

Дашенко Вікторія, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.м.н., доцент Палапа В. В. (Міжнародний економіко– гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ПРИ НЕПРАВИЛЬНИХ ПОЛОЖЕННЯХ ПЛОДУ

***Анотація.** В статті теоретично досліджено причини виникнення неправильних положень плоду. Проаналізовано та узагальнено існуючі методики корекції неправильних положень плоду в III триместрі вагітності. Розкрито основні завдання лікувальної фізичної культури при неправильних положеннях плоду.*

***Ключові слова:** вагітність, фізична реабілітація, коригуюча гімнастика, неправильні положення плоду.*

***Аннотация.** В статье теоретически исследованы причины возникновения неправильных положений плода. Проанализированы и обобщены существующие методики коррекции неправильных положений плода в III триместре беременности. Раскрыты основные задачи лечебной физической культуры при неправильных положениях плода.*

***Ключевые слова:** беременность, физическая реабилитация, корректирующая гимнастика, неправильные положения плода.*

***Annotation.** The article theoretically investigated the causes of incorrect positions of the fetus. The existing methods of correcting the wrong provisions of the fetus in the third trimester of pregnancy are analyzed and summarized. The basic task of medical physical culture in malposition are disclosed.*

***Keywords:** pregnancy, physical rehabilitation, corrective exercises, malposition.*

За останнє десятиліття сучасна наука володіє переконливими даними про велике значення регулярної рухової активності і правильно побудованого фізичного тренування для здоров'я жінки. Колись вважалося, що фізичні вправи недопустимі для вагітної жінки. Сьогодні ж всі упевнені в тому, що фізкультура не лише корисна, але і необхідна майбутнім мамам і їх малютам [1].

Заняття фізичною культурою в період вагітності сприятливо впливають на всі функції організму жінки. Слід мати на увазі, що у вагітних жінок серце набуває майже горизонтального положення, оскільки плід, розвиваючись, піднімає діафрагму; вени, особливо нижніх кінцівок, розширюються, внаслідок застійних явищ бувають навіть набряки ніг, кишечник здавлений. Активізуються функції залоз внутрішньої секреції (щитовидної, гіпофізарної та інших), внаслідок чого змінюється обмін речовин. Підвищується збудливість нервової системи.

Спостереження показали, що вагітні жінки, які займаються фізичною культурою під час вагітності почувають себе набагато краще порівняно з тими, які фізкультурою не займалися. У них поліпшувалася функція серцево– судинної системи, шлунково– кишкового тракту, а завдяки систематичному тренуванню м'язів, що беруть участь у родовій діяльності, пологи у цих жінок проходять нормально, рідше виникають ускладнення при пологах і в післяпологовий період, тобто весь організм майбутньої мами зміцнюється. [1; 2; 3].

Проблеми фізичної реабілітації застосування засобів фізичної реабілітації в III триместрі вагітності при неправильних положеннях плоду досліджували такі вчені, як: І. Ф. Дикань, В. В. Фомичева, Е. В. Брюхина, І. І. Грищенко, Е. А. Чернуха, В. В. Абрамченко, Н. І. Файзулліна та інші.

Метою статті є теоретичне дослідження ефективності застосування засобів фізичної реабілітації, зокрема ЛФК в III триместрі вагітності при неправильних положеннях плоду.

Для досягнення мети ми ставили перед собою такі завдання: розглянути та проаналізувати літературні джерела з даної проблематики; науково обґрунтувати використання засобів ЛФК в III триместрі вагітності при неправильних положеннях плоду; провести аналіз ефективності застосування ЛФК та її впливу на вагітність у жінок.

