидше та має менше обмежень в навантаженні жінки. При оперативному розродженні жінка, має ряд обмежень, які впливають на якість її життя (підмінання дитини, дискомфорт та біль в зоні шва). Також, досить часто, у породіллі після 30 років спостерігаються ускладнення з боку серцево-судинно системи та ОРА на ранньому та пізньому післяопераційному періодах.

Навчальні цілі:

- сформувати сучасні уявлення про ФТ в пологах, післяопераційному періоді та оперативному розродженні;
- навчити проводити обстеження жінок та визначати показання та протипоказання до ФТ після оперативного розродження;
- навчити підбирати адекватні методи та засоби ФТ, розробляти індивідуальну програму відновлення.

Завдання для самостійної роботи під час підготовки до занять:

- ознайомитися з матеріалами посібника, рекомендованою літературою;
- вивчити матеріали лекцій, презентації, практикуму;
- повторити анатомію і фізіологію, методи та засоби ФТ.

Студент повинен знати:

- стадії пологів, ускладнення, які можуть виникнути при патологічних пологах;
- методи обстеження жінки після оперативного розродження;

- методи та засоби ФТ, які використовуються при патологічних пологах;
- сучасні підходи до покращення стану жінки під час пологів, на післяпологову періоді та після оперативного розродження;
- алгоритм проведення ФТ з жінками після оперативного розродження.

Студент повинен вміти:

- збирати анамнез;
- проводити первинне обстеження та робити висновки на основі отриманих результатів;
- ставити короткотермінові та довготермінові цілі;
- розробляти профіль пацієнтки за МКФ;
- проводити ТВ, ЛМ, кінезіотейпування та інші методи ФТ;
- надавати практичні рекомендації.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти:

- збір анамнезу;
- оцінку ФС основних систем організму;
- методику заповнення профілю за МКФ;
- алгоритм побудови програми ФТ;
- методику проведення ТВ, ЛМ, кінезіотейпування.

СТИСЛИЙ ЗМІСТ ТЕМИ

Пологи. Пологи можуть бути описані, як ряд фізіологічних процесів, які закінчуються народженням дитини на 37-42 тижні вагітності. Специфічний механізм, що запускає початок пологів, невідомий, хоча цілком зрозуміло, що певну роль відіграють гормональні взаємодії між плодом та матір'ю, а також механічні фактори.

Стадії пологів.

Перша стадія починається з регулярних скорочень матки, що впливають на шийку і призводять до її повного розкриття, що забезпечує прохід плода до родового каналу. Вона може бути поділена на *латентну фазу* (ранній етап пологів), коли перейми нетривалі та нерегулярні, та *активну фазу* (родову діяльність), коли перейми стають сильними та постійними. Скорочення та укорочення м'язових волокон (міометрія) стає все тривалішим, сильнішим і частіше. Слизова пробка відходить, а навколоплідна оболонка (амніон і хоріон) часто розривається, що призводить до відходження навколоплідних вод.

Процес адаптації жінки до інтенсивності сутичок пов'язаний із

низкою змін. Витрати енергії збільшують потребу в рідині та їжі, хоча апетит часто відсутній. У жінки може виникнути відчуття спеки; вона червоніє і приходить у збудження, оскільки сильні сутички викликають біль, страх та страждання. Вивільнення ендорфінів у відповідь на біль спричиняє знеболювання та ейфорію, тому деякі породіллі виглядають спокійними та відстороненими. У міру наближення шийки до повного відкриття відбуваються подальші зміни. Породілля вступає у фазу переходу до другої стадії. Інтенсивність потуг (іноді менш частих) зростає, посилюючи біль та стрес. Жінка знесилена та часто говорить, що більше нічого не хоче. Вона може бути збуджена і переповнена емоціями або, навпаки, стримана і байдужа. Крім того породілля може кричати, періодично, тремтіти, швидко рухати ногами, намагатися тужитися; не виключена можливість нудоти та блювання.

Друга стадія - це вигнання плода, що закінчується народженням дитини. Вона починається в момент повного розкриття шийки матки, що вважається провісником потуг. Існує думка, що друга стадія починається, коли передлежача частина плоду проходить через шийку і знаходиться під крижовими хребцями коли ця частина розтягує статеві шляхи, відбувається викид окситоцину. Це так званий рефлекс Фергюсона або сильне експульсивне скорочення матки, після подразнення шийки є важливою складовою пологів. Протягом другої стадії необхідно змушувати породіллю тужитися при кожній сутичці, приймаючи положення, яке збільшує нижню апертуру тазу. Слід уникати тривалої затримки дихання та надмірних потуг, оскільки це впливає на плацентарну перфузію та може зашкодити плоду. Середовище, в якому перебуває породілля, має бути безпечним і не нести загрози.

Третя стадія - це період від моменту народження дитини до повного відділення плаценти та навколоплідних оболонок. Зупинка кровотечі в місці прикріплення плаценти може статися природним шляхом або після застосування відповідних препаратів. Огляд плаценти та навколоплідних оболонок дозволяє визначити рівень повноти їх відходження. Іноді вони або їх частина можуть залишатися в порожнині матки, що вимагатиме анестезії та їх ручного відділення.

Спостереження. Благополуччя породіллі та перебіг пологів оцінюють на підставі спостережень за фізіологічними та психологічними змінами, що виникають в процесі родової діяльності.

Полегшення болю. Самоконтроль – найважливіший фактор успішних пологів. Жінки, які сприймають їх, як виклик та мобілізують власні ресурси за рахунок релаксації та дихання, мають кращий

результат. Підхід до породіллі повинен бути орієнтований на її потреби, тому для полегшення болю використовують різні методи.

Нефармакологічні методи боротьби з болем, такі як положення і поза, відіграють значну роль під час пологів (додаток 8). За наявності необхідного простору та свободи дій більшість жінок інстинктивно приймають положення, яке прискорює пологи. Теплі ванни, компреси, масаж, дихання, релаксація, музика, танці та методи розтягування, також можуть принести значну користь. Можна вдаватися до використання допоміжних методів, до яких належать гіпноз, ароматерапія, акупунктура та рефлексотерапія; однак це потребує відповідних кваліфікованих спеціалістів.

Під час пологів промежина розтягується і може залишитися збереженою або пошкодженою (садна або розриви). Розриви класифікують відповідно до ступеня пошкодження тканини. До першого ступеня належить розрив вуздечки статевих губ. При другій відзначаються розриви поверхневих м'язів промежини. Ці розриви ушиваються акушеркою. При третій і четвертій мірі ушкоджуються сфінктер ануса і слизова оболонка прямої кишки що, відповідно, вимагає хірургічного втручання.

Кесарів розтин - це хірургічне втручання, яке виконується під регіонарною анестезією і рідше загальним наркозом. Регіонарна анестезія забезпечує участь жінки в процесі пологів та її швидше відновлення з меншим ризиком розвитку ускладнень.

Плід, плацента та навколоплідні оболонки дістають через поперечний розріз черевної стінки та нижньої частини матки, що виконується по лінії бікіні. В окремих випадках може здійснюватися вертикальний або класичний розріз; наслідком такого втручання є підвищення ускладнень.

Післяпологовий період. Це період після пологів, який триває шість тижнів, і протягом якого організм жінки відновлюється до початку вагітності. Післяпологовий період характеризується:

- початком та продовженням лактації або її придушенням;
- зворотним розвитком матки, її розміри та положення відновлюються майже до норми;
- область прикріплення плаценти починає регенерувати, а на зміну кранним лохіям приходять виділення світлого кольору;
- травма промежини та абдомінальні пошкодження також починають гоїтись.

Для фізіологічної та психологічної адаптації до такої події як народження дитини, що змінює життя багатьох жінок, необхідний

більш тривалий період часу. Надії на відновлення колишньої форми і стилю життя реалізуються далеко не завжди, що стає причиною низької самооцінки появи почуття неповноцінності.

Фізична терапія в післяродовому періоді

Роль фізичного терапевта в період, який може становити кілька днів, тижнів і навіть місяців після народження дитини, полягає у допомозі, спрямованій на відновлення та, можливо, поліпшення фізичної форми шляхом тренувань та відповідного навчання. Така робота передбачає оцінку та лікування особливих станів, надання емоційної підтримки та санітарне просвітництво. В ідеалі, кожна жінка, яка народила, повинна спостерігатися у фізичного терапевта, проте, це стає все більшою рідкістю. Багато хто не відвідує фізичного терапевта взагалі; у цьому випадку вони повинні бути проконсультовані акушером і отримати потрібну інформацію в письмовій формі.

В умовах лікарні мультидисциплінарна команда може надавати допомогу в наступних ситуаціях:

- *при оперативному розродженні:* рання мобілізація, вправи в ліжку за наявності показань, лікування розладів дихання, вправи на зміцнення м'язів тазового дна та живота;
- *при нетриманні:* вправи на зміцнення сили м'язів тазового дна з використанням стратегій, що покращують регуляцію функції сечового міхура, знижують частоту та тяжкість цього стану; більш того, ефект лікування нетримання сечі при напрузі за їх допомогою триває понад рік після пологів. Стійка дисфункція м'язів тазового дна підлягає лікуванню. Нетримання калу частіше спостерігається у жінок з розривами третього (частковий або повний розрив сфінктера анусу) або четвертого ступеня (повний розрив зовнішнього та внутрішнього способу сфінктера та епітелію);
- при скелетно-м'язових порушеннях.

Нетримання сечі є часто проблемою, як жінок похилого віку, так і є однією з делікатних проблем молодих жінок після пологів. Серед ТВ, які призначають фізичні терапевти таким групам осіб є вправи Кегеля. За методикою виконання вони є досить простими, включають елементи стискання і розслаблення, які направлені на укріплення м'язів тазового дна тому, що саме вони відповідають за підтримку матки, сечового міхура та кишечника. Показаннями до призначення вправ Кегеля є: пролапс геніталій на ранніх стадіях, нетримання сечі та калу, відновлення після пологів, бажання покращити чуттєвість у інтимних стосунках.

Перша вправа «Ліфт». Хворій потрібно представити піхву, як шахву ліфта та повільно стискати м'язи тазу, розпочинати знизу і рухатися в напрямку до пупка. Після виконати затримку нагорі, а згодом через 4-5 сек. Плавно опуститись донизу.

Друга вправа на стиснення м'язів промежини. Слід напружити м'язи так, наче вона хоче стримати сечовипускання на 5 сек. поступово збільшуючи до 20 сек. Після виконати розслаблення.

Третя вправа виконується динамічно. Потрібно швидко та часто напружувати й розслабляти м'язи промежини.

Четверта вправа виштовхування. Виконується дуже обережно, оскільки при ній збільшується черевний тиск. Методика виконання вправи в помірних потугах, як при пологах або акті дефекації.

Під час виконання вправ потрібно звертати увагу на власні відчуття, прислухатися до свого тіла, можна закривати очі, розслабитись та зконцентруватись. Вправи виконувати на початку по 10 разів по 5 підходів на день, щотижня збільшуючи на 5 кожен - поки загальна кількість не буде 150.

Для полегшення тренування були розроблені ряд приладів та тренажерів, які допомагають наглядно та об'єктивно контролювати процес та спостерігати за динамікою. Вони можуть замінити вправи Кегеля та підвищити ефективність тренування.

Заняття у післяпологовому періоді

Фізичні терапевти можуть брати участь у заняттях з жінками одразу після пологів, які проводяться в умовах лікарні або місцевого медичного закладу. Їхнє завдання полягає у консультуванні та підборі відповідних ТВ. Фізичні тренування, що не супроводжуються великою напругою, асоціюються зі зменшенням ймовірності розвитку післяпологової депресії. Крім того, вони допомагають жінці відновити властиву їй до пологів фізичну форму.

Лікування діастазу прямого м'яза живота. Наслідки стійкого діастазу прямого м'яза живота поки не вивчені до кінця, однак чітко доведено його зв'язок з нетриманням сечі при напрузі, нетриманням калу та опущення тазових органів. Можливо, погіршення механічних властивостей черевця обох м'язів може впливати на їх силу та сприяти розвитку болю в попереково-тазовій ділянці. Відстань між прямими м'язами живота до восьмого тижня після пологів має становити приблизно 20 мм, тобто повинна дорівнювати ширині 1-2 пальців. Проте, у деяких жінок це не відбувається і після 12 тижнів. Разом із змінами прямого м'язу це може спричинити ослаблення передньої черевної стінки. Фізичний терапевт повинен оцінювати зазначену

відстань на рівні пупка. За наявності стійкого діастазу (ширина більше 3 пальців) слід призначити вправи, спрямовані на тренування глибоких м'язів живота (поперечного м'язу) і зміцнення прямого м'язу живота, уникаючи сильного вигину тулубу в цілях попередження грижі. Результати одного невеликого дослідження показали, що діастаз набагато більший за прямий м'яз живота у жінок, які не виконували необхідних вправ. Це свідчить про важливість хорошого фізичного стану перед вагітністю.

Фізична терапія після оперативного розродження

Первинне обстеження фізичним терапевтом включає: суб'єктивно – оцінку больових відчуттів, які відчуває жінка в стані спокою, при активних рухах (зміні положення тіла); об'єктивно – функціональних показників, мануально-м'язове тестування (ММТ), набряк, стан рубця, особистий руховий режим, самостійність.

Цілі фізичної терапії:

Короткотермінові:

- стимуляція кровообігу та кишкової перистальтики;
- запобігти виникненню післяопераційних ускладнень шляхом проведення легеневої вентиляції;
- поліпшити кровопостачання у малому тазі для прискорення загоєння операційного поля;
- поліпшити загальний психічний і фізичний стан.

Довготермінові:

- укріпити м'язи, ослаблені внаслідок операції (м'язи тазового дна);
- інструктаж щодо догляду за рубцем, тренування ADL.

Перша доба після операції. Вправи для пальців ніг та гомілковостопних суглобів, які стимулюють периферичний кровообіг та є засобом для профілактики тромбоутворень. Важно проводити ранню вертикалізацію жінки після оперативного розродження, фіксує корсетом рану. Проводиться інструктаж та навчання з приводу сидання через бік та стояння. Фізичному терапевту важливо акцентувати увагу на притримання рани під час покашлювання чи чхання для мінімізації больових відчуттів. Обов'язково проводити комплекс дихальних вправ статичного характеру для тренування підключичного, нижнього грудного, діафрагмального, черевного дихання в поєднанні з одночасними динамічними рухами верхніх або нижніх кінцівок. Вихідне положення під час виконання вправ лежачи на спині. Виконуються згинання та розгинання нижніх кінцівок (НК) в колінних суглобах: коли стопи ковзають по ліжку, піднімання тазу з втягуванням та активізацією черевних м'язів, стабілізації нижньої

частини тулуба. Заборонено у перші 6 тижнів згинати НК більше ніж на 90 градусів через скорочення матки. Важливо надати рекомендації, щодо дієтотерапії, жінкам, які мають проблеми із закрепами.

Другий день. Продовжуються респіраторні та проти тромбоемболічні вправи першого дня, збільшується кількість виконання. Фізичний терапевт продовжує контролювати стан та ходу пацієнтки по палаті, надає інструктаж по догляду за рубцем.

Третій-четвертий день. Вправи на піднімання та утримання тазу, для активації тазового дна, діафрагми у положенні на спині. Самостійна хода хворої по палаті та вихід з фізичним терапевтом у коридор.

5-6-7 день. Хвора самостійно пересувається без контролю фізичного терапевта. Виконує вправи попередніх днів. Перед випискою надаються рекомендації за доглядом за рубцем, його розтягнення в ширину, довжину, виконання самомасажу рубця з його натисканням.

