

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ
«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ
імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ

**САМОСТІЙНІ ЗАНЯТТЯ СТУДЕНТОК
ІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

*Рекомендовано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського
як навчальний посібник для студентів
всіх спеціальностей*

Київ

КПІ ім. Ігоря Сікорського

2021

Фізичне виховання. Самостійні заняття студенток із гінекологічними захворюваннями: навч. посіб. для студентів всіх спеціальностей / КПІ ім. Ігоря Сікорського; уклад.: І. Ю. Карпюк, Т. К. Обезюк. – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2018. – 68 с.

Гриф надано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського (протокол № 1 від 16.09.2021 р.)

за поданням Вченої ради факультету біомедичної інженерії (протокол № 16 від 30.08.2021 р.)

Навчальне видання

Фізичне виховання

Самостійні заняття студенток із гінекологічними захворюваннями

Укладачі: Карпюк Ірина Юріївна, к. пед. н., доцент
Обезюк Тетяна Костянтинівна

Відповідальний редактор: Гринь А. Р., к. пед. н., доцент

Рецензенти: Діденко Л. В., д-р мед.н., професор
Вржесневський І. І., к.пед.н., доцент

ЗМІСТ

Вступ.....	4
1. Зміст і форми самостійних оздоровчо-реабілітаційних занять	6
1.1. Ранкова гігієнічна гімнастика.....	6
1.2. Вправи протягом навчального дня.....	7
1.3. Лікувальна фізична культура.....	8
2. Управління самостійними заняттями.....	11
3. Самоконтроль функціонального стану організму під час самостійних занять фізичними вправами	12
4. Будова і функціонування статевої системи організму жінки.....	20
5. Розумова і фізична працездатність жінок у різні фази менструального циклу	26
6. Механізм оздоровчої дії фізичних вправ при гінекологічних захворюваннях.....	29
7. Методики самостійних занять при поширених гінекологічних захворюваннях.....	31
7.1. Методика самостійних занять при хронічних запальних захворюваннях жіночих статевих органів.....	31
7.2. Методика самостійних занять при порушеннях менструального циклу.....	39
7.3. Методики самостійних занять при неправильних положеннях матки.....	43
7.4. Методика самостійних занять при опущенні статевих органів і функціональному нетриманні сечі	48
7.5. Методика самостійних занять після оперативних втручань	52
8. Сексуальне виховання і його вплив на репродуктивне здоров'я	59
Література	68

ВСТУП

Відомо, що у більшості розвинутих країн Європи спостерігається від'ємний приріст населення. Кризова демографічна ситуація, обумовлена різноманітними причинами, склалася і в Україні. У державі протягом десятиліть спостерігаються низькі коефіцієнти народжуваності. Здоров'я населення України, у тому числі репродуктивне, попри виконання низки програм, спрямованих на його збереження, залишається незадовільним. Значення сумарного коефіцієнта народжуваності, який визначається найбільш коректним індикатором результатів дітородної активності населення, свідчать про те, що відтворення поколінь нині не забезпечується. Унаслідок низької народжуваності і високої смертності чисельність населення України безперервно зменшується.

Депопуляція, що спостерігається, є загрозою національній безпеці держави. Складні соціально-економічні умови, що існують протягом останніх десятиліть, погіршення репродуктивного здоров'я населення України не надають оптимізму.

Проте здоров'я населення залишається єдиним критерієм доцільності й ефективності усіх без винятку сфер діяльності людини (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН, 1979). Реалії життя потребують саме працездатного населення для забезпечення економічних потреб суспільства, що, у свою чергу, примушує повернутися обличчям до менш витратних порівняно з лікуванням методів профілактики хвороб. Слід підкреслити, що сама людина також є відповідальною за збереження власного здоров'я, а часто і здоров'я рідних, і ніякі державні заходи, спрямовані на поліпшення ситуації, не допоможуть створити мотивацію до здорового способу життя, позбавитися від шкідливих звичок тощо. Людина повинна пам'ятати, що своєю необачною поведінкою вона може зруйнувати здоров'я та особистий генофонд. Відповідальне батьківство, профілактика захворювань, попередження абортів і планування сім'ї сприяє поліпшенню стану репродуктивного здоров'я.

Жінка за своїми фізіологічними особливостями покликана виконувати роль продовжувача людського роду. Останнім часом відзначається зростання запалень жіночих статевих органів. Запальні захворювання найчастіше виникають у молодому віці. У разі переростання цих захворювань у хронічні може настати безпліддя.

