

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ  
КУЛЬТУРИ**

**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

**КУРС ЛЕКЦІЙ**  
з навчальної дисципліни  
«Фізична терапія в акушерстві та гінекології»  
для студентів

спеціальності 227 «фізична терапія, ерготерапія»  
факультет фізичної терапії та ерготерапії  
спеціалізація фізична терапія, ерготерапія

“ЗАТВЕРДЖЕНО”  
на засіданні кафедри фізичної терапії та ерготерапії  
„\_\_\_” вересня 2021 р. протокол № 1  
в. о. зав.каф Ціж Л. М.

## Тема 1.

### Тема: Загальні поняття гінекології та акушерства

1. Вступ до дисципліни акушерства та гінекології.
2. Історія розвитку акушерства та гінекології.
3. Структура і організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.

#### 1. Вступ до дисципліни акушерства та гінекології.

Акушерство і гінекологія – це дві спеціальності, які в практиці тісно пов'язані між собою. Акушерство (від франц. accoucher – народжувати) – медична дисципліна, що об'єднує відомості про дитородну функцію жінки і визначає раціональну допомогу під час нормального і патологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду. Важливим розділом акушерства є профілактичні заходи, направлені на попередження патологічних процесів, які виникають на підставі вагітності.

Гінекологія (наука про жінку, від грец. gune – жінка та logos – наука) – медична дисципліна, що займається вивченням фізіологічної діяльності статевих органів жінки та патологічних процесів, що виникають в них, а також профілактикою та лікуванням захворювань статевих органів.

#### 2. Історія розвитку акушерства та гінекології.

Акушерство – це найдавніша галузь медицини, а гінекологія сформувалась як окрема медична дисципліна в середині XIX сторіччя. Зараз в Україні створена широка мережа лікувально-профілактичних установ по наданню допомоги матерям і дітям. Це консультації для жінок і дітей, акушерсько-гінекологічні стаціонари, ясла, дитячі садки, дитячі поліклініки і лікарні.

Зародження акушерсько гінекологічної практики. Акушерство і гінекологія в пер вісному суспільстві. Акушерство зародилося на зорі людства. Історичні дослідження дозволяють вважати, що вже в період кам'яного віку (неоліту) існувала допомога при пологах, яку здійснювали старші, досвідчені жінки, чаклуни і шамани. Можна припустити, що в період матріархату

допомога роділлі надавалася старшою в родині жінкою. Не виключено, що в той далекий час жінка народжувала і без будь-якої допомоги, сама перекушувала пуповину, як це роблять тварини. Підтвердженням цьому може слугувати побут деяких тубільців Бразилії, де в недалекому минулому жінки народжували саме так. Подальше удосконалювання знарядь праці привело до змін людини і людського суспільства.

Рабовласницький лад. Відомими пам'ятками медичної літератури тієї епохи були різні єгипетські папіруси, у тому числі — «гінекологічний папірус» з Кахуна (XXX ст. до н. е.), китайські ієрогліфічні рукописи (XXVII ст. до н. е.), вавілонські клино-писні записи (XXII ст. до н. е.), індійська книга «Аюрведа» («Знання життя») у кількох редакціях (IX–III ст. до н. е.). На фоні загального розвитку людського суспільства у зв'язку з розвитком наук, і зокрема загальної медицини, одержує подальший розвиток і акушерство. Вперше виникають питання про причину тяжких пологів і з'являються раціональні прийоми для прийняття пологів.

У різних народів Стародавнього світу знання про акушерство були різні, звідси і різний характер допомоги. Акушерство і гінекологія в Стародавній Греції і Стародавньому Римі. Грецькі лікарі практикували з усіх спеціальностей. Акушерська допомога ними надавалася лише у випадках тяжких пологів.

Акушерство і гінекологія в період становлення буржуазних держав. Новий напрямок у медицині з'явився в працях Парацельса, Везалія та ін. Новатори прагнули розвивати медичну науку на основі досвіду і спостережень. Так, один з найвідоміших лікарів-реформаторів епохи Відродження Парацельс (1493–1541) відкинув вчення про чотири соки людського тіла, вважаючи, що процеси, які відбуваються в організмі, є процесами хімічними. Великий анатом А. Везалій (1514–1564) виправив помилку Галена і вперше правильно описав будову серця та матки жінки. Інший відомий анатом, італієць Габріель Фаллопій (1532–1562), докладно описав яйцепроводи, що одержали його ім'я (фаллопіїві труби). У цей період

почала бурхливо розвиватися анатомія як наука. Це привело до великої кількості відкриттів і також у галузі гінекології.