Методики роботи з рубцем після його загоєння (12-14 день):

1. Поставте перший палець верхньої кінцівки збоку від рубця, притисніть і утримуйте в такому положенні 10-15 сек. Таким чином, необхідно пройти по всій довжині рубця з одного боку та з протилежного.
2. Поставте перші пальці рук по обидва боки від рубця таким чином, щоб можна було намалювати англійську «S», злегка притисніть і утримуйте в такому положенні 10 – 15 сек. Це вправу необхідно виконати по всьому рубцю.
3. Розташуйте пальці обох рук з обох боків від рубця. З одного боку утримуйте рубець нерухомим, а з протилежного боку накачайте край рубця на інший. Утримуйте у такому положенні 10 секунд. Виконайте цю вправу вздовж усього рубця з обох боків.
4. Ці вправи починати робити тільки після того, як зійдуть всі струпи (кірочки)! Нанесіть масажними рухами на рубець і шкіру навколо нього крем або масло. Далі першим пальцем руки без тиску малюйте завиток до середини рубця. Вправу виконайте вздовж усього рубця та обох сторін.
6. Розмістіть перші пальці рук таким чином, щоб можна було розтягнути рубець по довжині. Утримуйте у такому положенні 5-10 с.

Застосовуються кінезіологічні тейпи, носіння аплікацій забезпечує хороший лікувальний ефект, створюючи умови для формування еластичних і м'яких рубців протягом 3 тижнів.

Методика: розрізте тейп по довжині на смужки від 1 до 1,5 см завширшки. Чим старіший і глибший шрам, тим більше має бути натяг

смужок (до 85%). В інших випадках рекомендується використовувати невеликий натяг до 10%. Якорі тейпуються без натягу, в нахлест (методика зв'язування). Невеликі смужки хрест-навхрест накладіть сіткою на рубець. Тейп знаходиться 3-5 днів на тілі, а потім аплікація повторюється до 4 серій.

Фізичний терапевт надає рекомендації, щодо (піднімання вантажів, правильного сидіння, стояння) та комплекс ТВ жінці, які вона має виконувати в домашніх умовах. Через 10-16 днів при проблемах у жінки з лактацією, для її підсилення рекомендується додавати положення під час виконання вправ на животі з підкладеною подушкою.

На 4 тижні додаються вправи в положенні стоячи, упор на долонях, починати поступово зміцнювати черевні м'язи. До 6-го тижня забороняється піднімати вантажі вагою понад 2 кг, можна виконувати лише легку домашню роботу. Важливо, щоб даний проміжок часу жінці допомагали у догляді за дитиною члени родини. Тільки через 3 місяці рекомендується нормальна фізична активність, включно зі спортом і підніманням вантажів до 15 кг.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте передвісники пологів?
2. Вкажіть стадії пологів?
3. Охарактеризуйте особливості проведення вправ Кегеля?
4. Охарактеризуйте первинне обстеження фізичним терапевтом після оперативного розродження?
5. Вкажіть короткотермінові цілі після оперативного розродження?
6. Вкажіть довготермінові цілі після оперативного розродження?
7. Поясніть особливості роботи з рубцем після його загоєння?
8. Вкажіть ускладнення в післяпологовому періоді при оперативному розродженні?
9. Охарактеризуйте ранній та пізній післяопераційний період після оперативного розродження?
10. Назвіть методику кінезіотейпування після оперативного розродження?

ТЕСТИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Скільки існує стадій пологів?:

- a) 3;
- b) 2;
- c) 4;
- d) 5;

е) 6.

2. Оберіть заходи які можуть значно полегшити стан жінки під час проходження пологів?:

- a) теплі ванни, компреси, масаж, дихальна гімнастика, релаксація, музика, танці, стрейтчинг;
- b) терапевтичні вправи, рефлексотерапія, масаж, дихальна гімнастика, аутогенне тренування, музика, ППР, стрейтчинг;
- c) кінезотерапія, сегментарно-рефлекторний масаж, дихальна гімнастика, аутогенне тренування, УВЧ-терапія, стрейтчинг;
- d) масаж, вправи на фітболі, лімфодренажний масаж, пелоїдотерапія;
- e) бальнеотерапія, акупунктура, масаж, міофасціальний реліз, музикотерапія.

3. Оберіть вправи, які є основним в латентній фазі?:

- a) дихальні;
- b) ізометричні;
- c) анаеробні;
- d) силові;
- e) аеробні.

4. В яких вихідних положеннях дозволяється виконувати жінці вправи на 5 добу після кесарівого розтину?:

- a) на спині;
- b) на животі;
- c) на боку;
- d) на четвереньках;
- e) у всіх положеннях.

5. Через яких проміжок часу дозволяється нормальна фізична активність жінки після кесарівого розтину?:

- a) 2 місяці;
- b) 3 місяці;
- c) 1 місяць;
- d) 4 місяці;
- e) 5 місяці

6. Для підсилення лактації жінкам рекомендуються вправи в положенні?:

- a) на животі;
- b) на спині;
- c) на боку;
- d) на четвереньках;
- e) в усіх положеннях.

7. Яку вагу дозволяється піднімати жінці після кесарівого розтину

пізньому післяопераційному періоді?:

- a) до 2 кг;
- b) до 3 кг;
- c) до 4 кг;
- d) до 5 кг;
- e) до 6 кг.

8. Для профілактики тромбоемболії хворим призначають рухи?:

- a) в гомілковостопних суглобах;
- b) з підніманням тазу;
- c) згинання в колінному суглобі;
- d) відведення та приведення нижньої кінцівки;
- e) з підніманням прямих нижніх кінцівок.

9. Під час виконання масажу рубця основним прийомом є?:

- a) стискання;
- b) погладжування;
- c) розминання;
- d) вібрація;
- e) вижимання.

10. Для укріплення м'язів тазового дна рекомендуються вправи?:

- a) Кегеля;
- b) Кодманна;
- c) Веселля;
- d) Чумпеліка;
- e) Харісса.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

КЕЙС №1

1. Хвора К, 32 р. проведено оперативне розродження. Соціальний анамнез: є чоловік та 2 дитини. Перша доба після операції, лежить у відділенні інтенсивної терапії, притомна, спілкується, добре співпрацює. Суб'єктивно почуває себе добре, відчуває біль у ділянці операційної рани. Об'єктивно: пацієнтка лежить (від операції не була вертикалізована), в ліжку мобільна, особистий руховий режим. Дихає спонтанно, без задишки, без мокротиння. Тип дихання: щадне, поверхнєве, верхній грудний тип. НК – без набряків, без варикозного розширення вен, еластична пов'язка. Сила м'язів орієнтовано верхніх кінцівок ВК і НК достатня. Активна амплітуда руху в суглобах ВК і НК необмежена. Біль за VAS в стані спокою 2 бали, при активних рухах - 4 балів.

- Визначте період та руховий режим.

- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

КЕЙС № 2

Хвора М., 28 р. діастаз м'язів живота 2 стадії (ширина діастаза від 7 см.), виник після пологів, які були півроку тому. Соціальний анамнез є чоловік та одна дитина. Проживає в сільській місцевості, має господарство, потребує постійних навантажень.

Пацієнтка відчуває больові відчуття під час активної діяльності за VAS 3 бали та коли піднімає дитину, більше попереково-тазові. Ослаблені м'язи: прямі - 2 бали за ММТ, випрямлячі спини 3 бали, сідничні - 3 бали. Має порушення постави, які проявляються в симетрії плечей, лопаток, тазу. Без навантажень пацієнта почуває себе добре. Активна амплітуда руху в суглобах ВК і НК необмежена.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

КЕЙС №3

Хвора М., 46 р. нетримання сечі. Соціальний анамнез є чоловік та дев'ять дітей. Проживає в сільській місцевості, має господарство, потребує постійних навантажень. Після 9 пологів, останні були рік тому, почалися проблеми з витоком сечі, який відбувався переважно під час довгої ходьби, під час раптових швидких рухів, кашляння та чхання з наповненим сечовим міхуром. За ММТ ослаблені м'язи живота, прямі за ММТ - 3 бали, косі - 2 бали, об'єм рухів в НК та ВК необмежений. Пацієнтка вирішувала проблему за допомогою вузьких штанив та прокладок. Пацієнтка раніш не обстежувалась та не проходила фізичну терапію. Віруюча, щонеділі відвідує церкву разом з сім'єю.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

ПРОТОКОЛ ПРИЗНАЧЕННЯ ФТ

Стать _____, Вік _____, Рs сп. _____

Діагноз _____

Лікувальний період _____

Руховий режим: _____

Короткотермінові цілі

Довготермінові цілі

Засоби ФТ:

спеціальні фізичні вправи

фізичні вправи за фізіологічною класифікацією _____

Дозування фізичного навантаження у процедурах ФТ

Інтенсивність: Рстрен. основної частини процедури _____

Форма ФТ	Метод ФТ	Тривалість	Кратність
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

процедура масажу:

зона _____

прийоми _____

Методи та критерії визначення адекватності ФН:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

Оцінка ефективності призначеної програми ФТ:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

ТЕМА 3.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА МКФ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Актуальність проблеми. Гінекологічні захворювання складають за даними різних авторів до 65 % усіх запальних захворювань статевих органів жінок та є актуальною проблемою медичної, соціальної та демографічної небезпеки. Серед основних факторів, які сприяють збільшенню кількості захворюваності є: ранній початок статевого життя, вільна статевая поведінка, застосування внутрішньоматкових спіралей, тривалі запальні процеси без лікування, переривання вагітності та інші. Однак найбільше запальні захворювання виникають саме через різні віруси та бактерії, які потрапляють статевим шляхом до організму жінки, серед найпоширеніших (хламідії, мікоплазми, уреоплазми, герпес, папілома вірус, гарднерелли та інші). Гінекологічні захворювання стають частими причинами неможливості жінки завагітніти, можуть впливати на працездатність, психічний та емоційний стан, що впливає на зміни в якості її життя, стосунки з чоловіком. Важливо проводити, як профілактичну роботу серед підлітків починаючи із закладів середньої освіти так і вчасно надавати якісну медичну допомогу жінкам, яка буде включати крім лікування, заходи для відновлення її і повернення до активного професійного способу життя. ФТ є важливою складовою на лікарняному та поліклінічному етапі, саме її засоби можуть покращити трофічні процеси в місці запалення, є профілактичними та можуть мінімізувати ускладнення.

Навчальні цілі:

- ознайомити з етіологією, патогенезом, симптомами гінекологічних захворювань;
- проводити обстеження жінок з гінекологічними захворюваннями та виявляти протипокази до ФТ;
- ставити реабілітаційний діагноз;
- ставити SMART-цілі;
- розробляти профіль за МКФ для жінок з гінекологічними захворюваннями;
- розробляти програму ФТ;
- надавати практичні рекомендації щодо подальшого відновлення

після закінчення програми.

Завдання для самостійної роботи під час підготовки до занять:

- ознайомитися з матеріалами посібника;
- вивчити матеріали практикуму;
- повторити анатомію, фізіологію, патофізіологію, методи та засоби ФТ;
- вирішити тестові завдання і ситуаційні задачі.

Студент повинен знати:

- нормальну та патологічну анатомію, нормальну та патологічну фізіологію жіночої репродуктивної системи жінки;
- методи обстеження стану жінки з гінекологічними захворюваннями;
- механізми впливу ТВ, ЛМ, преформованих фізичних чинників на організм жінки;
- протипокази до ФТ;
- методiku побудови профілю за МКФ та його складові;
- об'єкти втручання, які використовуються під час проведення програми ФТ.

Студент повинен вміти:

- визначати та оцінювати ФС та фізичний стан жінки перед, під час та після проведення ФТ;
- аналізувати результати обстеження та робити реабілітаційний прогноз на основі них;
- ставити короткотермінові та довготермінові цілі;
- будувати програму ФТ для жінок з гінекологічними захворюваннями;
- розробляти індивідуальні комплекси ТВ, підбирати аплікації для кінезіотейпування.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти:

- проводити комплекси ТВ;
- проводити лікувальний, сегментарно-рефлекторний, дренажний масажі жінками з гінекологічними хворобами;
- визначення і оцінка ФС, оцінку больових відчуттів та якості життя;
- проводити кінезіотейпування.

СТИСЛИЙ ЗМІСТ ТЕМИ

Гінекологічні запальні захворювання поділяються на гострі і хронічні, а за ступенем розповсюдження на: вагініт, ендометрит,

сальпінгіт, оофорит та інші. Більшість гострих захворювань лікуються медикаментозно в стаціонарі. На підгострій стадії призначають ФТ, яка розпочинається з ТВ та преформованих фізичних чинників, які спрямовані на профілактику ускладнень. Однак, перед проведенням ФТ, члени мультидисциплінарної команди обстежують хвору та розробляють її профіль за МКФ, який включає виявлені порушення на рівні структури, функції, діяльності, участі, факторів зовнішнього середовища та особистісних факторів, глобальну ціль, короткотермінові та довготермінові цілі, об'єкти втручання, початкове та кінцеве значення. Важливо продовжувати ФТ після виписки із стаціонару, для цього фізичний терапевт надає практичні рекомендації жінці, щодо її подальших дій. Велика роль відводиться санаторно-курортному лікуванню жінок із захворюваннями репродуктивної системи, оскільки на цьому етапі у жінок є менш протипоказань до більшості засобів та методів ФТ і їм призначаються процедури з бальнеотерапії, грязелікування, ЛМ, ТВ.

До ознак запальних захворювань жіночих статевих органів, залежно від рівня враження статевої системи, належать такі симптоми: як свербіж, печіння почервоніння, гнійні виділення, болі в ділянці статевих органів при здійсненні будь-яких рухів, сечовипусканні, набряк за наявності запалення зовнішніх статевих органів (вульвіт, вульвовагініт), збільшення та болючість бартолінієвої залози (бартолініт), наявність патологічних виділень від помірних до гнійних, відчуття дискомфорту внизу живота, печіння свербіж у піхві (запалення слизової оболонки піхви – кольпіт), поява слизово-гнійних виділень, тягнучих болей внизу живота та попереку, (запалення зовнішньої та внутрішньої частини шийки матки – екзо та ендocerвіцит), різке підвищення температури, гострі болі внизу живота, що передаються в пахову ділянку та крижі, яскраві гнійні виділення, іноді, з різким, неприємним запахом, симптоми періодично посилюються під час менструації, чи до неї, порушення менструального циклу (запалення матки, маткових труб чи яєчників – метроендометрит, сальпінгіт, офорит). Можливе поєднання симптомів запальних захворювань жіночих статевих органів із ознаками циститу чи уретриту. Для боротьби зі слабкістю черевного преса й атонічними запорами рекомендуються вправи для прямих і косих м'язів живота.

Запальні захворювання досить часто є причиною виникнення безпліддя у жінок. Проте про безплідні пари говорять тоді, коли жінка не завагітніла після дворічного регулярного сексуального життя. Якщо жінка ніколи не вагітніла, то йдеться про первинну безплідність. Якщо

жінка є безплідною після того, як уже вагітніла раніше (незалежно від того, чи закінчилася вагітність пологам чи аборт), то говорять про вторинну безплідність. Безпліддя жінок у 80 % випадків виникає через анатомічні чи функціональні порушення статевих органів.