Фізична культура як важливий засіб зміцнення, профілактики і лікування захворювань набуває все більшого поширення в акушерсько-гінекологічній практиці. Основна мета занять фізичними вправами з гінекологічними хворими – сприяти більш легкому перебігу патологічного процесу, запобігати можливим ускладненням, якнайшвидше ліквідувати залишкові явища. Вибір засобів лікувальної фізкультури залежить від характеру захворювання, стадії процесу, виду й ступеня функціональних розладів, больових відчуттів, загального стану здоров'я, рівня фізичного розвитку та рухової підготовленості, ступеня адаптації до виконання фізичних вправ.

1. Зміст і форми самостійних оздоровчо-реабілітаційних занять

Самостійні заняття – форма занять фізичним вихованням для ефективного засвоєння рухових завдань, вдосконалення своїх загальнофізичних можливостей, які проводять студенти самостійно у вільний від навчання час. Зміст і форми самостійних занять фізичними вправами визначаються їх метою і завданнями.

Під час самостійних занять вирішуються такі завдання:

зміцнення здоров'я, сприяння гармонійному фізичному розвитку та загартуванню організму;

ліквідація залишкових явищ після перенесеного захворювання та підвищення фізичної і розумової працездатності;

підвищення компенсаторних можливостей організму молодій людині;

формування й удосконалення основних рухових умінь та навичок;

формування навичок і виховання звичок особистої і суспільної гігієни та здорового способу життя.

Існує три форми самостійних занять: ранкова гігієнічна гімнастика, вправи протягом навчального дня, самостійні заняття. Ураховуючи особливе значення ранкової гігієнічної гімнастики, її необхідно щоденно включати в розпорядок дня всім студентам.

1.1. Ранкова гігієнічна гімнастика

Ранкова гігієнічна гімнастика прискорює перехід організму від сну до активного стану, що супроводжується перебудовою діяльності усіх систем організму на новий режим роботи. Заняття фізичними вправами зміцнює руховий апарат, сприяє збільшенню сили, витривалості, вдосконаленню координації рухів, поліпшує чутливу функцію м'язів, що забезпечує засвоєння найскладніших рухів. Ранкова гімнастика дає змогу подолати гіподинамію, яка притаманна сучасним студентам, зміцнити здоров'я, підвищити фізичну і розумову працездатність.

Ранкову гімнастику рекомендують проводити на свіжому повітрі. У разі виконання гімнастики в приміщенні потрібно добре провітрити кімнату, робити вправи при відчиненому вікні.

Комплекс вправ ранкової гімнастики включає вправи для всіх груп м'язів, вправи на гнучкість і рухливість, дихальні вправи. Можна включати вправи зі скакалкою, еспандером і резиновим джгутом, м'ячем. Не рекомендується виконувати вправи статичного характеру, зі значним обтяженням, на витривалість.

Під час виконання вправ радять поєднувати дихання з рухами. Вдих поєднуємо з розведенням рук у сторони або підніманням їх догори, з потягуванням і прогинанням хребта, з розпрямленням тулуба після нахилів, поворотів, присідань. Видих слід робити під час опускання рук донизу, нахилів і поворотів тулуба, присідань, почергового піднімання ніг уперед маховими рухами тощо.

Навантаження у комплексі вправ ранкової гімнастики має бути таким, щоб після закінчення виникло почуття легкості, бадьорості, гарного настрою.

Через кожні два-три тижні потрібно підвищувати навантаження за рахунок збільшення кількості повторень, інтенсивності виконання кожної вправи, а також включенням до комплексу додаткових вправ.

Облік ефективності ранкової гімнастики реєструється в щоденнику самоконтролю, у якому відмічаються суб'єктивні відчуття й об'єктивні дані стану організму.

1.2. Вправи протягом навчального дня

Активний відпочинок – короткочасні проміжки часу виконання спеціально підібраних фізичних вправ для відновлення розумової чи фізичної працездатності та поліпшення функціонального стану втомленого організму.

Через підвищення розумового напруження у студентів спеціальних медичних груп активний відпочинок під час аудиторних навчальних занять і самостійної роботи набуває особливого значення. Правильне чергування розумової та фізичної праці є визначальним фактором підвищення її

ефективності. Розумова діяльність повинна включати паузи пасивного відпочинку і рухової активності. Пасивний відпочинок є засобом зняття нервового напруження, а фізичні вправи – ефективним засобом активізації діяльності всіх систем організму, що забезпечують розумову працездатність.