Вагітність – це фізіологічний процес, який продовжується 40 тижнів – 10 місяців, або 280 днів. Під час вагітності в організмі жінки проходить цілий ряд змін, які викликані розвитком плоду. Одночасно ці зміни готують організм жінки до пологового акту – природного завершення кожної вагітності. Зміни в організмі вагітної жінки пов'язані з тим, що внутрішньоутробному розвитку плоду протягом усієї вагітності необхідна дедалі зростаюча кількість поживних речовин. Клітини плідного яйця порівняно з іншими клітинами організму мають надзвичайну здатність до розмноження і дуже швидкого росту, а це можливо лише за безперервного постачання необхідної кількості поживних речовин (кисню, білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, солей та ін.). Усі ці поживні речовини протягом тривалого внутрішньоутробного розвитку плід отримує з організму матері. Крім того, кінцеві продукти обміну плоду надходять у кров матері і виводяться її видільними органами.

Таким чином, організм жінки під час вагітності дістає значного додаткового навантаження, що потребує посилення та перебудови функцій найважливіших органів і систем.

Розвиток вагітності можливий в результаті складних адаптаційних процесів. Порушення адаптаційно– компенсаторних механізмів призводить до розвитку ускладнень вагітності. У свою чергу, загрозове переривання вагітності, ранній токсикоз, прееклампсія вагітних є проявами дезадаптації (С. А. Клишоногий, 2002, І. С. Захаров, 2003, Н. І. Файзулліна, 2004). Одним з ускладнень вагітності є тазове передлежання плоду, діагностується до 30–32 тижнів вагітності, а пологи в тазовому передлежанні в даний час визнані патологічними (Е. А. Чернуха 2002) [3]. Передлежання плоду – відношення великої частини плода (голівки або сідниць) до входу в таз. Якщо над входом в таз матері знаходиться головка, то передлежання головне, якщо тазовий кінець – передлежання тазове.

Сідничні передлежання діляться на чисто сідничні і змішані сідничні. При чисто сідничних передлежаннях у вхід у таз виступають сідниці; ніжки витягнуті уздовж тулуба (тазостегнові суглоби зігнуті, колінні – розігнуті). При змішаних сідничних передлежаннях сідниці звернені до просвіту тазу матері разом з ніжками, зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах.

Ножні передлежання бувають повні – передлежать обидві ніжки, злегка розігнуті в тазостегнових і колінних суглобах, і неповні – передлежить одна ніжка, розігнута в тазостегновому і колінному суглобах, інша – зігнута в тазостегновому суглобі і лежить вище. У рідкісних випадках спостерігаються різновиди ножних передлежань – колінне передлежання (передлежать зігнуті коліна), що переходить під час пологів у піхвах. Ножне передлежання утворюється під час пологів

Етіологія тазового передлежання багатofакторна. Причинами тазового передлежання є аномалії розвитку матки, вузький таз, зниження або підвищення тонуусу матки, передлежання плаценти, багатоводдя, маловоддя, короткість пуповини, вроджені аномалії плоду, порушення вестибулярного апарату плода, обвиття пуповини, спадкова схильність та ін. (В. В. Абрамченко, 2004). Діагноз тазового передлежання повинен бути встановлений до 32– 34– го тижня, а на думку деяких авторів, до 30– го тижня (В. І. Орел 2005, Е. А. Мокринська, 2005).

В даний час пологи в тазовому передлежанні відносять до патологічних (Е. А. Чернуха, 2002). Перинатальна захворюваність і смертність при тазовому передлежанні плоду значно вище, ніж при головному і обумовлено це багатьма причинами. До них відносяться асфіксія, внутрішньочерепні крововиливи, ушкодження спинного мозку, недоношеність, аномалії розвитку плода, розриви та крововиливи в органи

черевної порожнини, переломи і вивихи кінцівок, пошкодження плечового сплетення та ін. (Л. Л. Алексєєва, Н. В. Кравчук, 2003) [1; 4; 5].

Одним із шляхів зниження частоти ускладнень є виправлення тазового передлежання на головне. Тактика ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні така: призначення коригуючої гімнастики в терміні 30–37 тижнів вагітності для переведу тазового передлежання до головного. На думку Е. А. Чорнухи (2002), В. В. Абрамченко (2004) через значну частину протипоказань для зовнішнього повороту плода на голівку і можливих ускладнень, даний метод не може вважатися вирішальним в проблемі тазового передлежання.