У меншій кількості випадків причина екстрагенітальна. До генітальних причин жіночого безпліддя належать: оваріальний, тубоперитонеальний чинники, чинники матки та шийки матки. Найчастішою зміною плідності є зміна активності яєчників. Може з'явитися обмеження або й припинення дозрівання яйцеклітин — ановуляція, у деяких випадках настає зміна функції жовтого тіла. Тубоперитонеальний чинник є також поширеною причиною жіночого безпліддя. Але найбільш поширеною причиною є пошкодження прохідності фаллопієвих труб унаслідок запалення; досить часто трапляється також ендометріоз (ендометріоз — патологічне розташування ендометрію поза порожниною матки). У разі неповного звуження фаллопієвих труб може статися позаматкова вагітність. Матковий чинник пов'язаний із морфологічними змінами матки як вродженими (перегородки, подвоєння й гіпоплазія), так і набутими (міоми). Цервікальний чинник формують морфологічні зміни — стани після розриву й інших пошкоджень шийки, а також зміни функціональні, головним чином запальні. Екстрагенітальні причини жіночого безпліддя — це, наприклад, цукровий діабет більш важкої форми, імунологічні причини (виділення антитіл, які іммобілізують або пошкоджують сперматозоїди). Психогенні причини також важливі, вкрай несприятливі наслідки в жінок і чоловіків виникають через стрес та психічне виснаження. Відомі випадки, коли жінки після багатолітнього безрезультатного лікування безпліддя вирішили всиновити дитину, а потім завагітніли. Чинник віку є індивідуальним, оптимальним віком для першої вагітності вважають вік жінки від 20 до 23 років.

Фізична терапія при безплідді

Показані: ТВ, заняття (ходьба, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, ігри та ін.), вібраційний масаж, загартовуючі процедури (контрастний душ, ванни, сауна та ін.), гінекологічний масаж та ін. ФТ застосовується при лікуванні безпліддя в комплексі з медикаментозною та гормональною терапією, з гінекологічним масажем, курортним лікуванням. ТВ роблять загальнооздоровчі вплив, а на цьому тлі (залежно від причин безпліддя) сприяють поліпшенню трофічних процесів в органах і тканинах малого таза, евакуації продуктів розпаду з вогнища запалення, розтягування і поступового розшарування

спайок, нормалізації інтероцептивних імпульсів з органів статеві сфери. Спеціальні фізичні вправи слід виконувати в самих різних вихідних положеннях, з великою амплітудою руху в суглобах, у відносно швидкому темпі; заняття повинні бути емоційно насиченими.

Досить широко призначаються преформовані фізичні чинники.

Протипоказаннями до преформованих фізичних чинників є:

- захворювання серцево-судинної системи, наявність штучного водія ритму;
- важка ступінь кахексії (виснаження);
- порушення згортання крові;
- епілепсія і важкі психічні захворювання;
- онкологія;
- запальні патології в гострій стадії;
- захворювання щитовидної залози;
- вагітність і лактація;
- індивідуальна непереносимість будь-якого з методів.

Лікарі ФРМ широко призначають при безплідді магнітну, лазерну, ультразвукову терапію. Жінкам проводяться сеанси апаратного масажу, електронейростимуляції, інфрачервоного опромінення і т.д.

Серед гінекологічних захворювань, які турбують жінок похилого віку є клімакс, який проявляється у припиненні менструації, що свідчить про закінчення репродуктивного віку. Вона має великий вплив на здоров'я жінки та якість її життя, що визначає необхідність у ФТ. У більшості жінок менопауза настає у віці 40-58 років (середній вік 52 року).

Клімактеричний синдром - це клінічний симптомокомплекс вегетативно-судинних, нервово-психічних і ендокринних порушень, які ускладнюють природний перебіг клімаксу.

Клімакс (грец. klimax — сходи) — комплекс фізіологічних змін деяких найважливіших функцій організму, обумовлений віковими особливостями гормонального балансу. Виділяють жіночий клімакс (менопауза) і чоловічий (андропауза).

Виділяють три фази жіночого клімаксу:

- **Клімактерична дисфункція яєчників** (передменопауза) — характеризується нерегулярними менструаціями.
- **Постменопауза** — період, коли згасає функція яєчників, значно знижується виділення естрогенів, але невелика їх кількість ще виділяється, іноді через рік можуть знову з'явиться менструації.

- **Менопауза** — період після припинення останньої менструації.

Біохімічні та метаболічні зміни після менопаузи можуть призвести до появи синдромів, що вселяють занепокоєння, здатного вплинути на якість життя.

Періменопауза – це період, що характеризується згасанням функції яєчників, нерегулярністю менструального циклу та зниженням рівня естрогенів, що призводять до появи таких симптомів, як:

- вазомоторні реакції (припливи жару, потовиділення ночами);
- сухість у піхві, що стає причиною хворобливих статевих відносин;
- порушення сну.

Існує також низка інших проблем пов'язаних із менопаузою.

До них відносяться:

- зміна настрою (депресія, тривожність, збудливість);
- когнітивні порушення (наприклад забудькуватість);
- соматичні розлади (наприклад, біль у спині, малорухливість та болючість у суглобах, втома);
- нетримання сечі;
- менорагії (рясна менструація);
- сексуальна дисфункція;
- позитивний чи негативний вплив на якість життя.

Найхарактерніші ознаки клімактеричного синдрому – це:

1) *вегетативно-судинні порушення* – припливи жару до голови, ший, пітливість, серцебиття, головний біль, запаморочення, почуття затерпlosti у кінцівках, з'являються субфібрильна температура тіла, яка може супроводжуватись набряком обличчя, кінцівок, підвищенням АТ;

2) *серцево-судинні розлади*: гіпертензія, клімактерична кардіопатія (біль і неприємне відчуття у ділянці серця, серцебиття), які супроводжуються неспокоєм і почуттям страху. Гіпертензія порівняно невелика, АТ характеризується лабільністю з великими коливаннями протягом доби;

3) *нервово-психічні розлади* – нервовість, підвищена збудливість, дратівливість, плаксивість, безсоння, ослаблення пам'яті, поганий настрій, швидка стомлюваність, зорові і слухові галюцинації.

4) *ендокринно-обмінні порушення* – ожиріння або схуднення, біль у молочних залозах, суглобах і кінцівках, атеросклероз, гіперхолестеринемія, остеопороз, дисфункція щитоподібної, підшлункової, наднирникових залоз, гіпертрихоз.

Як відомо, естрогени або їх поєднання з прогестагенами надають позитивний вплив на вазомоторні реакції. Проте, проведені дослідження виявили, що їхнє застосування підвищує ризик низки несприятливих наслідків. Деякі жінки приймають лікарські препарати рослинного походження, виготовлені з риби фуґи та лужної конюшини; їх ефективність потребує додаткової оцінки. Доведено, що ФТ позитивно впливає на жінок з клімактеричним синдромом, для цього використовуються дихальні вправи, акупунктура, гідрокінезотерапія, масаж та просвітницька діяльність.

Контрольні питання

1. Надайте характеристику класифікації запальних захворювань геніталій?
2. Вкажіть симптоми гінекологічних захворювань?
3. Назвіть причини нетримання сечі та методи усунення даної проблеми?
4. Поясніть, що входить до екстрагенітальних та тубоперитонеальних причин безпліддя?
5. Охарактеризуйте три фази жіночого клімаксу?
6. Надайте визначення поняттю менопауза?
7. Вкажіть найхарактерніші ознаки клімактеричного синдрому?
8. Надайте визначення поняттю безпліддя? Види безпліддя?
9. Які методи та засоби ФТ показані при жіночому безплідді?
10. Вкажіть протипокази до преформованих фізичних чинників при безплідді?

ТЕСТИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1.Оберіть визначення поняття ендометрит?:

- a) запальний процес у матці;
- b) запальний процес маткової труби;
- c) запальний процес яєчника;
- d) запальний процес вагіни;
- e) запальний процес шийки матки.

2.Для якого захворювання характерні симптоми: свербіж, печіння почервоніння, гнійні виділення, болі в ділянці статевих органів при здійсненні будь-яких рухів, сечовипусканні, набряк за наявності запалення зовнішніх статевих органів?:

- a) вульвіт;
- b) бартолініт;
- c) кольпіт;
- d) ендочервіцит;

е) дисменорея

3. Якими симптомокомплексами характеризується к

а) вегетативно-судинними, нервово-психічними, ендокринними;

б) серцево-судинними, ендокринними та сечостатевиими;

в) серцевими, дихальними, ендокринними;

г) нервовими, обмінними, ендокринними;

д) всі відповіді вірні.

4. Фази жіночого клімаксу:

а) передменопауза, постменопауза, менопауза;

б) постменопауза, менопауза, клімакс;

в) доменопауза, менопауза, клімакс;

г) передменопауза, менопауза, клімакс;

д) вірних відповідей немає.

5. Постменопауза характеризується?:

а) згасанням функція яєчників, значно знижується виділення естрогенів, але невелика їх кількість ще виділяється, іноді через рік можуть знову з'являться менструації;

б) період після припинення останньої менструації;

в) характеризується нерегулярними менструаціями;

г) згасанням функція яєчників, припиненням виділення естрогенів;

д) згасанням функція яєчників, припиненням виділення прогестерону.

6. Найхарактернішими ознаки вегетативно-судинних порушень клімактеричного синдрому є?:

а) припливи жару до голови, шії, пітливість, серцебиття, головний біль, запаморочення, почуття затерпlosti у кінцівках, з'являються субфібрильна температура тіла, яка може супроводжуватись набряком обличчя, кінцівок, підвищенням АТ;

б) гіпертензія, клімактерична кордіопатія (біль і неприємне відчуття у ділянці серця, серцебиття), які супроводжуються неспокоєм і почуттям страху;

в) нервовість, підвищена збудливість, дратівливість, плаксивість, безсоння, ослаблення пам'яті, поганий настрій, швидка стомлюваність, зорові і слухові галюцинації;

г) ожиріння або схуднення, біль у молочних залозах, суглобах і кінцівках, атеросклероз, гіперхолестеринемія, остеопороз, дисфункція щитоподібної, підшлункової, наднирникових залоз, гіпертрихоз;

е) припливи жару до голови, головний біль, біль в суглобах, набряки нижніх кінцівок, почуття затерпlosti у кінцівках, біль в шийному відділі.

7. Для яких м'язів призначаються ТВ при атонічних запорах при гінекологічних захворюваннях?:

- a) косих, прямих;
- b) прямих, поперечних;
- c) косих, переднього зубчастого;
- d) косих та міжреберних;
- e) косих та широких.

8. Преформовані фізичні чинники призначаються жінкам з гінекологічними захворюваннями на стадії?:

- a) гострій;
- b) підгострій;
- c) ремісії;
- d) b і c.
- e) a, b, c.

9. З ціллю профілактики спайкового процесу при гінекологічних захворюваннях рекомендують?:

- a) дихальні вправи, лікувальний масаж, преформовані фізичні чинники, кінезіотейпування;
- b) ізометричні вправи, сегментарно-рефлекторний масаж, бальнеотерапію, пелоїдотерапію;
- c) ізотонічні вправи, дренажний масаж, апітерапію, вібромасаж;
- d) аеробні вправи, рефлексотерапію, міофасціальний реліз, магнітотерапію;
- e) всі відповіді вірні.

10. Протипоказанням до фізичної терапії при гінекологічних захворюваннях є?:

- a) виражене загострення захворювання, що супроводжується підвищенням температури тіла, збільшенням ШОЕ, явищами подразнення тазової очеревини, схильність до кровотечі, гнійні процеси, загальні проти покази;
- b) підгострий стан захворювання, субфібрильне підвищення температури тіла, втома, слабкість, брадикардія, загальні проти покази.
- c) підгострий стан захворювання, висипання на шкірі, біль 3 бали за VAS, небажання хворої займатися, явищами подразнення тазової очеревини, схильність до кровотечі, гнійні процеси, загальні проти покази;
- d) стан ремісії захворювання, висипання на шкірі, біль 4 бали за VAS, небажання хворої займатися, явищами подразнення тазової очеревини, артеріальний тиск 140/90;
- e) всі відповіді вірні.

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ

КЕЙС 1

Хвора М., 50 р. Медичний діагноз вульвіт. Перебуває в медичній установі 4 день на лікуванні. Скаржиться на біль при активних рухах за VAS 3 бали. ЧСС 68 в стані спокою, АТ 110/70, ЧД 20. Відчуває втоми та знижену толерантність до навантаження. Стан м'язів ВК та НК достатній. Наявний венфлон в правій ВК. Студентка 1-го курсу, педагогічного університету. Має сім'ю та брата. В анамнезі цукровий діабет першого типу, інсульн залежна.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму фізичної терапії.

КЕЙС 2

Хвора О., 19 р. менопауза. Проживає одна, дітей немає. Скаржиться на часті припливи жару до голови, шиї, пітливість. ЧСС 100 в стані спокою, АТ 135/90, ЧД 20. За VAS часто відчуває головний

б
і
л
ь

в

4

б

а

л

и

,

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть МКФ профіль (додаток 9).
- Складіть комплексну програму фізичної терапії.

КЕЙС 3

Хвора А., 32 р. Медичний діагноз - безпліддя. Проходить лікування та ФТ в санаторії гінекологічного профілю. Перебуває там 2 доби. Відзначає при активних рухах та важкій роботі больові відчуття за VAS 4 бали внизу живота. ЧСС 72 в стані спокою, АТ 100/60, ЧД 18. Стан м'язів ВК, НК, живота та спини достатній. Має чоловіка, в шлюбі 7 років. В анамнезі апендектомія виконана 15 років тому. Працює

м

о

ж

е

кухарем. Було виконано два екстракорпоральних запліднень, які не увінчалися успіхом. Діагноз безпліддя був поставлений 4 роки тому.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

ПРОТОКОЛ ПРИЗНАЧЕННЯ ФТ ХВОРИЙ

Стать _____, Вік _____, Ps сп. _____

Діагноз _____

Лікувальний період _____

Руховий режим: _____

Короткотермінові цілі

Довготермінові цілі

Засоби ФТ:

спеціальні фізичні вправи

фізичні вправи за фізіологічною класифікацією _____

Дозування фізичного навантаження у процедурах ФТ

Інтенсивність: Рстрен. основної частини процедури _____

Форма ФТ	Метод ФТ	Тривалість	Кратність

процедура масажу:

зона _____

прийоми _____

Методи та критерії визначення адекватності ФН:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

Оцінка ефективності призначеної програми ФТ:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

ТЕМА 4

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ПЕРСОНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ МКФ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Актуальність проблеми. Останнім часом збільшується кількість гінекологічних оперативних втручань які виконуються, як з лікувальною ціллю, так і діагностичною. З прогресуванням підходів та появою новітнього інструментарію для гінекологічних втручань потреба у великих оперативних втручаннях поступово зникає, однак такі пацієнтки потребують як доопераційної підготовки, так і післяопераційного ведення з метою швидкого відновленні та профілактикою ускладнень з боку різних систем.

Навчальні цілі:

- ознайомитися з етіологією, патогенезом, синдромо-комплексом, методами обстеження гінекологічних захворювань, які потребують оперативного лікування, вітчизняними та закордонними програмами ФТ після оперативного лікування гінекологічних захворювань, сучасними методами та засобами для відновлення жінок з даною патологією.

Завдання для самостійної роботи під час підготовки до занять:

- ознайомитися з матеріалами посібника, рекомендованою літературою, конспектом лекції та презентацією;
- вивчити матеріали практикуму

Студент повинен знати:

- етіологію, патогенез, симптоми гінекологічних захворювань, які потребують оперативного лікування;
- об'єктивні та суб'єктивні методи обстеження жінок, які потребують гінекологічних втручань;
- покази та протипокази до ФТ;
- сучасні методи та засоби ФТ.

Студент повинен вміти:

- виявляти протипокази до ФТ;
- робити на основі отриманих результатів обстеження реабілітаційний прогноз;
- ставити SMART-цілі короткотермінові та довготермінові;
- розробляти індивідуальну програму ФТ;

- проводити процедури лімфодренажного, лікувального, сегментарно-рефлекторного масажів, ТВ, кінезіотейпування.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти:

- самостійно проводити обстеження жінок, які потребують ФТ після оперативного лікування гінекологічних захворювань;
- самостійно визначати навантаження для жінки та корегувати його за потреби;
- володіти методиками проведення ТВ на кожному періоді;
- методикою побудови профілю за МКФ.