Великі розумові навантаження впродовж тривалого часу можуть призвести до нервово-емоційного напруження. Напруження визначається як непевністю в результатах екзаменів, так і збільшенням обсягу і тривалості розумової праці. За таких умов заняття фізичними вправами стає важливим засобом розрядки нервового напруження та збереження психічної рівноваги.

У режимі навчального дня доцільно кожні дві години проводити фізкультпаузи упродовж 5–7 хв, які являють собою комплекс із 7–8 фізичних вправ для тих м'язових груп, які більшою мірою мають статичне навантаження (м'язи рук, плечового поясу, спини і таза). Фізкультпаузи потрібно проводити як профілактичний засіб до того, як з'являться перші ознаки стомленості.

Скорочені фізкультурні паузи називають фізкультурними хвилинками. Такі фізкультпаузи містять 3–4 вправи, які виконують упродовж 1–2 хв кожні 45 хв навчання.

Під час екзаменаційних сесій організація занять з використанням фізичних вправ повинна мати переважно профілактичний і відновний характер. У процесі занять слід використовувати середньоінтенсивну циклічну фізичну працю, вправи на розслаблення. Ефективність фізичних вправ тим вища, чим більше м'язів залучено до активної діяльності.

1.3. Лікувальна фізична культура

Лікувальна фізкультура – комплекс засобів, форм і методів фізичної культури, які застосовують до хворої або ослабленої людини з лікувально-профілактичною метою для повноцінного відновлення здоров'я і працездатності. Лікувальна фізкультура сприяє відновленню фізіологічних функцій, які порушуються під час хвороби. Застосування дозованих фізичних вправ посилює діяльність серцево-судинної, дихальної, ендокринної та інших

систем організму, підвищує загальний його тонус.

Дихальні вправи місцево впливають на органи черевної порожнини за рахунок зміни положення діафрагми. Діафрагмальне дихання активізує черевний кровообіг, позитивно впливає на секреторну і моторну функції органів травлення, прискорює окиснево-відновні процеси в них.

Вправи для рук зміцнюють нервову та серцево-судинну системи.

Вправи для тулуба нормалізують роботу нервової системи, поліпшують крово- та лімфообіг в усіх органах, особливо в органах травлення, активізують обмінні процеси в тканинах.

Важливо, щоб лікування було доступним, приємним, викликало позитивні емоції, нормалізувало апетит, поліпшувало сон, травлення і давало стійкі результати. Усім цим вимогам відповідає лікувальна фізкультура.

Лікувальний та виховний вплив відповідних до віку та характеру захворювання засобів лікувальної фізкультури можливий лише у разі дотримання низки **дидактичних принципів**, вироблених теорією і практикою фізичного виховання та лікувальної фізкультури.

Принцип систематичності є провідним, полягає у безперервності, планомірності використання будь-яких засобів лікувальної фізкультури у всіх можливих формах і забезпечує регулярність занять. Унаслідок цього фізіологічні зрушення, що відбуваються в організмі під впливом фізичних вправ, а також компенсаторні пристосувальні реакції закріплюються. Перерви в заняттях лікувальною фізкультурою призводять до втрати чи послаблення умовно-рефлекторних зв'язків, змінюють перебіг пристосувальних реакцій, які без підкріплень також припиняються.

Принцип від простого до складного передбачає поетапне підвищення вимог, що ставляться перед молодим організмом. Це стосується як конкретних лікувальних, так і виховних завдань.

Принцип поетапного підвищення вимог важливий для адаптації організму до підвищеного навантаження та вирішення виховних завдань. Для цього у зміст занять та інших форм лікувальної фізкультури періодично

вводяться складніші види вправ, підвищується обсяг та інтенсивність фізичного навантаження.

Принцип індивідуального підходу враховує особливості розвитку, ступінь відставання чи випередження фізіологічних вікових показників рухових умінь, особливості перебігу хвороби, наявність чи відсутність ускладнень, супутніх захворювань та синдромів. Індивідуальний підхід спостерігається і в постановці завдань, і в доборі засобів їх вирішення, і в методиці застосування засобів лікувальної фізкультури у різних формах.

Принцип посильності. Усі засоби лікувальної фізкультури повинні бути посильними як за своєю структурою, так і за рівнем фізичного навантаження. Ця посильність визначається відповідністю попереднього рухового досвіду, фізичної підготовленості та стану рухового апарату.