У XIX ст. активно формувалися вітчизняні наукові школи. Значними науковими центрами стали медичні факультети Київського, згодом Харківського і Одеського університетів/

#### **4. Структура і організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні**

Стратегія розвитку акушерсько-гінекологічної служби в Україні базується на принципах, затверджених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

Органи управління. На чолі акушерсько-гінекологічної допомоги стоїть Головне управління медичної допомоги дітям та матерям Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. Основні законодавчі акти з питань охорони материнства і дитинства приймає відповідна комісія Верховної Ради України. Лікувально-профілактична допомога жінкам надається в амбулаторно-поліклінічних, лікарняних і санаторно-курортних закладах, а також в закладах швидкої медичної допомоги.

Основними закладами охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу є:

1. Об'єднаний пологовий будинок (загального профілю і спеціалізований по одному із видів патології вагітних: серцево-судинні, ендокринні захворювання, туберкульоз, серологічна несумісність крові матері та плоду, невиношування вагітності та ін.). В неспеціалізованих пологових будинках є відділення або палати для вагітних, роділь і породіль з вказаними захворюваннями.

2. Жіноча консультація, яка може бути структурним підрозділом пологового будинку, поліклініки або амбулаторії.

3. Акушерські та гінекологічні відділення міських, обласних, районних, відділкових та інших лікарень.

## **Тема 2. Загальні уявлення про вагітність.**

1. Вагітність та розвиток плода.
2. Адаптація організму жінки до вагітності.

Вагітність — це процес, при якому продукт запліднення (концептус) імплантується в матку або, інколи, в інші місця організму. Вагітність закінчується пологами або спонтанним, або медичним абортom і супроводжується численними фізіологічними змінами в більшості органів і систем жіночого організму. У сексуально активної жінки з регулярними менструальними циклами затримка очікуваної дати менструації на кілька днів або тижнів потребує підтвердження або виключення діагнозу вагітності.

Вагітність жінки триває близько 280 днів або 40 тижнів. Триместри вагітності:

1-й триместр — 1—16-й тиждень вагітності;

2-й триместр — 17—32-й тиждень вагітності;

3-й триместр — 33—40-й тиждень вагітності

Гестаційний вік плода — вік плода в тижнях і днях гестації, рахуючи з першого дня останньої менструації (ОМ) жінки.

Розвитковий вік плода – вік плода в тижнях та днях, рахуючи з моменту фертилізації. Враховуючи, що фертилізація звичайно виникає через 14 днів після першого дня останньої менструації, гестаційний вік плода на 2 тиж більший, ніж розвитковий. Ембріон – продукт концепції від моменту фертилізації до 8 тиж вагітності (10 тиж гестаційного віку). Після 8 тиж до моменту пологів продукт концепції називають плодом.

Термін новонароджений використовують у період від народження до 1-річного віку дитини. Як і більшість тваринних організмів, людина розмножується статевим шляхом, тобто внаслідок відокремлення від жіночого (материнського) організму жіночих статевих клітин (яйцеклітин) та від чоловічого (батьківського) організму чоловічих статевих клітин

(сперматозоїдів) при умові запліднення, яке являє собою злиття чоловічої і жіночої статевих клітин (гамет).

Процес дозрівання яйцеклітини і сперматозоїда є складним. Він завершується редукційним поділом, внаслідок чого кількість хромосом в ядрах обох клітин зменшується вдвічі – утворюються клітини з гаплоїдним набором хромосом (23 хромосоми, одна з яких є статевою). З моменту запліднення розпочинається вагітність, зигота набуває здатність до активного поділу і диференціювання.

### Критичні періоди розвитку плода

Під час внутрішньоутробного розвитку плода виділяють ряд критичних періодів.

Першим критичним періодом розвитку вважається час, що передує і співпадає з імплантацією.