СТИСЛИЙ ЗМІСТ ТЕМИ

Сьогодні в гінекології застосовуються нові технічні методи: кріохірургія — заморожування тканин рідким азотом, електрохірургія — розрізання тканин або коагуляції за допомогою електричного ножа, лазерна хірургія — різання тканин лазерним променем і можливість вапоризації. Широке використання у гінекології має лапароскопічна хірургія. Деякі вагінальні операції виконуються в поєднанні з лапароскопією. До малих гінекологічних операцій також зараховують діагностичні втручання. Деякі з них проводяться під загальною анестезією, інші — при місцевому знеболюванні або з анальгетизацією. Сюди належать розширення шийки матки, кюретаж, штучне переривання вагітності, міомектомія, висічення (цілеспрямований відбір тканини для біопсії), конізація (видалення частини тканини у формі конуса навколо зовнішньої шийки матки). Великі гінекологічні операції – це вагінальні операції: вульвектомія — видалення зовнішніх дітородних органів, екстирпація кісти бартолінової залози – видалення цистично зміненої залози (хімічна екстирпація здійснюється шляхом введення палички нітрату срібла в порожнину абсцесу), перионеопластика та пластика задньої стінки піхви (після розривів під час пологів і для видалення ректоцеле).

Проводяться такі черевні гінекологічні операції: овариєктомія — це видалення яєчника; салпінгектомія — видалення фаллопієвої труби; аднексектомія — видалення фаллопієвої труби та яєчника; пластика труби, фімбріоліз — це звільнення фаллопієвої труби; створення нового черевного виводу фаллопієвої труби — неостомія. Також, до таких належать операції через позаматкову вагітність, енуклеації міоми, надпівхова ампутація матки, абдомінальна гістеректомія. Радикальна гістеректомія за Вертгеймом пов'язана з видаленням верхньої частини піхви, частин маткових зв'язок, також вона пов'язана з видаленням лімфатичних вузлів і виконується через карциному

шийки матки певних стадій (Ia, Ib, IIa).

До гінекологічних захворювань, відносять патології, які не підлягають консервативному лікуванню, серед таких: доброякісні та злоякісні пухлини матки, яєчників; патологічні процеси матки (поліпи та гіперплазія ендометрія), спланхноптоз опущення матки, безпліддя, нетримання сечі, лейоміома матки, ендометріоз та інші.

Інтенсивність, початок ФТ при гінекологічних втручаннях значною мірою залежить від методів оперативного втручання. Новітні технології оперативного виконання гінекологічних втручань значно мінімізують ускладнення, це пов'язано з використанням лапароскопічних, гістероскопічних оперативних втручань, новітнього шовного матеріалу та синтетичної сітки, які дозволяють скоротити термін перебування жінок в лікувальній установі та уникнути ранніх та пізніх ускладнень.

Тривалість ФТ після гінекологічних втручань залежить від її обсягу та складності. Оскільки більшість операцій проводиться з допомогою лапароскопа або вагінальним доступом, такі пацієнтки перебувають один або декілька днів в стаціонарі і менш потребують тривалої ФТ. Оперативні втручання з приводу внутрішньоматкової вагітності, з видалення фіброміоми та інші потребують тривалого перебування в лікувальній установі та можуть викликати ускладнення з боку різних систем.

Фізичний терапевт є членом міждисциплінарної бригади. Суть його діяльності полягає в консультативній допомозі перед операцією та проведенні необхідних процедур у післяопераційному періоді, що гарантує безпеку виписки та набуття необхідних знань, які знадобляться у майбутньому житті. Програма швидкого відновлення після операції сприяє одужанню пацієнтки та скорочує терміни перебування в лікарні за рахунок мінімізації стресових реакцій організму на хірургічне втручання.

Доопераційний період дуже важливий для жінки та має бути спрямований на покращення психоемоційного стану, ознайомлення з програмою післяопераційного періоду, вивченням вправ та надання інформації про стратегії самопомогі після неї. Для надання рекомендацій фізичний терапевт має ознайомитись з історією хвороби жінки, провести обстеження, поставити реабілітаційний діагноз та цілі, розробити програму ФТ. Фізичний терапевт має проконсультувати хвору з ергономічних умов, яких їй потрібно буде дотримуватись після операції та якщо вона працює, займається спортом чи має хобі. Надати практичні рекомендації щодо виконання ТВ на зміцнення м'язів

тазового дна в домашніх умовах, доглядом за рубцем, способів релаксації, стрейтчингу. Найкраще, щоб така робота проводилась ще до операції, однак не завжди це вдається через швидку госпіталізацію та виконання оперативного втручання. Важливо, щоб пацієнта спілкувалась до операції не тільки з лікарем, який буде виконувати втручання, а і з фізичним терапевтом, який допоможе їй повернутись до активного способу життя в найкоротші терміни. Бажано крім усної інформації надавати жінці письмові рекомендації, посилання на відео заняття, групи для даних хворих.

Оскільки гінекологічні втручання є досить делікатними та можуть викликати у жінок дискомфорт у багатьох питаннях, особливу увагу потрібно звертати, також, на психологічний стан та психосексуальний вплив, який операція чинить на пацієнту та сім'ю, оскільки оперативні втручання можуть бути виконанні з видалення жіночого органу, який впливає на подальше її сімейне життя. У ряді випадків може виникнути потреба у допомозі інших фахівців, наприклад, медсестер з догляду за раковими хворими, або соціальних працівників.

ФТ продовжується та є дуже важливою на ранньому післяопераційному періоді, де одними із головних завдань є профілактика венозної тромбоемболії, інфекційних захворювань органів грудної клітки та шлунково-кишкових розладів.

Фізичний терапевт повинен оцінити:

- функцію органів дихання (особливо у хворих з її порушенням до операції);
- кровообіг (особливо у хворих з обмеженою рухливістю та/або ризиком розвитку тромбозу глибоких вен);
- якість життя хворої за MOS SF 36;
- рухливість, положення тіла, зручність хворої та проконсультувати її стосовно вправ, що виконуються в ліжку, і способів переміщення з одного місця на інше;
- здатність випорожнити сечовий міхур та кишечник; слід дати пораду, що стосується положення на унітазі та підтримки рани при дефекації;
- можливість використання вправ на зміцнення м'язів живота, які допоможуть зменшити дискомфорт під час руху, зменшити біль у спині та запобігати скупченню газів у шлунку та кишечнику;
- можливість використання вправ на зміцнення м'язів тазового дна: час початку занять має бути обговорено з лікарем; жінки,

прооперовані з приводу пролапсу тазових органів або нетримання можуть мати вже слабку сполучну тканину, тому фізичний терапевт повинен розповісти їм про способи правильного підняття ваги, необхідності уникати тривалого знаходження на ногах, ролі м'язів тазового дна та їх взаємодії з поперечним м'язом живота;

- терміни виписки, яка може бути дуже ранньою після низки втручань; процес одужання зазвичай займає 4-8 тижнів і супроводжується поступовим збільшенням фізичної активності, однак, підняття обтяжень має бути виключено протягом принаймні шести тижнів.

Фізична терапія після інтрамуральної лейоміоми матки

Розпочинається з обстеження жінки членами мультидисциплінарної команди, яке включає оцінку суб'єктивних показників (загальне почуття, оцінку больових відчуттів під час мобільності, в місці рани, втому, толерантність до фізичного навантаження, сон його тривалість); об'єктивні показники: вертикалізація пацієнти, мобільність, особистий руховий режим, зовнішній вигляд (наявність чи відсутність ціанозу, жовтяниці та інше), ведення в організм різних систем (периферійного сечового катетеру, периферійного венозного катетеру, 2 дренажі Редона у животі); оцінку дихання (частоту, наявність мокротиння, тип); оцінку НК наявність набряку, варикозного розширення вен, компресійного одягу або еластичного бинта; силу м'язів ВК та НК та амплітуду в суглобах. Фізичний терапевт має слідкувати за станом рубця та його оцінювати його довжину від верхнього краю лобкового волосся до пупка, колір, больові відчуття при пальпації навколо ділянки рубця, шви.

Після обстеження робиться висновок та ставиться реабілітаційний діагноз на основі МКФ.

SMART-цілі мають бути поставлені на основі виявлених порушень у пацієнтки та спрямовані на їх вирішення:

- запобігти виникненню післяопераційних ускладнень шляхом проведення легеневої вентиляції;
- стимулювати кровообіг та кишкову перистальтику;
- поліпшити кровопостачання у малому тазі для прискорення загоєння операційного поля;
- укріпити м'язи, ослаблені внаслідок операції (м'язи тазового дна);
- інструктаж, щодо догляду за рубцем, тренування ADL;
- поліпшити загальний психічний і фізичний стан.

1-й день після операції. Респіраторна ФТ направлена на покращення дихальної функції, включає статичні вправи (підключичного, нижнього грудного, діафрагмального, черевного дихання), динамічні дихальні вправи з одночасним згинанням НК або ВК. Обов'язково, на доопераційному періоді проводиться інструктаж ФТ, щодо правильного сидіння, тренування сидіння через бік, стояння, інструктаж, щодо догляду за рубцем – миття у душі, масаж із легким натисканням, розтяг рубця, інструктаж щодо активації тазового дна у положенні на спині та на боці, оскільки після операції хворій буде складніше виконувати елементи по догляду за собою. Важливою, особливо в перші дні, є профілактика тромбоемболічної хвороби. Для цього рекомендується активне виконання тренування згинання пальців стопи та гомілково-стопного суглобу. ТВ проводиться у вихідному положенні лежачи на спині, при появі больових відчуттів 5 та 6 балів за VAS потрібно припинити заняття, з'ясувати причину появи болю, дати відпочити та попередити лікуючого лікаря в разі появи болю.

2-й день після операції. Продовжуються вправи першого дня, збільшується мобільність хворої, тривалість сидіння, стояння та ходьби навколо ліжка.

3-5 день. Розширюється руховий режим, жінка починає більше ходити по палаті, виходити в коридор. Призначаються вправи для активації m. transversus abdominis – піднімання таза – інструктаж щодо активації тазового дна у положенні на спині; інструктаж щодо активації тазової діафрагми у положенні на спині.

6-7-й день. Збільшується кількість повторень вправ, тривалість ходи по коридору, сходами. Поводиться етапне обстеження з аналізом динаміки покращення стану хворої, надаються практичні рекомендації перед випискою із стаціонару, які стосуються самообслуговування, самостійних занять в домашніх умовах, які вона має виконувати на протязі 3 тижнів (як у лікарні), після додавати вправи з вихідних положень на животі, стоячи, упор на долонях, кінезіотейпування віялоподібною аплікацією для профілактики спайкової хвороби, поступово починати зміцнювати черевні м'язи. До 6-го тижня забороняється піднімати обтяження вагою понад 2 кг, можна виконувати лише легку домашню роботу. Тільки через 3 місяці рекомендується нормальна фізична активність, включно зі спортом і підніманням обтяжень до 15 кг.

Серед частих оперативних втручань, які виконуються та невпинно зростають – рак молочної залози, він є поширенішим видом пухлини у жінок. Він діагностується у 1 із 9 жінок.

До факторів ризику раку молочної залози вчені відносять:

1. Стать.
2. Вік - ризик зростає в міру старіння.
3. Гормональний фон - безперервність менструальних циклів, ранній початок менструації / пізня менопауза.
4. Репродуктивна функція – відсутність дітей або пологів у зрілому віці, відмова від годування грудьми.
5. Екзогенні гормони – прийом протизаплідних препаратів; гормональна замісна терапія.
6. Наявність захворювання в сімейному анамнезі або вже пережитий рак однієї з молочних залоз.
7. Інші - ожиріння в постклімактеричному періоді, малорухливий спосіб життя, надмірне споживання алкоголю, вплив іонізуючого випромінювання, їжа з високим вмістом жирів, робота в нічну зміну протягом тривалого періоду, більш високий соціальний статус.

Виділяють 4 стадії раку, 3-4 вважається потенційно невиліковною (таблиця 1).

Таблиця 1

Стадії раку молочної залози

Стадія	Типи даних
Стадія I	пухлина розміром до 2 см., неуражені лімфовузли, відсутність ознак поширення раку за межі грудей.
Стадія II	пухлина розміром 2-5 см та ураження пахвових лімфовузлів. Відсутність ознак поширення раку за межі пахви.
Стадія III	пухлина розміром більше 5 см. Уражені пахвові лімфовузли, відсутність ознак поширення раку за межі пахової западини.
Стадія IV	пухлина будь-якого розміру, часте ураження пахвових лімфовузлів. Розповсюдження раку на інші частини тіла

Існують різні типи раку молочної залози, назва яких залежить від локалізації ураження: інвазивний рак – проток молочної залози, інвазивний рак частки молочної залози, а також преінвазивна карцинома – проток молочної залози *in situ* і преінвазивна карцинома частки молочної залози *in situ*.

У більшості випадків виконується хірургічне втручання, хоча лікування залежить від стадії захворювання. Багато жінок віддають

перевагу щадному методу (широке часткове висічення – типектомія) з видаленням частини молочної залози і прилеглих тканин. Шрами зазвичай невеликі; з косметичного погляду груди виглядають цілком нормально, що покращує психологічний настрій. При великому ураженні або локалізації пухлини під соском проводиться мастектомія. У ряді випадків первинна реконструкція грудей здійснюється відразу після мастектомії, хоча найчастіше це роблять після завершення відповідного лікування. Під час втручання зазвичай видаляються всі пахвові лімфовузли, що дозволяє оцінити можливість поширення раку за межі грудей.

Однак, сьогодні вже існують нові методи дослідження зразків та біопсія так званих сторожових вузлів. Їхнє застосування здатне знизити частоту лімфатичного набряку в майбутньому. Радіотерапія часто використовується після щадних операцій. Її ціль – опромінення ракових клітин, що залишились. Хіміотерапія проводиться, в основному, при лікуванні жінок, які знаходяться в передклімактеричному періоді при ураженні пахвових лімфовузлів. Вона також може використовуватися для зморщування пухлини, що зменшує обсяг подальшого хірургічного втручання.

Фізична терапія при раку молочної залози

Для відновлення жінки з раком молочної залози потрібно застосовувати методи та засоби ФТ. Однак, дуже важливим є комплексний підхід та залучення усіх членів мультидисциплінарної команди до цього процесу. Фізичні терапевти допомагають здобути самостійність, повернутись жінці до нормального способу життя та покращити якість життя. Важливо проводити крім індивідуальних занять, групові, які допомагають жінці, адаптуватися до свого стану, покращити психоемоційний стан, отримати пораду, а інколи, і підтримку від жінок, які вже одужали, або пройшли етап лікування раніше за хвору. Жінки допомагають одна одній та надають взаємну допомогу одна одній.

Кожен період лікування та ФТ є важливим, однак передопераційний потребує більшої підготовки, як функціональної так і психологічної.

На передопераційному періоді фізичний терапевт проводить:

- консультаційну допомогу, надає практичні рекомендації поведінки на ранньому та пізньому післяопераційному періодах (виконання вправ, необхідних засобів компресії та інше);

- оцінку стану скелетно-м'язових порушень в області плеча і шиї, які можуть вплинути на результати лікування в післяопераційному періоді;
- оцінку можливих факторів ризику, які здатні призвести до обмеження рухливості та лімфатичного набряку;
- надає інформацію стосовно стратегії, яка може мінімізувати ймовірність розвитку лімфатичного набряку;
- проводить оцінку стану верхньої кінцівки, вимірює об'єм її.

Важливо фізичному терапевту враховувати психологічний стан жінки, який буде дуже пригнічений та впливати на її відновлення, це вперш за все пов'язано з її діагнозом, об'ємом оперативного втручання (інколи виконують резекцію молочної залози, що змінює схему тіла, косметичні проблеми та сексуальні). Жінка має розуміти, як буде протікати ранній післяопераційний період та заходи, які будуть з нею виконуватись.