Поєднання загального та спеціального впливу. Загальнорозвиваючі фізичні вправи дають можливість підтримати оптимальний рівень роботи фізіологічних систем. Загальний фізіологічний ефект таких вправ забезпечує стимулювальну дію лікувальної фізкультури. Розвивається налаштованість функціональних систем, що допомагає легше вирішити завдання лікувальної фізкультури за допомогою спеціально підібраних вправ.

Принцип чергування, або розсіяного м'язового навантаження важливий для запобігання стомлюваності під час занять. Цей принцип передбачає таке поєднання засобів лікувальної фізкультури, завдяки застосуванню яких робота м'язів, які здійснюють рухи, чергувалася з роботою інших, залишаючи можливість для відновних процесів.

Принцип свідомості й активності. Для посилення дії засобів лікувальної фізкультури, підвищення психотерапевтичного ефекту, а також вирішення лікувально-виховних завдань потрібна свідома, активна участь студента у заняттях. Свідоме ставлення до лікувальної фізкультури зумовлює інтерес до занять, відвертає увагу від небажаного зосередження на думках про хворобу, надає всім лікувальним заходам оптимістичного звучання. Особливе

значення цей принцип має для розвитку рухових навичок та поліпшення якості рухів.

2. Управління самостійними заняттями

Управління самостійними заняттями полягає у визначенні стану здоров'я, рівня фізичної підготовленості на кожному етапі занять і відповідно до результатів цього визначення – у корегуванні різних сторін занять для досягнення їх найбільшої ефективності.

Для управління процесом самостійних занять потрібно провести деякі заходи.

Визначення мети самостійних занять. Метою занять можуть бути: зміцнення здоров'я, загартування організму й поліпшення загального самопочуття, підвищення рівня фізичної підготовленості.

Визначення індивідуальних особливостей тих, хто займається, – стану здоров'я, фізичної підготовленості, умов харчування, навчання й побуту, вольових і психічних якостей тощо. Відповідно до індивідуальних особливостей визначається реально досяжна мета занять. Якщо студент належить до спеціальної медичної групи, то метою його самостійних занять буде зміцнення здоров'я і загартування організму.

Розроблення і коректування планів занять з урахуванням індивідуальних особливостей тих, хто займається, і динаміки показників стану здоров'я, фізичної підготовленості, отриманих у процесі занять.

Визначення і зміна змісту, організації, методики й умов занять. Усе це необхідно для досягнення найбільшої ефективності занять залежно від результатів самоконтролю й обліку занять. Рекомендовано проводити вихідний, поточний та підсумковий контроль із записом у щоденник самоконтролю.

Мета *вихідного контролю* – зафіксувати дані вихідного рівня підготовленості тих, хто займається. Ці дані повинен мати кожен, хто починає заняття, для складання плану занять з урахуванням індивідуального

рівня фізичної підготовленості.

Поточний контроль дає змогу аналізувати показники занять. За аналізом цих показників можна перевірити правильність процесу занять і вносити поправки в плани занять.

Підсумковий контроль здійснюється наприкінці періоду занять для порівняння стану здоров'я та фізичної підготовленості.

Кількісні дані самоконтролю й обліку подають у вигляді графіка, що полегшує управління процесом самостійних занять.

3. Самоконтроль функціонального стану організму під час самостійних занять фізичними вправами

Самоконтроль – система спостережень за станом власного здоров'я, фізичного розвитку та функціонального стану організму.

Основні завдання самоконтролю:

усвідомити необхідність пильного ставлення до власного здоров'я;

опанувати найпростіші методи самоспостереження, навчитися найпростіших способів запису спостережень;

навчитися аналізувати й оцінювати показники самоконтролю;

закріпити й застосовувати на практиці отримані знання.

Регулярні заняття фізичною культурою та спортом змінюють функціональний стан організму, у зв'язку з чим потрібно систематично спостерігати за станом здоров'я.

Самоконтроль допомагає фіксувати зміни, які відбуваються у функціональному стані і фізичному розвитку, дає можливість запобігати розвитку перевтоми і хворобливого стану, а також своєчасно помітити і проаналізувати позитивні зміни в організмі.