Другим – період утворення зачатків органів та систем зародки (3-7 тижні розвитку) та процес формування плаценти (9-12 тижнів вагітності). Вплив пошкоджуючих факторів під час першого критичного періоду веде до загибелі зародка (ембріотоксичний ефект). Ушкодження зародка під час органогенезу сприяє виникненню вад розвитку плоду (тератогенний ефект), рідше має місце ембріотоксична дія. Сприйнятливість до виникнення вроджених вад розвитку змінюється в залежності від генотипу вагітної, яким вона взаємодіє з навколишнім середовищем та від концентрації тератогена і способу проникнення його до плоду. Крім ембріотоксичного та тератогенного ефекту, пошкоджуючі фактори можуть викликати порушення у фетоплацентарному комплексі, що призводить до пренатальної дистрофії внутрішньоутробного плоду

## 2. Адаптація організму жінки до вагітності.

Вагітність – це фізіологічний процес в організмі жінки, що супроводжується виникненням адаптаційно компенсаторних змін у функціонуванні всіх органів і систем та інтенсифікацією обмінних процесів.

Численні зміни виникають з моменту фертилізації і тривають протягом усієї вагітності. Більшість з них є відповіддю на фізіологічні стимули, що надходять від плода. Після пологів і періоду лактації материнський організм повертається до того стану, який існував до вагітності.

Розуміння цих адаптаційних змін є найважливішою метою акушерства, тому що дозволяє визначити межу між нормою і патологією вагітності, пологів і післяпологового періоду.

**Серцево-судинна система.** Зміни серцево-судинної системи при вагітності спрямовані на покращання оксигенації плода. Протягом вагітності серцевий викид зростає на 30–50 % (1,5 л/хв) за рахунок збільшення інотропного ефекту. збільшується маса і об'єм циркулюючої крові, що змушує серце посилено працювати. В ньому виникає гіпертрофія м'язових волокон, зростає сила серцевих скорочень. ЧСС і артеріальний тиск за нормального перебігу вагітності звичайно не підвищуються.

**Дихальна система.** Гіперемія слизової оболонки та збільшення носової секреції може призводити до утрудненого носового дихання та розвитку риніту, подібного до алергічного. Ана-томічні зміни полягають у збільшенні окружності грудної клітки на 5–7 см та її діаметра на 1–2 см, збільшенні підреберного кута з 70 до 100–110°, піднятті діафрагми на 3–4 см і збільшенні її екскурсії. Легенева вентиляція і газообмін у вагітних збільшується за рахунок підвищеного хвилиного об'єму і частоти дихання.

**Опорно-руховий апарат.** Протягом вагітності змінюється центр маси тіла, що призводить до збільшення крижового лордозу і може супроводжуватися болем унизу спини. Дія релаксину і прогестерону сприяє розтягненню зв'язок таза, лобкового симфізу (з 28–30 тиж вагітності). З ростом матки і збільшенням живота, маси тіла зростають навантаження на стопи, хребет, м'язи живота і спини, змінюється статика тіла: загальний центр ваги переміщується вперед. Це викликає нахил таза вперед, збільшення поперекового лордозу, відхилення верхньої половини тулуба назад й відкидання голови назад. Таку поставу називають «горда постава вагітної».

Ендокринна система. Ендокринна активність яєчників і фето-плацентарного комплексу обумовлює новий режим роботи центральних залоз внутрішньої секреції. Під впливом постійної імпульсації кори головного мозку підвищується активність гіпоталамусу, що призводить до посиленого синтезу ним релізінг-факторів тропних гормонів гіпофізу та нейрогормонів (вазопресину і окситоцину). Окситоцин підвищує активність міометрію і стимулює клітини молочних залоз, що обумовлює його важливе значення в індукції родової діяльності, перебігу пологів та підтриманні нормального рівня лактації в післяпологовому періоді. З початком вагітності виникає нова залоза – жовте тіло, яке утворилося у яєчнику на місці фолікула, що лопнув. Гормон жовтого тіла прогестерон сприяє вкорінюванню у слизову оболонку матки зародка, знижує її збудливість і тим самим забезпечує розвиток вагітності. Через 3-4 міс жовте тіло закінчує своє існування і з'являється нова залоза внутрішньої секреції – плацента, яка починає виробляти прогестерон, естроген, гонадотропні гормони та ін.