Ранній післяопераційний період розпочинається відразу після виконання операції, через 2-3 години, фізичний терапевт має надати дихальні вправи, які жінка виконує під його контролем, статичного характеру, за можливості динамічні з використанням дистальних відділів НК (стопи) та ВК (кисті). Для профілактики тромбоемболії виконуються вправи в дистальних відділах стоп. Наступного дня збільшується кількість виконання динамічних вправ, виконується рання вертикалізація хворої. Вправи для плечового суглобу перший тиждень обмежуються, потім поступово виконуються із збільшенням амплітуди. До виписки із стаціонару амплітуда рухів в плечовому суглобі має бути повністю відновлена. В першому періоді досить виражені больові відчуття в операційній зоні та в плечовому суглобі, на початку використовується медикаментозне знеболення, на більш пізніх етапах гострий біль може переходити в хронічний, і тут важливо з'ясувати його причину (біомеханічну, емоційну та інші) і підібрати адекватні методи для його усунення (внутрішньо шкірна електронейростимуляція, акупунктура, усунення м'язового дисбалансу, поліпшення рухливості м'яких тканин та суглобів, релаксація та застосування альтернативних методів, включаючи когнітивно-поведінкову терапію).

Навіть при відсутності лімфатичного набряку фізичний терапевт має вжити заходів для його профілактики, оскільки досить часто він може з'явитися на протязі першого року після оперативного втручання та пов'язаний з багатьма факторами, які можуть його спровокувати. Фізичний терапевт має надати рекомендації стосовно

догляду за рубцем, його щоденним обстеженням, після зняття швів дозволяється приймати не гарячий душ, після наносити щоденно пом'якшуючий крем, уникати маніпуляцій, які можуть пошкодити шкіру ВК з боку оперативного втручання (забір крові, ведення ліків у вену, вимірювання тиску, укуси комах, поріз або пошкодження шкіри, не дозволяється спати на оперованій кінцівці). Після загоєння рубця рекомендується хворим його легко масажувати, розтягувати, стискати для того, щоб він став еластичним, м'яким та мобільним, бо досить часто він приростає до фасції та приводить до натягу тканин, викликаючи дискомфорт в області пахви та зони грудної клітки.

Порушення постави у жінок є однією з розповсюджених проблем, яка виникає після видалення молочної залози, що впливає на ваговий дисбаланс, укорочення та ущільнення грудного м'яза, що викликає біль та порушення м'язової рівноваги. Інколи, жінки скаржаться на появу оніміння в зоні грудного м'язу та верхньої кінцівки ближче до пахової западини, згодом з появою чутливості може виникнути в цій ділянці біль або парестезії, це пов'язано з пошкодженням нервів під час оперативного втручання. Головним завданням мультидисциплінарної команди є повернення жінки до нормального та активного способу життя. Важливо на початку з'ясувати, які хобі є у хворої, можливо вона займалася якимись видами спорту та інше, хвороба немає її обмежувати в цьому, однак, вона має бути більш обережніша та уникати факторів, які можуть погіршити її стан.

Жінки з раком молочної залози можуть мати ускладнення у вигляді лімфатичного набряку з боку видалення молочної залози, навіть після зняття діагнозу через 5 років.

Лімфатичний набряк - це хронічне і прогресуюче порушення діяльності лімфатичної системи, що проявляється зменшенням відтоку лімфи і призводить до розвитку набряку з високим вмістом білків.

В деяких пацієнток він виникає одразу після операції, інколи через півроку або рік. Він впливає на якість життя жінки, як фізично, оскільки може обмежувати рухи в плечовому, ліктьовому та променево-зап'ястному суглобах, так і психологічного. Існує 2 типу лімфостазу: первинний та вторинний. Первинний – є результатом вродженої патології, вторинний – призводить до більшої інвалідизації та присутній може бути все життя. Вторинний лімфатичний набряк виникає, як наслідок анатомічної облітерації частини лімфатичної системи, обумовленої зовнішніми факторами (операція, інфекція) або функціональними порушеннями (параліч). Оскільки під час

оперативного втручання в більшості випадків видаляються лімфатичні вузли, які знаходяться поруч з патологічним процесом, це призводить до порушення руху лімфодренажу та до розвитку лімфатичного набряку в ураженій кінцівці й пов'язаною з нею частиною тіла. Лімфатичний набряк може з'явитися через багато років після лікування раку. Частота лімфатичного набряку серед жінок із раком молочної залози дорівнює 25%. При почасткових стадіях при натисканні на набряк залишається ямка, при піднятому положенні кінцівки він зникає, згодом, якщо не вживати заходів, можуть відзначатися фіброзні зміни як у шкірі, так і підшкірному шарі з поступовим збільшенням набряку та спотворенням форми кінцівки. Шкіра, тканини та шкірні складки товстають, з'являються жирові зміни, а натискання на набряк практично не залишає ямок. Розмір кінцівки, так само, як і спотворення її форми, збільшуються. Рухливість обмежується, оскільки кінцівка стає набагато важчою, що викликає дискомфорт. В таких хворих виражена сором'язливість через зміни в кінцівки, низька самооцінка, підвищення тривожності та депресія. Такі пацієнтки мають постійно контактувати та консультуватись у всіх членів мультидисциплінарної команди, отримувати ФТ, медикаментозне лікування, для того, щоб захворювання не прогресувало та мінімізувати рецидиви.

Фізична терапія при лімфостазі ВК

Вміщує 4 аспекти та є дуже важливою:

- *Догляд за шкірою* (застосування після душу зволожуючого крему), уникати порізів та маніпуляцій з венами і ВК, опіків, подряпин, які можуть виникнути під час роботи в саду, шиття та інше.
- *Компресійне багатошарове бинтування (додаток 10).* Обов'язково для кращого ефекту застосовується у поєднанні з лімфодренажним масажем. Багатошарове бинтування зазвичай використовують до початку носіння компресійного трикотажу. Хоча бинтування і є початковим методом лікування ряду хворих зі складними проблемами. Основним способом обмеження набряку та контролю за ним вважається компресійна білизна. При раку молочної залози пацієнтка може носити рукавичку, рукав або те й інше, що залежить від ступеня поширення набряку. Трикотаж зазвичай надягають на день, що особливо важливо при виконанні вправ або роботі. Пресотерапія є ще одним засобом комплексного лікування, яке краще використовувати у поєднанні з іншими засобами.
- *Динамічні вправи.* Дозволяють посилити лімфодренаж за рахунок дії м'язового насоса та особливо ефективні при одночасному носінні компресійної білизни. Вправи на легку розтяжку сприяють

підтримці об'єму руху або його поліпшенню, а також допомагають утримувати правильне положення тіла. Нові вправи потрібно водити поступово, бо вони можуть посилити набряк.

- *Лімфодренажний масаж*. Виконується посегментно плече (внутрішня частина, зовнішня), передпліччя, кисть з роботою найближчих лімфатичних вузлів.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте гінекологічні захворювання, які потребують оперативного лікування?
2. Охарактеризуйте доопераційний період при гінекологічних втручаннях?
3. Вкажіть, що має оцінити фізичний терапевт у жінок після оперативного лікування гінекологічних захворювань?
4. Назвіть основні завдання раннього післяопераційного періоду після гінекологічних втручань?
5. Поясніть, які процедури входять до респіраторної підготовки хворої фізичним терапевтом після оперативного лікування?
6. Перерахуйте, що відноситься до факторів ризику раку молочної залози?
7. Надайте визначення поняттю лімфостаз?
8. Назвіть причини первинного та вторинного лімфостазу?
9. Охарактеризуйте заходи для профілактики лімфостазу ВК після мастектомії?
10. Охарактеризуйте методи та засоби фізичної терапії, які використовуються після мастектомії?

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. **Від чого залежить тривалість фізичної терапії після гінекологічних втручань?:**
 - a) обсягу та складності оперативного втручання;
 - b) від функціонального стану хворої;
 - c) від наявності супутніх захворювань;
 - d) від бажання хворої та дотримання принципів ФТ;
 - e) всі відповіді вірні.
2. **Які завдання раннього післяопераційного періоду після інтрамуральної лейоміоми матки?:**
 - a) профілактика ускладнень з боку серцево-судинної, дихальної систем, шлунково-тракту, покращення психоемоційного стану;
 - b) укріплення м'язів живота, відновлення повної мобільності;
 - c) укріплення м'язів тазового дна, догляд за рубцем, покращення його

мобільності;

d) зменшення набряку НК, больових відчуттів та повернення хворої до активного способу життя;

e) всі відповіді вірні.

3. Через скільки можна повернутися до нормального активного способу життя жінці після інтрамуральної лейоміоми матки?:

a) 3 місяці;

b) 4 місяці;

c) 5 місяців;

d) 6 місяців;

e) 7 місяців.

4. Оперативне втручання овариєктомія — це?:

a) видалення яєчника;

b) видалення фаллопієвої труби;

c) видалення фаллопієвої труби та яєчника;

f) видалення матки.

5. Кінезіотейпування віялоподібною аплікацією на живіт після оперативних втручань в гінекології використовується з ціллю:

a) профілактики спайкової хвороби;

b) покращення роботи шлунку;

c) покращення еластичності рубця;

d) зміцнення м'язів живота;

e) з фіксаційною ціллю.

6. При больових відчуттях в 6 балів за VAS при активних рухах під час ТВ з хворою після гінекологічних втручань, яких потрібно вжити заходів:

a) дати відпочити;

b) сказати про це лікарю;

c) з'ясувати причини появи больових відчуттів;

d) припинити заняття;

e) всі відповіді вірні.

7. За яким з перерахованих опитувальників фізичний терапевт оцінює якість життя гінекологічних хворих після оперативних втручань?:

a) MOS SF 36;

b) Dush;

c) Constanta;

d) Harrisa;

e) VAS.

8. Для профілактики тромбоемболії жінкам після гінекологічних оперативних втручань фізичні терапевти призначають?:

- a) вправи для дистальних відділів, ранню вертикалізацію, компресійні засоби;
- b) вправи для проксимальних відділів, ранні силові навантаження, ЛМ ніг;
- c) вправи ізометричного типу, ЛМ спини, електроміостимуляцію;
- d) вправи ізотонічного типу, сегментарно-рефлекторний масаж, магнітолазер;
- e) дихальні вправи, електрофорез, дієтотерапію, загальний масаж.

9. Після мастектомії на який проміжок часу рекомендується обмежити рухи в плечовому суглобі?:

- a) на 1 тиждень;
- b) на 2 тижні;
- c) на 3 тижні;
- d) на 4 тижні;
- e) на 5 тижні.

10. Які заходи включає ФТ при лімфостазі?:

- a) догляд за шкірою, лімфодренажний масаж, компресійне багатопарове бинтування, динамічні вправи;
- b) самомасаж, силові вправи, лікувальний масаж, бальнеотерапію, ізометричні вправи;
- c) дарсонваль, дренажний масаж, бальнеотерапію, анаеробні вправи;
- d) кисневі ванни, сегментарно рефлекторний масаж, компресійна печатка, аеробні вправи;
- e) всі відповіді вірні.

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ

КЕЙС 1

Хвора, М., 46 років. Працює вчителем.

Медичний діагноз: стан після після інтрамуральної лейоміоми матки 2 день після операції. Виконана абдомінальна гістеректомія без аднектомії.

Порушення: відчуває біль в ділянці рани в спокою за VAS 3 бали, при активних рухах 5 балів, скаржиться на знижену толерантність до фізичних навантажень, сонливість, важко самотійно сісти та встати, має варикозне розширення вен на правій НК. АТ 150/90, ЧСС 95 в стані спокою, ЧД-20, температура тіла 37,4. Має периферійний венозний катетер, 2 дренажі Редона у животі. Не одружена, має стареньких батьків, які потребують її допомоги.

- Визначте період та руховий режим.

- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ профіль (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

КЕЙС 2

Хвора, М., 62 років. Працює продавцем.

Медичний діагноз: стан після мастектомії, лімфостаз правої ВК з права. Прооперована 6 місяць тому.

Порушення: слабкість грудного м'язу 3 бали, дельтоподібного 4 бали, надостного та підостного - 3 бали. Під час активних рухів відчуває больові відчуття 3 бали в плечовому суглобі. Набряк правої верхньої кінцівки 6 см в плечовому відділі та 3 см в зоні передпліччя у порівнянні зі здоровою кінцівкою. Хвора відзначає оніміння з внутрішньої частини верхньої кінцівки. Проходить хіміотерапію, за шкалою депресії має її помірну форму. Відзначає знижену толерантність до фізичного навантаження, складно пересуватись на довгі дистанції, виконувати домашню роботу. Комплексує через зовнішній вигляд верхньої кінцівки. Має сім'ю, багато друзів та колег і велику підтримку від них, але все одно відчуває пригнічення, страх, засмучення через стан свого здоров'я та вимушеного обмеження активності.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

КЕЙС 3

Хвора, М., 24 роки. Працює менеджером з продажу товарів.

Медичний діагноз: стан після овариєктомії (видалення лівого яєчника) 7 день після операції.

Порушення: запалення рубця, наявний периферичний венозний катетер. Біль в стані спокою в місці рубця 2 бали, при активних рухах та ходьбі 4 бали, стан м'язів НК та ВК достатній, відчуває стомленість. Складно пересуватись на короткі дистанції та по сходах. АТ 100/60, ЧСС 70 в стані спокою, ЧД-14, температура тіла 37,8. Має батьків, які її підтримують.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.

- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

ПРОТОКОЛ ПРИЗНАЧЕННЯ ФТ

Стать _____, Вік _____, Рs сп. _____

Діагноз _____

Лікувальний період _____

Руховий режим: _____

Короткотермінові цілі

Довготермінові цілі

Засоби ФТ:

спеціальні фізичні вправи

фізичні вправи за фізіологічною класифікацією _____

Дозування фізичного навантаження у процедурах ФТ

Інтенсивність: Рстрен. основної частини процедури _____

Форма ФТ	Метод ФТ	Тривалість	Кратність

процедура масажу:

зона

прийоми _____

Методи та критерії визначення адекватності ФН:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

Оцінка ефективності призначеної програми ФТ:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

ТЕМА 5.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПЕРСОНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ МКФ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ, ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМ ТА ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В ПЕДІАТРІЇ

Актуальність проблеми. Питання ФТ дітей із захворюваннями нервової, дихальної систем та ОРА стоїть досить гостро, кількість осіб, які її потребують невинно зростає. Більшість неврологічних порушень супроводжуються порушеннями рухової функції та руховими навичками, які можна лікувати або компенсувати за допомогою ФТ. Одним з пріоритетних завдань для спеціалістів ФТ - є досягнення максимального потенціалу для самостійного функціонування та сприяння активній участі в домашньому, шкільному та громадському середовищі. До них належать: дитячий церебральний параліч (ДЦП), аутизм, синдром Дауна, м'язова дистрофія та пов'язані з нею розлади, захворювання хребта, ювенільний ревматоїдний артрит, артрогіпоз, серцево-легеневі розлади, муковісцидоз, пневмонії, бронхіальна астма, онкологічні захворювання, черепно-мозкова травма та інші. Захворювання ОРА, які також можна лікувати за допомогою ФТ, включають сколіоз, порушення постави, клишоногість, переломи та ортопедичні операції.

Навчальні цілі:

- навчити студентів призначати ФТ дітям в комплексному лікуванні із захворюваннями дихальною, нервовою системою та ОРА;
- ознайомити студентів із етіологією, патогенезом, синдромокомплексами захворювань в педіатрії;
- навчити проводити обстеження дітей;
- ставити реабілітаційний діагноз;
- ставити SMART-цілі;
- розробляти профіль за МКФ для дітей з неврологічним та ортопедо-травматологічними захворюваннями;
- розробляти програму ФТ;
- обґрунтовувати, самостійно призначати засоби та методи ФТ, проводити контроль адекватності фізичних навантажень.