Регулярно аналізуючи стан власного здоров'я за допомогою тестування та проведення проб, студент отримує можливість коригувати обсяг розумової праці і відпочинку, час на відновлення, вибрати засоби підвищення фізичної

та розумової працездатності, вносити необхідні зміни в особистий стиль і спосіб життя.

Ведення щоденника самоконтролю є обов'язковою умовою самостійних занять фізичними вправами. Це привчає свідомо стежити за станом власного здоров'я, дотримуватись правил особистої гігієни, аналізувати дозування фізичних навантажень, своєчасно вносити необхідні зміни до методики тренувань. Самоконтроль здійснюється у всі періоди занять і навіть під час відпочинку. Результати спостережень доцільно періодично консультивати з фахівцем з фізичного виховання і лікарем.

Записи в щоденнику в початковому періоді занять доцільно вести частіше (кожні 2–3 дні). Надалі їх можна проводити один раз на тиждень у разі стабільного хорошого стану і частіше, коли є порушення режиму і помітні відхилення в суб'єктивних і об'єктивних показниках.

Показники самоконтролю поділяються на об'єктивні та суб'єктивні.

Об'єктивними показниками є такі, які можна оцінити і визначити кількісно, що дуже важливо для спостереження за динамікою (антропометричні дані, показники фізичного розвитку, підготовленості, функціонального стану).

Суб'єктивними показниками є оцінка самопочуття, настроїв, сон, апетит, больові відчуття, їх стислі характеристики, які оцінюються за п'ятибальною шкалою: дуже погано, погано, задовільно, добре, дуже добре.

Самопочуття – інтегральний показник стану організму і гарний показник впливу фізичних вправ. Після активних занять фізичними вправами самопочуття має бути добрим. Ознаками позитивного впливу на організм систематичних занять фізичними вправами є поліпшення загального самопочуття, зростання сили, розвиток мускулатури, міцний сон, гарний настрої, апетит і підвищена працездатність. Погане самопочуття може бути наслідком надмірного навантаження, втоми від тренування, неглибокого сну (табл. 3.1). Після перших занять з'являється, як правило, біль у м'язах. Часом виникають болісні відчуття в правому або лівому підребер'ї – у ділянці

печінки, селезінки, які є наслідком розтягування капсули цих органів кров'ю, що надлишково надходить під впливом фізичного навантаження. У такому випадку слід знизити темп рухів і глибоко подихати. Якщо ж біль не проходить, часто повторюється, особливо у правому підребер'ї, це може свідчити про порушення функції печінки. В окремих випадках можлива поява кволості, головного болю, запаморочення, що свідчить про нерациональність занять.

Таблиця 3.1

Зовнішні прояви втоми після фізичного навантаження

Ознака	Ступінь втоми		
	I (незначна)	II (середня)	III (значна)
Колір шкіри	Без змін або незначне почервоніння, яке швидко минає	Значне почервоніння	Сильне почервоніння або блідість, синюшність губ
Пітливість	Невелика кількість поту на чолі і грудях	Значна пітливість, переважно на чолі, голові, лиці, верхній частині тулуба	Виражена пітливість усього тіла
Дихання	Злегка прискорене (на 5–6 в 1 хв), рівне	Значно прискорене (на 8–10 в 1 хв), іноді чергується з глибокими вдихами	Різко прискорене (на 10–15 в 1 хв), поверхневе і ритмічне, періодичні глибокі вдихи
Поведінкові реакції	Лице спокійне або дещо збуджене, виражена зацікавленість, підвищена увага і активність	Вираз обличчя напружений, підвищена збудливість, увага знижена, активність зменшується	Вираз обличчя напружений, метушливість, неуважність, відсутність уваги й інтересу до занять
Рухи	Бадьорість, чітке виконання завдань, постава не змінена	Невпевненість, точність виконання рухів погіршена; утримання правильної постави потребує деякого напруження	Нечіткі рухи, різке розхитування, бажання сісти, спертися, тремтіння кінцівок, загальне порушення координації рухів; утримання правильної постави потребує значного напруження
Самопочуття, настрої	Бадьоре, втома не відчувається, настрої гарний	Відчувається втома, прискорене серцебиття, скарги на важкість у ногах. Настрої може бути гарним	Сильна втома. Скарги на біль у м'язах, серці, можливе запаморочення, може з'явитися нудота, гикавка. Настрої пригнічений

Больові відчуття – біль у м'язах, головний біль, біль у правому або лівому боці і в ділянці серця може виникати внаслідок порушення режиму тренувань, загальної стомленості або форсування тренувальних навантажень. Виникнення больових відчуттів у м'язах новачків – явище закономірне на першому етапі тренувальних занять. Разом з тим у кожному випадку необхідно звернутися до лікаря.