Зміни в центральній нервовій системі. В процесі розвитку вагітності періодично змінюються процеси гальмування і збудження в центральній нервовій системі. На самому початку вагітності підвищується і тонус вегетативної нервової системи, що пояснює появу вазотонічних реакцій – слинотечі, нудота, блювання, схильності до запаморочення. Іноді переважають процеси гальмування, що призводить до розслаблення гладких м'язів внутрішніх органів. Це сприяє розвитку пієліту, атонії кишечника з послідуочим виникненням запорів.

Шлунково–кишковий тракт. Нудота і блювання зустрічаються більш ніж у 70 % вагітних у I триместрі («ранкова нудота і блювання»), хоча можуть виникати в будь-який час протягом дня. Ці симптоми пов'язані зі зростанням рівнів естрогенів, прогестерону та хоріонічного гонадотропіну та їх впливом на релаксацію м'язів шлунка; вони звичайно самостійно зникають у 14–16 тиж вагітності.

Сечовивідна система. Протягом вагітності розміри нирок збільшуються, сечовід розширюється. Поряд зі збільшенням кількості сечі об'єм сечового



міхура зменшується через стиснення його маткою, що неухильно росте. Це тягне за собою дискомфортні явища у вигляді почастишання позивів до сечовипускання, мимовільного сечовипускання.

### **Тема 3. Нормальні та ускладнені пологи.**

1. Фази та перебіг пологів.
2. Тазові передлежання плода.
3. Макросомія в акушерстві.

#### Фази та перебіг пологів.

Пологи- це фізіологічний процес, під час якого відбувається зганяння з матки через пологові шляхи плода, плаценти з плодовими оболонками і навколоплідними водами.

Нормальні пологи- це одноплідні пологи з мимовільним початком і прогресуванням пологової діяльності в терміні вагітності 37- 42 тиж. у потиличному передлежанні плода, що перебігають без ускладнень протягом усіх. періодів пологів, за задовільного стану породіллі та новонародженого.

#### Причини настання пологів

- Зниження збудливості кори головного мозку.
- Інформація про імунологічну зрілість плода.
- Підвищення рівня окситоцину, простагландинів.
- Накопичення енергетичних речовин.
- Зняття прогестеронового блокування матки.
- Посилення пордукції естрогенів.
- Зменшення навколоплідних вод.

#### Провісники пологів

Про наближення пологів можна дізнатися з деяких ознак, які з'являються за 2-3 тиж до початку пологів:

- дно матки опускається, у зв'язку з чим припиняється стиснення діафрагми, і жінка відзначає, що стало легше дихати;

- передлегла частина плода опускається;
- «дозрівання» шийки матки (шкала Бішопа);
- виділення з піхви тягучого слизу (відходження слизової пробки Кристеллера);
- тягнучий біль в ділянці крижів та нижній частині живота (прелімінарні перейми);
- зменшення маси тіла перед пологами.

Біомеханізм пологів.

Біомеханізм пологів - це сукупність згинальних, поступальних, обертальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи по родовому каналу матері.

1-й періоді пологів (розкриття матки)

2-й періоді пологів (зганяння плоду)

3-й період (послідовий період)

Біомеханізм пологів характеризується: провідною крапкою, точкою фіксації і превалюючим рухом, який виконує передлегла частину, вставляючись в різні площини малого таза. В площині входу в малий таз можливе згинання або розгинання голівки.

Нормальним біомеханізмом пологів називається біомеханізм при головних згинальних вставленнях черепа плода в передньому або задньому видах. Патологічний механізм пологів при розгинальних передлежаннях. До розгинальних передлежань належать: біомеханізм пологів при передньоголовному, лобовому і левому вставленнях. Проміжне положення між нормою патологією займають пологи при тазових ( , колінних і сідничних передлежаннях).

2. Тазові передлежання плода.

Передлежання плода – відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. При поздовжньому положенні може бути прилеглою частиною або голівка або тазова частина плода.