Завдання для самостійної роботи під час підготовки до занять:

- ознайомитися з матеріалами лекцій, презентацій, рекомендованою літературою;
- вивчити матеріали практикуму.

Студент повинен знати:

- механізми лікувальної дії та фізіологічну класифікацію ТВ при захворюваннях в педіатрії;
- принципи дозування ТВ;
- покази та протипокази до ФТ;
- реабілітаційний цикл побудови профілю за МКФ;
- методику проведення ЛМ в педіатрії.

Студент повинен вміти:

- оцінити ФС дитини до, під час та після ФТ;
- сформулювати короткотермінові та довготермінові цілі;
- ставити реабілітаційні діагнози на основі отриманих результатів обстеження;
- розробляти профіль за МКФ;
- розробляти програму ФТ для дітей із захворюваннями дихальної, нервової систем та ОРА.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти:

- послідовність проведення ФТ в педіатрії;
- алгоритм проведення анамнезу, суб'єктивного та об'єктивного обстеження дітей із захворюваннями дихальної, нервової систем та ОРА;
- призначати та демонструвати ТВ при захворюваннях дихальної, нервової систем та ОРА;
- продемонструвати основні та допоміжні прийоми при дитячому лікувальному масажі;
- послідовність проведення кінезіотерапії.

СТИСЛИЙ ЗМІСТ ТЕМИ

Педіатрія (від грец. *paídós* — дитина, дитя і *iatréia* — лікування) – галузь клінічної медицини, яка вивчає причини виникнення механізм розвитку, особливості клінічних проявів, лікування і профілактики захворювань в період дитинства з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей організму дитини. Дітей за станом здоров'я поділяють на 5 груп: *перша* – це здорові діти, які мають нормальний фізичний та психологічний розвиток та нормальний рівень функції; *друга* – здорові діти, у яких відсутні хронічні захворювання, однак є функціональні та деякі морфологічні відхилення, а також зниження резистентності до захворювань; *третья* – це діти з хронічними захворюваннями в стані компенсації, зі збереженими функціональними можливостями організму; *четверта* – хворі з хронічними захворюваннями в стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями

організму; п'ята – хворі, з хронічними захворюваннями в стані декомпенсації, зі значно зниженими функціональними можливостями організму.

Періодизація дитячого віку. Розрізняють два етапи дитячого віку: внутрішньоутробний та позаутробний. Внутрішньоутробний етап складає 40 тижнів або 280 днів. Позаутробний етап розділяють на такі періоди:

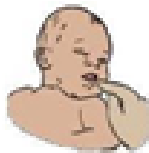
1. Новонародженості (від моменту пологів до 28 діб): ранній (перші 6 діб включно) та пізній (7–28 діб). Для цього періоду характерні фізіологічна жовтяниця, фізіологічна втрата маси тіла та ін., недосконалість багатьох органів та систем.
2. Грудний, або період немовляти (від 1 місяця до 1 року).
3. Переддошкільний або ясельний (1–3 роки).
4. Дошкільний (3–6–7 років).
5. Молодший шкільний (6–7–12 років).
6. Період дозрівання або старший шкільний вік (13–17–18 років).

Фізичний розвиток дітей різного віку. Характеризує морфологічний і функціональний стан організму за допомогою певних критеріїв: маси тіла, росту та довжини кінцівок, пропорційності, об'єму грудної клітки та голови, поперечних розмірів тіла, форми грудної клітки, спини, ніг, стоп, постави, рельєфу та пружності м'язів, відкладення жиру, еластичності шкіри, забарвлення слизових оболонок, статевих ознак, статичних функцій, своєчасного прорізання молочних зубів. Більш того, фізичний розвиток враховує динаміку зазначених вище характеристик, що стосуються біологічного дозрівання дитини в різні періоди дитинства.

У новонародженій дитини наявні ряд безумовних рефлексів, більшість з яких мають зникнути на протязі першого року життя (таблиці 2, 3).

Таблиця 2

Рефлекси новонароджених

Пошуковий рефлекс під час прогладжування кута рота дитина повертає голову у бік подразника, відкриває рота й прагне доторкнутися до місця подразника. Добре виражений перед годуванням, спостерігається у дітей до 3-4 місяців	
--	---

Хоботковий (оральний рефлекс) якщо легко доторкнутись до губ немовляти пальцем, він смішно витягує губи, як хобот у словеняти, це відбувається через мимовільне скорочення круглого м'язу рота. Пропадає рефлекс через 2-3 місяці.	
Хватальний верхній рефлекс При надавлюванні на долону поверхню кисті пальці немовля рефлекторно зжимаються. Спостерігається до 3-4 місяців.	
Рефлекс повзання. Немовля в положенні на животі, якщо до підшви стоп поставити долоні, дитина рефлекторно відштовхується від неї ногами. Спостерігається до 4-х місяців.	

За допомогою оцінки рефлексів, як лікарі (педіатр, невропатолог, ФРМ), так і фізичний терапевт можуть побачити патологію та ушкодження нервової системи. Їх поділяють на 3 групи: *I група* – це стійкі довічні автоматизми; *II група* включає транзиторні рудиментарні рефлекси, які відображають умови рівня розвитку рухових аналізаторів і згодом зникають. *III група рефлекси Бабінського* (штрихове подразнення підшви по зовнішньому краю стопи в напрямі від п'ятки до основи великого пальця викликає тильне згинання великого пальця і підшовне згинання решти пальців, які розходяться віялоподібно) і *Керніга* (спроба розігнути ногу, зігнуту в колінному і кульшовому суглобах під прямим кутом у дитини, яка лежить на спині, не вдається). Протягом року безумовні рефлекси гальмуються і на їх основі з'являються числені умовні рефлекси (додаток 12).

Таблиця 3

Рефлекси новонародженого та немовляти до 1 року

Назва рефлексу	Стимулювання	Відповідна реакція	Вік зникнення рефлексу	Причини патології при аномальній відповідній реакції
<i>Пошуковий</i>	Погладити щічку	Повертає голову у бік подразника і може відкрити вуста	3-4 місяці	ДЦП, може бути відсутній у ві сні

<i>Рефлек- сний тону</i>	Дитина лежить на спині – повернути голову в один бік (вліво/вправо) на 15 сек.	Рука та нога випрямлена в той бік куди повернута голова, рука та нога на протилежній стороні зігнуті	4-6 місяців	Якщо даний рефлекс залишається це говорить про пошкодження верхніх моторних нейронів
<i>Крокуючий</i>	Тримайте дитину під пахвами вертикально (нахилити трохи вперед), щоб його ступні ледь торкалася плоскої поверхні	Змінними рухами ніг здійснює деяку подібність кроків	2-4 місяці	У випадку відсутності: параліч ніг, ДЦП
<i>Ступневий</i>	Натисніть пальцем на основі пальців на стопі	Симетрично підгинаються пальці на нозі	4-8 місяців	ДЦП, пошкодження ЦНС
<i>Бабинського</i>	Проведіть по підшві в напрямку від п'яти до пальців	Розжимання пальців «віялоподібно»	Варіюється від року до 2 років	Ураження ЦНС

Семіотичні порушення фізичного розвитку дитини можуть проявлятися у відхиленнях в довжині тіла, яка може бути, як надмірною (гігантизм), так і навпаки її затримка (гіпофізарний нанізм). Основні причини порушення росту: конституційні, церебрально-ендокринні, соматогенні (хронічні захворювання різних систем організму з порушенням функції того чи іншого органа), спадкові захворювання, соціально-побутові фактори.

Під час обстеження важливо звертатися на розвиток моторики немовля, акцентувати на тому, щоб батьки також слідували за тим, як розвивається їх немовля (додаток 11), та в разі відхилень зверталися до лікарів невропатолога чи травматолога.

Серед неврологічних захворювань, яке призводить до інвалідизації дитини та знижує її якість життя є ДЦП. ФТ дитини з даною патологією – досить важка та складна, оскільки психіка та моторика дитини знаходиться в постійному динамічному розвитку.

Причин даного захворювання багато, однак, часто вони поєднуються як з проблемами під час протікання вагітності, так і ускладненнями під час пологів. До характерних ознак захворювання відноситься підвищена м'язова напруга, дискоординація рухів, порушення психомоторного розвитку, обмеження рухливості в суглобах. Супутніми можуть бути в залежності від форми ДЦП розлади артикуляційного апарату, які проявляються в дефектах мови і функції прийому їжі, порушення слуху, вестибулярні розлади, розлади зору (косогляд), вегетативні розлади. Стосовно інтелекту - він може бути як досить високим, так і значно зниженим. Часто діти з ДЦП мають приступи епілепсії, однак, це не є протипоказанням до ФТ. Розрізняють такі форми ДЦП: спастична диплегія, гіперкінетична, змішана, подвійна геміплегія, атонічно-астатична та геміплегічна.

У ФТ дітей з ДЦП виділяють такі періоди: гострий – до 14 днів; ранній – до 2 місяців; пізній – до 2 років; залишкових явищ (резидуальний) – після 2 років.

В гострому періоді виконується медикаментозне лікування та спеціальні укладки. На ранньому додаються засоби ФТ: ЛМ, ТВ (пасивна розробка суглобів), рефлекторні вправи та лікувальні (спеціальні) положення (Додаток 13).

У пізньому та резидуальному періодах застосовуються майже весь комплекс засобів та методів ФТ, доказовість деяких недоведена, однак через складність захворювання та тяжкі наслідки, застосовуються і поєднуються лікарями ФРМ та фізичними терапевтами. Серед засобів, які використовуються: ТВ, преформовані фізичні чинники, ЛМ, механотерапія.

Завдання ФТ для кожної дитини ставляться індивідуально відповідно до результатів обстеження та виявлених у неї порушень та бажань батьків. Обов'язково потрібно ставити короткотермінові та довготермінові SMART-цілі враховуючи їх конкретність, досяжність, визначеність у часі, вимірність та відповідність. Однак, більшість цілей спрямовані на зменшення тону м'язів, який присутній майже у всіх дітей з ДЦП, розробку або профілактику контрактур, стабільності суглобів, покращення вестибулярної функції, координації, стимуляції пропріорецепції, покращення постави, відновлення рухової активності, навчання життєво необхідним навикам.

ФТ розпочинається якомога раніше, навіть в гострому періоді назначаються лікувальні (спеціальні) положення (Додаток 13). Вони дозволяють формувати нормальну схему тіла і стереотип руху.

Спеціальні підрозділяють відповідно до потреб та цілей:

- 1- полегшуючі, які допомагають зближати місця кріплення м'язів для їх розслаблення і зменшення гіперкінезів;
- 2- укладки з середнім положенням – для поступового розтягнення спазмованих м'язів;
- 3- корегуючі – для профілактики чи лікування контрактур, зменшення гіперкінезів, виправлення неправильної пози)

Для спеціальних, лікувальних, корегуючих укладок використовується великий арсенал, різних приладів: валиків, мішечків, клиновидних подушок, матів, головотримачів, корсетів, шин, лонгетів, ортезів, ременів, які дозволяють дитині безпечно та правильно знаходитись в такому положенні певний час.

На ранньому періоді крім спеціальних лікувальних положень додаються ТВ, які є дуже важливими на усіх етапах відновлення дітей з ДЦП.

Для занять використовують ТВ: *пасивні* (виконуються фізичним терапевтом плавно та не мають викликати виражених больових відчуттів, згодом навчають виконувати їх батьків у домашніх умовах); *вправи з допомогою; рефлекторні вправи; активні вправи* (спрямовані на формування м'язевого відчуття, координацію, гнучкість, рівновагу та інше) *вправи на розтягування; вправи на розслаблення; дихальні вправи; силові по можливості; коригуючи; прикладні вправи*: повзання, ходьба, біг; *спортивні*: плавання, їзда на конях, велосипеді; *імітаційні вправи* («кішка», «метелик»); *гідрокінезіотерапія; заняття на тренажерах*: Locomat, для пасивної розробки суглобів CPM, Мото-Med.

Ерготерапія є дуже важливою при відновленні дітей з ДЦП, оскільки вона допомагає дитині бути самостійною та по можливості себе обслуговувати (одягтися, роздягтися, вмитися, їсти та інше).

Масаж хоч і має свою недоказову базу, однак використовується завжди у поєднанні з ТВ та направлений на зменшення тонуусу спазмованих м'язів та тонізацію ослаблених м'язів. Використовують як ЛМ, так і сегментарно-рефлекторний, елементи акупунктури, преформовані фізичні чинники та інше.

Захворювання дихальної системи серед дітей є одними із найрозповсюджених. Це пов'язане в першу чергу з тим, що формування дихальної системи відбувається в період статевого дозрівання у віці до 15 років. Так, немовлята мають невелику глибину дихання, часте дихання та не розвинуті дихальні м'язи. До чотирьох років також спостерігається звуження носових шляхів у дітей, досить часто відбувається розростання лімфоїдної тканини в носоглотці. Саме

третина дитячих захворювань торкається саме дихальної системи, що при невчасному та неякісному лікуванні може призвести до розвитку хронічних захворювань (бронхіту, бронхіальної астми та ін..).

До основних причин захворювань дихальної системи відносять:

- зовнішні інфікування, які передаються повітряно-краплинним шляхом (ГРВІ та грип);
- ослаблений імунітет;
- алергічні реакції на різні алергени (рослини, їжу, шерсть тварин та інше);
- наявність та активізація бактеріальної флори при хронічних захворюваннях;
- переохолодження, в тому, незбалансоване харчування, звички дитини дихати ротом в холодну пору року;
- спадковість;
- перенесені травми грудної клітки та вроджені патології.

Симптоми хвороб органів дихання: відсутність носового дихання, біль у горлі, захриплість, кашель (сухий чи вологий; приступоподібний або уривчастий), наявність задишки чи задухи, підвищення температури, загальна слабкість, біль у грудях.

До найпоширеніших захворювань дихальної системи відносять: грип або ГРВІ; ангіна (запалення мигдаликів через бактеріальну інфекцію); ларингіт (запалення слизової гортані); фарингіт (запаленням слизової глотки); бронхіт (гострий та хронічний), пневмонія та бронхіальна астма.

Методика обстеження дитини із патологією органів дихання фізичним терапевтом включає: збір анамнезу, оцінку зовнішнього вигляду, огляд грудної клітки, пальпацію, перкусію, аускультацию. Пальпація фізичним терапевтом проводиться при захворюваннях дихальної системи у дітей з метою визначення: тургора, вологості шкіри, тону м'язів, товщини підшкірного жирового прошарку, оцінки лімфатичних вузлів, голосового тремтіння.

Часто у дітей через ослаблення імунітету та багато інших причин гострий бронхіт може переходити в хронічний, який характеризується дифузним прогресуючим ураженням бронхіального дерева, зумовлене тривалим подразненням та запаленням повітряноносних шляхів різними шкідливими агентами, що відзначається перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, розвитком запального процесу і склеротичними змінами в більш глибоких прошарках та супроводжується гіперсекрецією і порушенням очисної

функції бронхів.

Медикаментозне лікування є головним при даних патологіях, однак ФТ відіграє надважливе місце у відновлення дітей із захворюваннями дихальної системи. Серед засобів призначають дітям ТВ, які включають як загальнорозвиваючі, так і спеціальні дихальні (динамічні з рухами, статичні, з обтяженням, дренажні положення для відходження мокротиння (додаток 14)), з дихальними тренажерами. ЛМ призначають в підгострій стадії та ремісії для покращення відходження мокротиння. Використовуються прийоми прогладжування, розтирання, вижимання, розминання та вібрації. Під час масажу дитину кладуть на звичайну або клиновидну подушку головою донизу для кращого відтоку мокротиння, також можна в кінці масажу виконувати ударні прийоми стоячи у нахилі вперед (додаток 15). Преформовані засоби використовують з ціллю швидкого введення ліків з допомогою електрофорезу, пришвидшення виведення мокротиння, зняття бронхоспазму (соляні кімнати) та інші засоби, які використовуються як в медичних установах, так і на санаторно-курортному етапі.