Бажання займатися фізичними вправами. Якщо не має бажання займатися, а іноді відчувається й огида до занять фізичними вправами, то це є ознакою явної перевтоми після попередніх занять. Бажання займатися записуйте в щоденнику такими словами: із задоволенням, байдуже, немає бажання, огида до занять.

Сон – один із показників здоров'я. Сон створює умови для відновлення працездатності та є найкращим відпочинком. Під час сну ми поновлюємо сили, позбавляємося від стресу і багатьох хвороб.

Апетит – це приємне відчуття, пов'язане із потребою організму у прийомі їжі. Правильно побудовані заняття фізичною культурою і спортом сприяють поліпшенню апетиту. Погіршення або втрата його свідчать про захворювання чи перевтому. Їсти відразу після занять не рекомендується, краще почекати 30–60 хв. Для втамування спраги слід випити стакан мінеральної води або чаю.

Менструальний цикл. Термін “менструація” означає, що періодично з'являються крововиділення із статевих шляхів жінки в результаті відторгнення ендометрія (слизового шару матки наприкінці менструального циклу). Менструальна функція є інтегральним показником настання статевої зрілості дівчини.

Менструальний цикл – період часу від першого дня попередньої менструації до першого дня наступної. Тривалість менструального циклу у жінок коливається у фізіологічних межах від 21 да 35 діб. Частіше у жінок буває 28-добовий цикл.

На перебіг менструації можуть впливати фізичні навантаження, умови

побуту й навчання, особливості психіки, нервової та ендокринної систем тощо. У разі нормального перебігу менструальний цикл зазвичай не позначається на працездатності. У більшості дівчат, які систематично займаються фізичними вправами, менструація проходить без істотних відхилень. Правильне застосування фізичних вправ завжди позитивно впливає на функціональний стан і працездатність організму жінки, проте у дівчат нерідко спостерігаються відхилення, пов'язані з розвитком статевої функції. Тільки в результаті комплексного лікарського обстеження і спостереження можна знайти раціональний режим занять для кожного окремого випадку.

Велике фізичне напруження і надмірне збудження під час менструації несприятливо впливає на загальний стан організму, що може негативно позначитися на перебігу менструального циклу: спричинити тимчасове (на кілька годин або днів), а інколи і стійке припинення менструації. Часом збільшується втрата крові, тривалість менструації, з'являються болісні відчуття, порушується діяльність нервової і серцево-судинної систем. Тому про заняття фізичними вправами під час менструації слід обов'язково порадитися з лікарем.

Небагатьом дівчатам і жінкам у житті вдається уникнути порушень менструальної функції і пов'язаних з нею симптомів: головного болю, безсоння, депресії, збільшення маси тіла, набряків, дратівливості, зниження працездатності тощо. Часто напередодні менструації з'являються висипи на шкірі, що безумовно псує дівчатам настрій і часто знижує їх самооцінку. В організмі в цей час змінюється гормональний фон, активується робота сальних залоз, шкіра стає жирною і схильною до висипань. Усі ці явища в жіночому організмі викликаються гормональним дисбалансом, що небезпечно для здоров'я. Такі порушення необхідно усувати якомога раніше.

Зміна погоди та магнітні бурі. Різке похолодання, дощ і вітер не тільки погіршують настрій, а й впливають на самопочуття людей із серцево-судинними та бронхолегеневими захворюваннями. У багатьох починає

боліти голова, з'являються хандра і депресія. У такі дні краще не отримувати додаткового стресового навантаження – фізичного або психоемоційного.

Щоб уберегтися від дії магнітних бур на наш організм або хоча б послабити цей вплив, варто скористатися кількома найпростішими порадами:

ранок слід починати з зарядки, прогулянки або навіть з пробіжки, а не з калорійного сніданку;

не слід забувати про контрастний душ або хоча б про вологе розтирання тіла для зміцнення кровоносних судин. Корисні усі види загартувань;

слід повністю виключити вживання спиртних напоїв, гострих страв і паління;

слід не забувати про раціональне харчування. Це означає зниження калорійності вживаних продуктів (особливо під час піку магнітної бурі) на 1/2 – 1/3 частини від звичайного добового раціону. Варто обмежити вживання м'ясних продуктів, тваринних жирів і включити до раціону їжу рослинного походження;

якщо ж під час зміни погоди у вас підвищується тиск, слід порадитись з лікарем.