Відомі кілька способів неінвазивної антенатальної корекції тазових положень плоду [4; 6]. До них належать метод І. Ф. Диканя, методики В. В. Фомичової, Е. В. Брюхіної, І. І. Грищенко і А. Є. Шулешової. Відомі методики – це комплекс вправ, спрямованих для переведу з тазового передлежання плоду в головне.

Недоліком відомих методів є в першу чергу відсутність візуального контролю за допомогою ехографії на наступний день, тобто вагітна може не відчувати, що дитина перекинулася, і буде продовжувати гімнастику протягом тижня, до наступного прийому в жіночій консультації. Точно визначити передлеглу частину плода (голівка це або тазовий кінець) пальпаторно не завжди вдається часом навіть лікарю з великим стажем роботи. Крім того, відомі методики не містять вправ для «зняття» пуповини з шиї плоду. Багато комплексів коригувальної гімнастики необхідно виконувати тільки за згоди лікуючого лікаря, бажано під керівництвом інструктора в школі для вагітних.

Найбільш близьким до способу антенатальної коригувальної гімнастики при тазових положеннях плода є метод І. Ф. Диканя. Даний метод використовується при високому тонусі матки і терміні вагітності 29–37 тижнів. Вагітна, лежачи на ліжку, 3–4 рази повертається поперемінно на лівий або правий бік і лежить на кожному з них по 10 хвилин. Такі заняття проводять 3–4 рази на добу протягом 7–10 днів. Гімнастика Диканя не має протипоказань і абсолютно безпечна. Поворот плода зазвичай відбувається протягом першого тижня [2; 6].

Однак недоліком цього методу є також відсутність візуального контролю за допомогою ехографії на наступний день і відсутність вправ для «зняття» пуповини з шиї плоду.

Ефективність відомих вправ, за різними оцінками, становить близько 75 %. У нашому випадку позитивний результат досягається також в 70–80 % випадків.

Здоровим вагітним потрібно займатися спеціальними гімнастичними вправами (корегуюча гімнастика) в термінах 30–37 тижнів.

Отже за результатами проведеного теоретичного дослідження нами уточнено причини формування неправильних положень плоду в III триместрі вагітності. Теоретично обґрунтовано, що одним із шляхів зниження частоти ускладнень є виправлення тазового передлежання на головне за допомогою коригуючої гімнастики в терміні 30–37 тижнів вагітності.

У перспективі планується дослідити ефективність застосування комплексних засобів фізичної реабілітації при неправильних положеннях плоду в III триместрі вагітності та на основі одержаних даних плануємо удосконалити програму фізичної реабілітації.

1. Стрижаков А. Н. Тазовое предлежание плода – новый взгляд на старую проблему / Стрижаков А. Н., Игнатенко И. В. // Акушерство и гинекология. – 2007. – №5. – С. 17– 23. **2.** Ведення вагітності і пологів у жінок з неправильним положенням плоду/ А. Ю. Лиманська, С. К. Кульчицький, К. Г. Апресова, С. О. Пап // Медико–соціальні проблеми сім'ї. – Донецьк, 2006. – Том 11, №3. – С. 45– 46. **3.** Мухін В. М. Фізична реабілітація. – К : «Олімпійська література», 2000. – 274 с. **4.** Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок. Методичні рекомендації. / Владимиров О. А., Тофан Н. І., Кліменко С. К. – К. : ШАГ Україна. – 2004. – 32с. **5.** Абрамченко В. В. Опыт применения ЛФК при тазовом предлежании плода / В. В. Абрамченко, В. В. Болотских, Л. А. Иванова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 15– 17. **6.** Чернуха Е. А. Тазовое предлежание плода: рук. для врачей / Е. А. Чернуха, Т. К. Пучко.– М. : ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 172 с.