З кожним роком кількість дітей, які мають проблеми ОРА збільшується, це пов'язано як з вродженими патологіями (клишоногість, кривошия), так і з набутими (порушення постави, сколіоз, плоскостопість). На порушення постави впливають як швидкий ріст дитини, так і порушення ергономіки під час ходи та сидіння за столом (шкільною партою), відсутність належної фізичної підготовки.

Серед вроджених вад найчастіше зустрічається клишоногість, яка проявляється деформацією стопи у внутрішню сторону. У 10 % клишоногість поєднується з кривошиєю, дисплазією кульшових суглобів, заячою губою, вовчою пащею та іншими вадами. Виділяють 3 стадії клишоногості, перша лікується консервативно та досить швидко усувається, 2,3 стадії у більшості випадків після консервативного лікування потребують оперативного. Під час кожної стадії лікування, як консервативного, так і оперативного використовуються засоби ФТ: ТВ (пасивні, пасивно-активні, активні), ЛМ, механотерапія (апарати для пасивної розробки гомілковостопних суглобів), стрейтчинг, міофасціальний реліз, лікувальні положення, ортопедичне взуття, гідрокінезіотерапія, кінезіотейпування (додаток 16), преформовані фізичні чинники (парафіноозокеритні чобітки) та інші. ФТ розпочинається на першому році життя дитини (І період), після першого року життя (ІІ період) та ІІІ період протирецедивний.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте періодизацію дитячого віку?
2. Охарактеризуйте методику проведення оцінки рефлексу Керніга?
3. Охарактеризуйте методику проведення оцінки рефлексу Бабинського?
4. Охарактеризуйте періоди ФТ при ДЦП?
5. Охарактеризуйте симптоми органів дихання?
6. Назвіть методи обстеження фізичним терапевтом дітей із захворюванням органів дихання?
7. Охарактеризуйте засоби та методи резидуального періоду?
8. Вкажіть лікувальні положення та їх цілі при відновленні дітей з ДЦП?
9. Назвіть періоди ФТ при клишоногості?
10. Охарактеризуйте засоби та методи ФТ при клишоногості?

ТЕСТИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Оберіть етапи дитячого віку?:

- a) внутрішньоутробний та позаутробний;
- b) прелімінарний та позаутробний;
- c) латентний та позаутробний;
- d) внутрішньоутробний та транзиторий;
- e) латентний та транзиторий.

2. Оберіть порушення, які має третя група дітей за станом здоров'я?:

- a) хронічні в стані компенсації, зі збереженими функціональними можливостями організму;
- b) хронічні в стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями організму;
- c) хронічні в стані декомпенсації, зі значно зниженими функціональними можливостями організму;
- d) здорові діти, які мають нормальний фізичний та психологічний розвиток та нормальний рівень функції;
- e) здорові діти у яких відсутні хронічні захворювання, однак є функціональні та деякі морфологічні відхилення, а також зниження резистентності до захворювань.

3. Грудний, або період немовляти за тривалістю складає?:

- a) від 1 місяця до 1 року;
- b) від 1 місяця до 1,5 року;
- c) від 1 місяця до 2 років;
- d) від 1 місяця до 2,5 років;

е) від 1 місяця до 3 років.

4. Затримка росту у дитини називається?:

- а) гіпофізарний нанізм;
- б) гіпофізарний рахіт;
- с) гіпофізарна міостинія;
- д) гіпофізарна кахексія;
- е) гіпофізарний ревматизм.

5. Протягом якого часу безумовні рефлекси дитини змінюються на умовні:

- а) до 1 року життя дитини;
- б) до 2 року життя дитини;
- с) до 3 року життя дитини;
- д) до 4 року життя дитини;
- е) до 5 року життя дитини.

6. На яких періодах проводять ФТ дитині з ДЦП?:

- а) ранньому; пізньому, резидуальному;
- б) гострому, ранньому; пізньому;
- с) ранньому; підгострому, пізньому;
- д) підгострому, пізньому, резидуальному;
- е) пізньому, резидуальному, відновлювальному.

7. Які заходи проводяться на ранньому періоді при ДЦП?:

- а) медикаментозне лікування, спеціальні укладки;
- б) медикаментозне лікування та всі засоби ФТ;
- с) медикаментозне лікування, масаж, ТВ;
- д) медикаментозне лікування, рефлекторні вправи та преформовані фізичні чинники;
- е) медикаментозне лікування, бальнеотерапія, пелоїдотерапія, ТВ.

8. Методика обстеження дитини із патологією органів дихання включає:

- а) анамнез, зовнішній вигляд, огляд грудної клітки, пальпацію, перкусію, аускультацию;
- б) анамнез, огляд грудної клітки, антропометрію, мануально-м'язове тестування, пальпацію, аускультацию;
- с) анамнез, зовнішній вигляд, больові відчуття, рухливість грудної клітки, пальпацію, аускультацию;
- д) анамнез, зовнішній вигляд, огляд грудної клітки, пальпація, перкусія, ангіографію;
- е) анамнез, огляд грудної клітки, гоніометрію, пальпацію, перкусію, аускультацию.

9. Пальпація фізичним терапевтом проводиться при

захворюваннях дихальної системи у дітей з метою визначення?:

- a) тургора, вологості шкіри, тону м'язів, товщини підшкірного жирового прошарку, оцінки лімфатичних вузлів, голосового тремтіння;
- b) габітуса, наявності випотів, тону м'язів, товщини підшкірного жирового прошарку, лімфатичних вузлів, голосового тремтіння;
- c) габітуса, визначення тригерних точок, тону м'язів, товщини підшкірного жирового прошарку, лімфатичних вузлів, голосового тремтіння;
- d) габітуса, визначення больових відчуттів, тону м'язів, товщини підшкірного жирового прошарку, лімфатичних вузлів, голосового тремтіння;
- e) тургора, визначення порушення постави, тону м'язів, товщини підшкірного жирового прошарку, лімфатичних вузлів, голосового тремтіння.

10. Для якого захворювання характерне дифузне прогресуюче ураження бронхіального дерева, зумовлене тривалим подразненням та запаленням повітряношлункових шляхів різними шкідливими агентами, що відзначається перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, розвитком запального процесу і склеротичними змінами в більш глибоких прошарках та супроводжується гіперсекрецією і порушенням очисної функції бронхів?:

- a) хронічного бронхіту;
- b) гострого бронхіту;
- c) обструктивного бронхіту;
- d) запалення легень;
- e) бронхіальної астми.

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ КЕЙС 1

Дівчинка А., дівчинка, 5 років.

Медичний діагноз: ДЦП подвійна геміплегія. Діагноз поставлений відразу після народження.

Порушення: Косоокість. Судоми (епілепсія). Виражені тонічні рефлексивні з ригідністю м'язів, порушення є у всіх кінцівках – в руках більше, ніж ногах. Випрямляючі рефлексивні тулуба і реакції рівноваги порушено. При парезу обсяг рухів у суглобі значно знижений, рухи можливі без подолання сили тяжіння по площині. Відзначається затримка розвитку та порушення мовлення. Дитина тримає голову,

сидить, стоїть на двох колінах, не ходить. Виявляє надмірну реакцію на гучні звукові подразники – різко здригається, здійснює хаотичні рухи. Реакція на голос батьків, на музику задовільнені, фіксує погляд, проявляє інтерес до музикальних іграшок. Результати за шкалою GMFM – 31%: дитині важко використовувати предмети, вона потребує допомоги у підготовці до дії чи її зміні, одна рука – без обмежень, інша – зі значними обмеженнями, складно утримувати предмети. У верхніх кінцівках значне підвищення м'язового тону, пасивні рухи утруднені - 3 бали. Нижні кінцівки: 3 бали – ходити не може, стоїть при допомозі додаткової опори тільки на обох колінах. Співвідношення сили ураженого та здорового м'яза (25 %). Обмеження рухливості в гомілковостопних суглобах та стабільність більше в колінних. За опитувальником самообслуговування PEDI результат становить 36 балів. По шкалі мобільності результат становить 42 бали. Приймає медикаментозне лікування. Проживає в повній сім'ї, має старшого братика, який з нею грає, читає книжки, співає пісні. Дитина регулярно проходить ФТ в центрі 4 рази на рік, батьки додатково самостійно з нею займаються (басейн, масаж, розвиток дрібної моторики, природотерапія).

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

КЕЙС №2

Хлопчик В., 11 років.

Медичний діагноз: Бронхіальна астма. Діагноз поставлений 6 років тому, дитина часто хворіла на респіраторні захворювання. Має батьків, які постійно турбуються питанням здоров'я дитини та 2 рази на рік возять дитину на море та до профільних санаторіїв.

Порушення: надричний кашель, свистячі хрипи, біль в грудях за VAS 2 бали, кашель часто посилюється вночі. За ММТ грудні дихальні м'язи ослаблені: великий та малий грудні м'язи - 4 бали, зовнішні та внутрішні між реберні м'язи – 3 бали. За результатами проби Штанги - 36 сек.; Генче - 19 сек. проба Руф'є погана, ЧСС 90 уд./хв. Знижена толерантність до фізичного навантаження. Приступи досить часто спостерігаються у період цвітіння дерев.

- Визначте період та руховий режим.

- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

КЕЙС 3

Хлопчик М., 6 місяців.

Медичний діагноз: Клишоногість 2 стадії поєднана з кривошиєю та дисплазією кульшових суглобів. Має батьків, які постійно турбуються питанням здоров'я дитини. З 3 місяців проходив ФТ та лікування за методикою I. Ponseti, знаходиться в стременах Павлика.

Порушення: еквінус, супінація стопи і приведення її переднього відділу більш виражені та ригідні. Стопа ротована так, що підшвина поверхня майже повністю повернута назад. П'ята значно підтягнута догори, а передній відділ перебуває у ригідному приведенні. Підшовове згинання стопи під кутом 45-50°. Контур зовнішньої кісточки рельєфно виступає, а внутрішньої – згладжений. Пасивно деформацію стопи усунути неможливо.

- Визначте період та руховий режим.
- Поставте реабілітаційний діагноз.
- Поставте SMART-цілі короткотермінові та довготермінові.
- Розробіть профіль за МКФ (додаток 9).
- Складіть комплексну програму ФТ.

ПРОТОКОЛ ПРИЗНАЧЕННЯ ФТ ДИТИНИ

Стать _____, Вік _____, Рs сп. _____

Діагноз _____

Лікувальний період _____

Руховий режим: _____

Короткотермінові цілі

Довготермінові цілі

Засоби ФТ:

спеціальні фізичні вправи

фізичні вправи за фізіологічною класифікацією _____

Дозування фізичного навантаження у процедурах ФТ

Інтенсивність: Рстрен. основної частини процедури _____

Форма ФТ	Метод ФТ	Тривалість	Кратність

процедура масажу:

зона _____

прийоми _____

Методи та критерії визначення адекватності ФН:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

Оцінка ефективності призначеної програми ФТ:

Суб'єктивні _____

Об'єктивні _____

ДОДАТКИ

Додаток 1

ПРИКЛАД ТИТУЛЬНОЇ СТОРІНКИ РЕФЕРАТУ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Медико-психологічний факультет

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

РЕФЕРАТ

з навчальної дисципліни

«Фізична терапія в акушерстві, гінекології та педіатрії»

на тему: «Назва теми реферату»

Перевірила:

(посада, ініціали та прізвище)

Виконав (ла) _____

ст. групи:

(ініціали та прізвище)

(дата захисту)

Кількість балів: _____

Відпов. темі: _____

Оформлення: _____

Оригінальність: _____

Захист: _____

Сума: _____

Київ — 2022 р.

ЗМІСТ (Приклад)

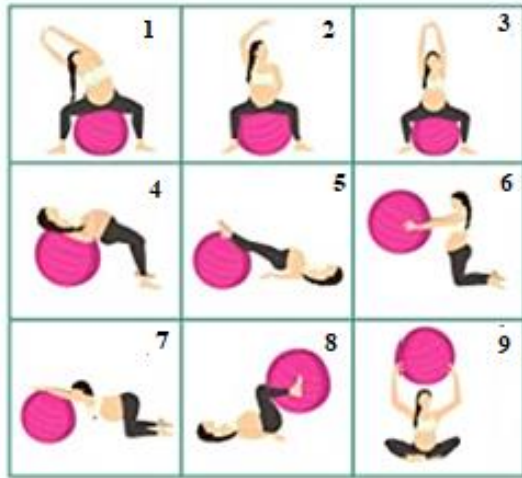
ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
1.1. Етіологія, патогенез, симптоми захворювання.....	
1.2. Методи діагностики.....	
РОЗДІЛ 2 ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ (захворювання з теми).....	
2.1.МКФ.....	
2.2. SMART-цілі.....	
2.3. Програма фізичної терапії при (захворювання з теми).....	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	



ВАГІТНІСТЬ І РОЗВИТОК ПЛОДА ПО ТИЖНЯМ

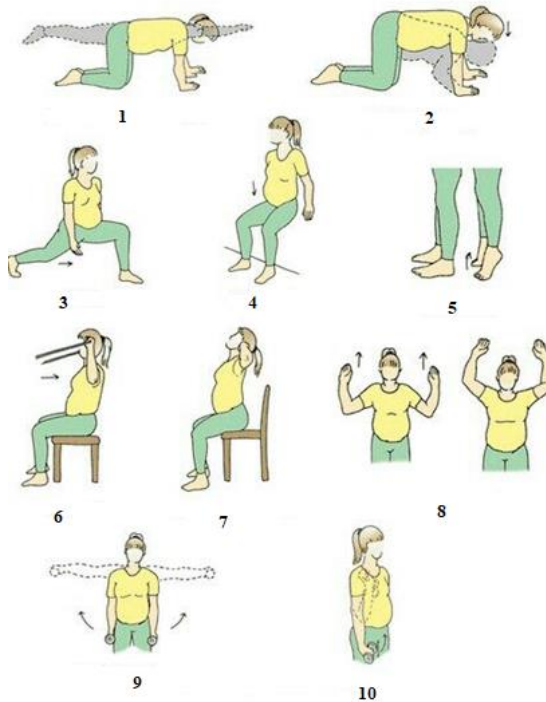


Комплекси вправ для вагітних на фітболі



1- Вихідне положення (В.п.) сидячи на фітболі, нижні кінцівки розведені в сторони, руки в замок, нахили руками вправо/вліво; 2- В.п. теж саме, нахили в правий/лівий бік по черзі та дотягування протилежною рукою у бік (розтягуючи бокові м'язи спини); 3- В.п. теж саме, руки в замку над головою, тягнемося руками до гори; 4- В.п. лежачи тулубом на фітболі, ноги в упорі на полу, качання на фітболу вперед/назад; 5- В.п. тулуб лежить на полу, нижні кінцівки на фітболі, утримання прямих нижніх кінцівок на фітболі (30 сек.); 6- В.п. на колінах в руках перед собою фітбол, згинання та розгинання рук з фітболом в ліктьових суглобах; 7- В.п. на колінах, руки на фітболі, розтягнення м'язів спини; 8- В.п. лежачи на спині, утримання фітболу зігнутими ногами в колінних суглобах (30 сек.); 9 - В.п. поза «Лотоса», у руках фітбол на головою, піднімання та опускання його.