Причини виникнення тазового передлежання плода

- Слабкість передньої черевної стінки роділлі;
- Багаторазова вагітність;
- Недоношеність плода;
- Підвищена чи навпаки, обмежена рухова активність плода:
- Багатоводдя;
- Маловоддя;
- Недоношена вагітність;
- Багатоплідна вагітність;
- Аномалії плода (аменцефалія, гідроцефалія);
- Аномалії розвитку матки (сідловидна, дворога матка, наявність перегородки в матці);
- Наявність перешкод до вставлення голівки у вхід в малий таз (вузький таз, передлежання плаценти, пухлини нижнього сегмента матки та яєчників);
- Зниження тонуса матки і збудливості її рецепторного апарату.

#### Причини тазового передлежання

- зниження тонусу та збудливості матки
- підвищена рухливість дитини
- багатоводді
- аномалії розвитку матки

#### Головному передлежанню

- вузький таз вагітної
- передлежання плаценти
- пухлини в нижній частині матки
- вади в розвитку плода.

#### Причини формування неправильних положень

- ✓ плода мають багато спільного з причинами тазових передлежань.
- ✓ Зниження тонусу мускулатури матки, зміна форми
- ✓ матки, надмірна або різко обмежена рухливість плода або при перешкоді для встановлення повздовжнього положення плода.

## Класифікація тазових передлежань плода

Залежно від розташувань частин плода, тазові передлежання поділяють на:

- Сідничні, або згинальні;
- Ножні, або розгинальні.

Сідничні передлежання плода поділяють на:

- Суто сідничні (неповні)
- Змішані (повні)

Ножні передлежання плода поділяють на:

- Повні ножні;
- Неповні ножні;
- Колінне передлежання.

Піхвове обстеження: Краще діагностується після розриву плодового міхура і при достатньому розкритті маткового вічка (не менше ніж на 4-5 см). На великій м'якій передлеглій частині плода визначають сідничні горби, щілину між сідницями, статеві органи (особливо у хлопчиків), відхідник. У разі неповного сідничного передлежання слідом за ніжкою можна пальпувати пахвинний згин. У разі змішаного передлежання плода нерідко пальпується сідниця. Пальпація крижів дає змогу уточнити позицію і вид передлежання плода (де крижі, там і спинка плода).

Додаткові методи дослідження: Ультразвукове дослідження (УЗД), яке проводять під час вагітності тричі. УЗД- найінформативніший метод діагностики.

При диспансерному нагляді за вагітною в жіночій консультації попередній діагноз тазового передлежання плода встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів. У терміні вагітності 30 тижнів уживають заходів, що *сприяють самоповороту плода на голівку*.

Для цього рекомендують:

- Положення на боку протилежному позиції плода;
- Колінно-ліктьове положення по 15 хв 2-3 рази на добу.

Протипоказання до проведення терапевтичних вправ:

Загроза передчасних пологів;  
Передлежання плаценти;  
Низьке прикріплення плаценти;  
Анатомічно вузький таз II-III ступеня.

#### **Тема 4.**

##### **Загальна характеристика гінекологічних захворювань.**

1. Класифікація та форми порушень менструального циклу.
2. Неправильне положення внутрішніх статевих органів.
3. Нетримання сечі.

Розлади оваріально-менструальних циклів можуть виникнути в різні вікові періоди: як під час статевого дозрівання, так і в зрілому віці. Порушення циклів можуть виявлятися в ритмі, тривалості й у кількості крововиділення, у появі внизу живота болю, який виникає за 3–4 дні до початку менструації та минає з її появою, а іноді триває протягом усього періоду менструації.

Аменорея — відсутність менструацій у жінок репродуктивного віку. Аменорея може бути первинною і вторинною.

Первинна аменорея: — відсутність менархе до 14 років при відсутності відповідного росту і вторинних статевих ознак (розвитку молочних залоз і лобкового оволосіння); — відсутність менархе до 16 років незалежно від розвитку вторинних статевих ознак або через 4 роки після телархе (початку розвитку молочних залоз). Частота первинної аменореї дорівнює близько 1–2 %.

Вторинна аменорея: — відсутність менструації протягом > 6 міс; — відсутність менструації протягом трьох повних менструальних циклів після попередніх нормальних менструацій. Частота вторинної аменореї дорівнює близько 0,7 %. Первинна і вторинна аменорея мають різну патофізіологію

Дисменорея — переймоподібний біль під час менструації, що заважає нормальній денній активності жінки. Несильний біль внизу живота і в ділянці попереку не є патологічним. Дискомфорт під час менструації коливається від м'якого до важкого болю, що у деяких пацієнток призводить до втрати

працездатності й необхідності ліжкового режиму. Дисменорея має місце у 50–72 % жінок, що менструують, і у 10 % з них спричинює непрацездатність протягом 1–3 днів щомісяця. Дисменорея є менш частою і менш вираженою у жінок, які народжували.

Дисменорея поділяється на первинну і вторинну. Первинна, або ідіопатична, дисменорея — це біль під час менструації за відсутності причини, яку можна ідентифікувати. Вторинна дисменорея — біль під час менструації за наявності супутньої патології. Найбільш частою патологією, що проявляється вторинною дисменореєю, є міома матки, аденоміоз, ендометріоз і запальні захворювання органів таза.

## 2. Неправильне положення внутрішніх статевих органів.

Серед аномалій положення жіночих статевих органів найбільш важливе клінічне значення мають ретродевіації матки (в основному ретрорефлексія) й опущення матки і піхви. Під час огляду жінки виявляється розслаблення підвішувального і неповноцінність підтримуючого апарату матки (м'язів тазового дна, особливо леваторів). Іноді спостерігається уроджене вкорочення задньої стінки піхви, довга конічна шийка матки, залишкові явища перенесеного запального процесу в органах малого таза з утворенням зрощень із суміжними органами і малий кут нахилу таза.

## 3. Нетримання Сечі

За визначенням Міжнародного континентального товариства, нетримання сечі – це небажаний витік сечі з уретри, який об'єктивно доведений, і для жінки є соціальною та гігієнічною проблемою. Розрізняємо нетримання сечі абсолютне (при постійному витіканні сечі) та відносне. Відносне нетримання розрізняємо: стресове, імперативне, рефлексорне та парадоксальне (переповнений сечовий міхур).

Визначенню типу нетримання сечі у жінок передують цілий комплекс досліджень, починаючи з анамнезу до повного уродинамічного обстеження, що виконується у спеціалізованих закладах. На підставі аналізу отриманих

результатів цих досліджень можна об'єктивно визначити тип нетримання сечі та запропонувати відповідне лікування.

Гінекологія займається лікуванням насамперед стресового та імперативного нетримання сечі. Показання для фізичної терапії існують при стресовому нетриманні, – при консервативному лікуванні та після операції. Стресове нетримання сечі у жінок проявляється у разі навантаження і пов'язане з підвищенням внутрішньочеревного тиску. Причиною є анатомічна та функціональна слабкість тазового дна із наслідком неправильного взаємного положення сечового міхура й уретри, часто пов'язана із опусканням піхви.

Консервативне лікування – це поєднання терапевтичної фізичної культури, гормонального лікування та загальної корекції стилю життя. Електростимуляція та введення засобів у піхву використовуються для стимуляції скорочення м'язів тазового дна.

#### Значення Фізичної Терапії

- посилення м'язів тазового дна;
- поліпшення кровообігу малого таза;
- профілактика чи усунення вертеброгенних проблем;
- стимуляція кишкової перистальтики; • поліпшення загального фізичного та психічного стану.

Спеціальні динамічні вправи й ізометричні напруження спрямовані на зміцнення м'язово-зв'язкового апарату тазового дна, мускулатури уретри, таза, глибоких м'язів спини, а також для відновлення замикальної функції сфінктерів сечового міхура й уретри, усунення анатомо-топографічних змін органів малого таза. Більшість спеціальних динамічних вправ слід виконувати зі скороченням і розслабленням м'язів промежини, що здійснюється відповідно у фазу вдиху і видиху. Для повноцінного скорочення м'язів промежини необхідно одночасно втягти анус, стиснути піхву і спробувати зімкнути зовнішній отвір сечівника.

Протипоказані: біг, швидка ходьба, підскоки, ривкові рухи, різкі зміни положення тіла, натужування, затримка дихання.