Комплекс ТВ при вагітності

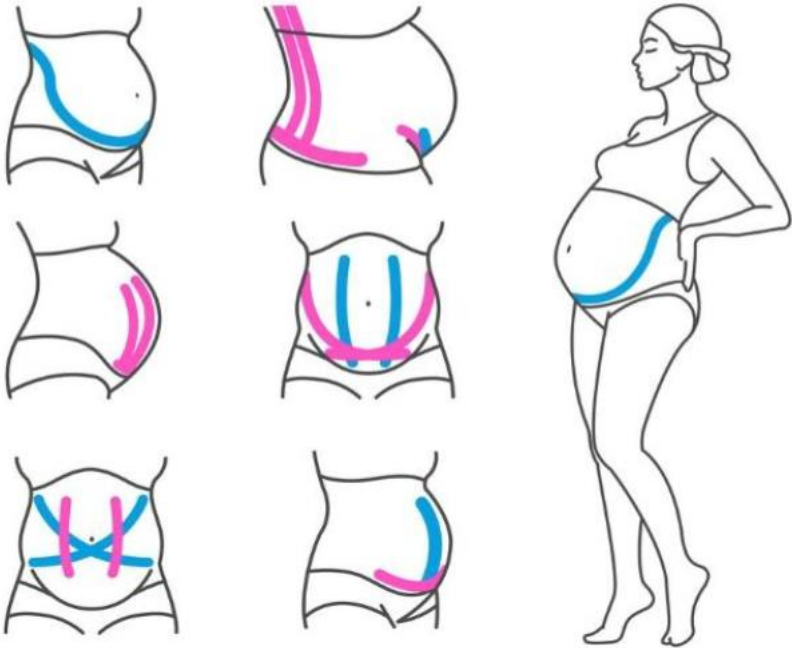


1-В.п. коліно-ліктова поза, піднімання по черзі правої та лівої руки та ноги; 2-В.п. теж саме, згинання на розгинання рук в ліктьових суглобах; 3-В.п. стоячи, випади по черзі вперед правою та лівою нижньою кінцівкою; 4-В.п. стоячи біля стінки, присідання; 5-В.п. стоячи, піднімання на носочки; 6-В.п. сидючи на ступі, згинання та розгинання рук в ліктьових суглобах з резиною; 7-В.п. теж саме, руки в замок за голову, прогинання в грудному відділі хребта; 8- В.п. стоячи, руки зігнуті в ліктьових суглобах, розгинання через сторони догори рук; 9-В.п. теж саме, піднімання рук з гантелями до рівня плеч через сторони; 10- В.п. теж саме, згинання та розгинання рук з гантелями в ліктьових суглобах.

**Бандажі для підтримки м'язів на останньому
триместрі вагітності**



**Методики кінезіотейпування на останньому триместрі
вагітності**



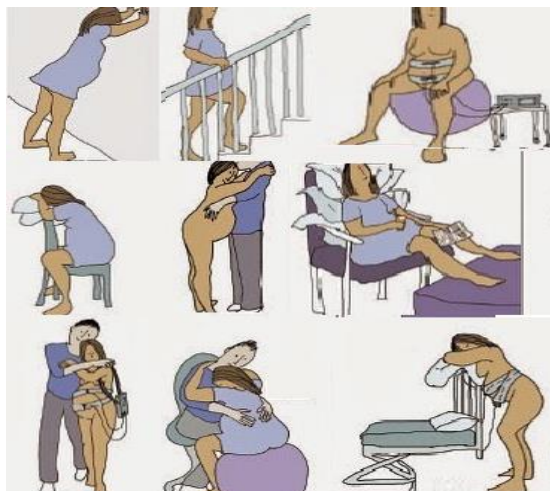
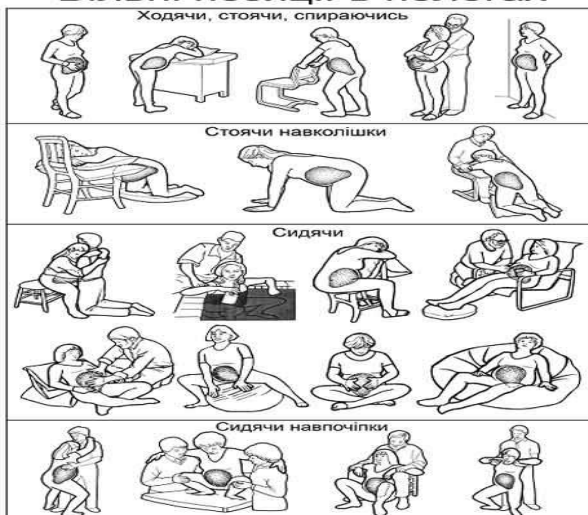
Подушка U- подібна для вагітної та для годування немовля



Дозволені та заборонені положення на 9 місяці для вагітної у ліжку



Вільні позиції в пологах



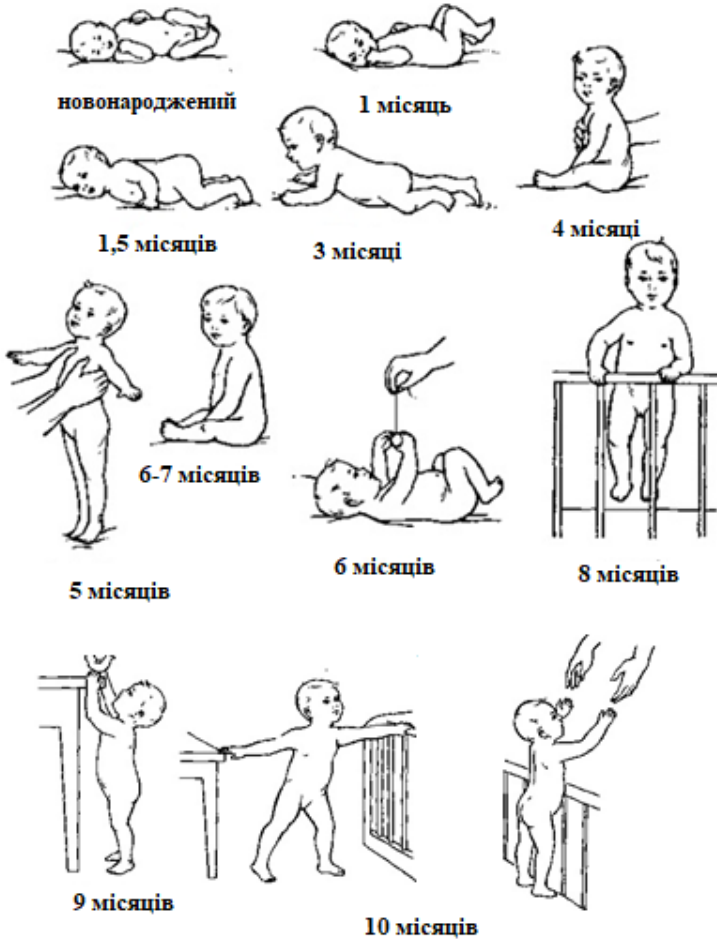
Таблиця втручань/послуг профіль МКФ

Глобальна мета											
Короткотермінові цілі											
Довготермінові цілі											
	Об'єкт втручання	Втручання	Лікар	Лікар ФРМ	Медична сестра	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення	
Функції/структури тіла											
Діяльність/Участь											
Фактори зовнішнього середовища											
Особистісні фактори											

Компресійне бинтування при лімфостазі ВК



Розвиток моторики у дітей перших 10 місяців життя



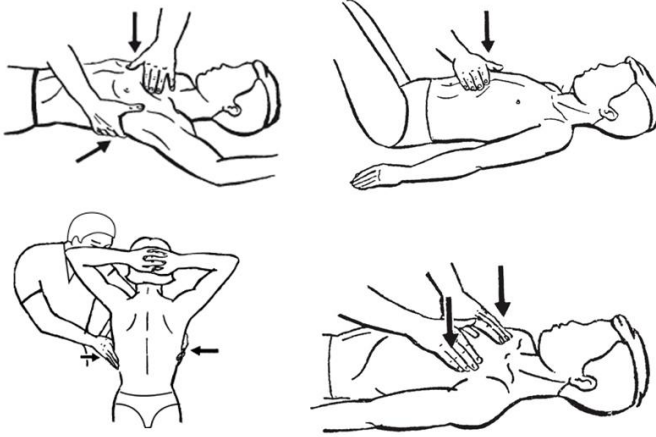
Рефлекси немовля та термін їх згасання

Рефлекси	Місяці											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Смокотальний												
Пошуковий												
Бабкіна долонно-ротний												
Долонно - хапальний												
Ступнево - хапальний												
Моро												
Робінсона												
Переса												
Галанта												
Повзання Бауера												
Крокуючий												
Асиметричний шийно- тонічний												
Симетричний шийно- тонічний												
Лабіринтний тонічний												
Шийний установчий												
Лабіринтний установчий												
Установчий асиметричний шийно-тонічний												
Установчий симетричний шийно-тонічний												
Ландау												
Оптичний установчий												

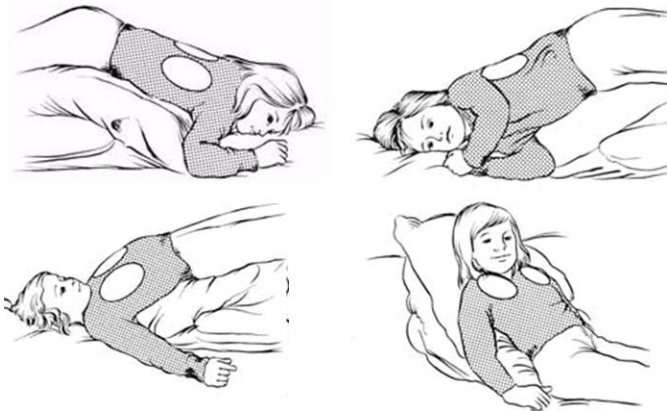
Спеціальні (лікувальні) положення для дітей з ДЦП



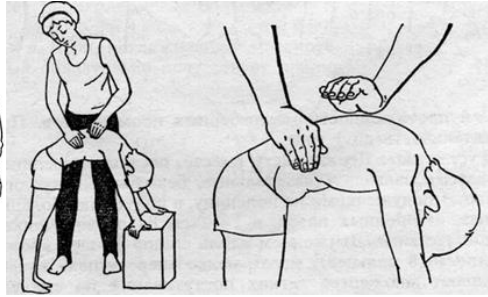
Дихальна гімнастика з обтяженнями



Дренажні положення для відходження мокротиння при пневмонії



Положення дитини під час ЛМ та види вібраційних прийомів



поколочування



стягання



поперечне
поколочування



рубання

Кінезіотейпування при клишоногості



МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Основна:

1. Акушерство: Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації / [Ліхачов В. К., Добровольська Л. М., Ляховська Т. Ю., Удовицька Н. О., Макаров О. Г., Тарановська О. О.]; за ред. В. К. Ліхачова. – Полтава: Дивосвіт, 2015. – 336 с.
2. Владимиров О.А. Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок: Метод. рекомендації / О.А. Владимиров, Н.І. Тофан, С.К. Клименко. – К., 2004. – 31 с.
3. Глиняна О.О. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник навч. посібн. для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія»/ О.О. Глиняна, Ю.В. Копочинська.– Вінниця: Пороги, 2020. – 125 с.
4. Григус І. М. Фізична терапія в пульмонології. Навчальний посібник– Рівне: НУВГП, 2018.– 258 с.
5. Костенко І.Ф. Обстеження та оцінювання стану здоров'я людини: підручник / І.Ф.Костенко. – К. : Медицина, 2014. – 278с.
6. Курдюмова Н.О. Практикум з педіатрії в модулях. – К. Медицина, 2007. – 119-120 с.
7. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: МКФ. - 270 с.
8. Михалюк Е.Л., Малахова С.Н., Черепок А.А. Особенности использования средств физической реабилитации в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. - Запорожье: ЗГМУ, 2014. - 76 с.
9. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: підручник / Л. О. Вакуленко [та ін.]; за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. - Тернопіл: Укрмедкн.: ТДМУ, 2018. - 371 с.
10. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики. / за ред. проф. С.К. Ткаченка. – К. Медицина, 2011. – 560 с.
11. Педіатрія в модулях. / за ред. проф. Тарасюка В.С. – К. Медицина, 2008. – 336 с.
12. Педіатрія: підручник / О.В.Тяжка, Н.Г.Горовенко, С.О.Крамарев [та ін.] ; за ред. О.В.Тяжкої ; Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. – Вид. 4-те, виправлене та доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 1150с.
13. Реабилитация детей с ДЦП / [Е. В. Семёнова, Е. В. Клочкова, А. Е. Коршикова-Морозова и др.]. – Москва: Лента Книга, 2018. – 584 с.

14. Сухан В.С. Лікувальна фізична культура в акушерстві та гінекології. Методичні рекомендації / В.С. Сухан, Л.В. Дичка, О.С. Блага. – Ужгород, 2014. – 43 с.
15. Фізична терапія та ерготерапія в акушерстві та гінекології : метод. вказ. до проведення практичного заняття магістрів 2-го курсу IV мед. ф-ту / упоряд. А. Г. Істомін, А. С. Сушецька, О. В. Резуненко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 36 с.
16. Фізична терапія та ерготерапія в педіатрії: метод. вказ. до проведення практичного заняття магістрів 2-го курсу IV мед. ф-ту / упоряд. А. Г. Істомін, К. І. Терешкін, А. С. Сушецька та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 32 с.
17. Физиотерапия. Классический курс, 2 часть / Под ред. С.Б. Портера / Пер. с англ. под. ред. Г.Н. Пономаренко.-СПб-Человек, 2014.-381.
18. Швесткова Ольга, Сладкова Петра та кол. Фізична терапія: Підручник. – Київ, Чеський центр у Києві, 2019. – 272 с.

Додаткова:

1. Абрамченко В.В. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии / В.В. Абрамченко, В.М. Болотских. – СПб.: ЭЛБИ, 2007. – 192 с.
2. Аряев М.Л. Дитячі хвороби. Неонатальний, малюковий і ранній вік. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2001. – 328 с.
3. Болезни детей старшего возраста: Руководство для врачей. – М.: Мед пресс-информ, 2012. – 608 с.
4. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж. – М.: ТЕО ТАР-МЕД, 2012. – 558 с.
5. Красикова И.С. Детский массаж. Массаж и гимнастика для детей от рождения до трех лет.-2-е изд., испи доп. –СПб., КОРОНА прин, 2000-320 с.
6. Марченко О. К. Основы физической реабилитации. – К.: Олимпийская литература, 2012. – 528 с.
7. Общая физиотерапия / Под ред. Г. Н. Пономаренка. – СПб., 2008. – 287 с.
8. Панаев М. С. Основы массажа и реабилитации в педиатрии – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 320с.
9. Хованская Г. Н., Пирогова Л. А. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии. Учебное пособие. – Гродно: ГрГМУ, 2010. – 184 с.
10. Физиотерапия. Классический курс, 1 часть / Под ред. С.Б. Портера /Пер. с англ. под. ред. Г.Н. Пономаренко.-СПб-Человек, 2014.-380.
11. Шабалов Н.П. Детские болезни том 1. - СПб.: Питер, 2011. – 832 с.

12. Шабалов Н.П. Детские болезни том 2. – СПб.: Питер, 2009. – 928 с.
13. Quirk H, Blake H, Tennyson R, Randell TL, Glazebrook C. Physical activity interventions in children and young people with Type 1 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. Diabet Med. 2014 Okt 31 (10): 1163-73. doi: 10.1111 / dme.12531
14. Therapeutic exercise: foundations and techniques / Carolyn Kisner, Lynn Allen Colby; illustrations by Jerry L. Kisner. – 91 p.

Інформаційне забезпечення.

1. <http://studentam.net>
2. <http://physrehab.org.ua/uk/home/>
3. bukvar.su/medicina-zdorove/122796-Reabilitaciya-pri-narusheniyah-techeniya-beremennosti.html
4. http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00005111_0.html.