Маса (вага) тіла – один з важливих показників ефективності тренувальних занять, правильності харчування і взагалі здоров'я. Під впливом систематичних занять фізичними вправами відбуваються істотні зміни у масі тіла. У дорослих людей, як правило, на початку тренувальних занять спостерігається зменшення маси внаслідок звільнення організму від надлишку жиру й води. У міру підвищення тренуваності, витривалості маса тіла поновлюється і стабілізується, втрата її під час занять буде меншою, а поновлення після них – повне. Проте й збільшення, і зменшення маси тіла нерідко супроводжуються погіршенням самопочуття, втратою апетиту і свідчать про втому, порушення режиму або захворювання. Швидке зменшення маси тіла є ознакою перетренованості або перевтоми організму. Рекомендовано зважуватися один раз на тиждень у той самий час, а також періодично до і після занять.

Останнім часом проблема зайвої маси (ваги) тіла стосується багатьох людей. І це тривожна тенденція, і небезпечні її наслідки (підвищення артеріального тиску, ішемічна хвороба серця). У гладких людей у три–чотири рази частіше зустрічається цукровий діабет, у три рази – серцево-судинні захворювання.

Пульс (ЧСС) – інформативний і доступний показник стану серцево-судинної системи. Пульс можна підрахувати на променевій (розміщена трохи вище зап'ястя на внутрішньому боці руки), скроневої або сонній артеріях (розміщених відповідно на скроні або на шиї спереду, збоку від гортані). Порахуйте кількість ударів за 15 с, потім помножте отриману цифру на чотири та отримайте кількість серцевих ударів за хвилину.

Можна підрахувати пульс одразу після сну, лежачи в ліжку. Потім підвестися, постояти одну хвилину і знову підрахувати пульс. Якщо різниця перевищує 20 ударів, це свідчить про перетренованість організму, неправильний режим занять. Правильно побудовані систематичні тренування сприяють уповільненню пульсу. Швидкість відновлення пульсу після фізичного навантаження так само залежить від тренованості організму.

У стані спокою (сидячи) у чоловіків пульс у нормі становить близько 70 ударів за хвилину, а у жінок – 75. Унаслідок інтенсивних занять фізичними вправами пульс може зменшитися до 50 ударів за хвилину.

Пульс у нормі здорової людини ритмічний, хорошого наповнення і напруження.

Будь-яка фізична робота викликає прискорення пульсу:

легка робота – до 130 уд./хв;

робота середньої важкості – 140–170 уд./хв;

важка робота – 170–200 уд./хв;

дуже важка – більше 200 уд./хв.

За хорошої фізичної форми частота серцевих скорочень після фізичної праці, занять фізичними вправами, спортивного тренування через 3–5 хв не повинна перевищувати вихідний рівень на 10–15%.

Артеріальний тиск (АТ) – це тиск крові в артеріях великого кола кровообігу.

Діяльність серця характеризується почерговим скороченням і розслабленням серцевого м'яза. Скорочення серця називаються *систолою*, розслаблення – *діастолою*.

Тиск у момент систоли називають *систолічним*, чи максимальним, у момент діастоли – *діастолічним*, чи мінімальним. Визначається тиск у міліметрах ртутного стовпчика і записується у вигляді дробу: у чисельнику – величина максимального тиску, у займеннику – величина мінімального тиску, наприклад 120/80 мм рт. ст.

Для визначення *частоти дихання (ЧД)* необхідно покласти долоню лівої руки між грудною кліткою і діафрагмою. Рахувати рухи протягом 30 с, а потім отриману цифру помножити на 2. Нормальна частота рухів у спокої у чоловіків становить 16–20 за хвилину, у жінок на 1–2 цикли більше. Треновані люди дихають 8–12 циклів за хвилину. Під час м'язової роботи частота дихання збільшується.

Останнім часом, у зв'язку із захопленням молоді атлетичною гімнастикою, пауерліфтингом, гирьовим спортом та іншими силовими вправами, необхідно звернути увагу на те, що амплітуда дихальних рухів знаходиться у зворотній відповідності до розвитку м'язів, які виконують дихальні рухи. Займаючись різними видами атлетизму, не слід забувати про розвиток функцій дихальної системи, для чого використовують легкоатлетичні вправи, плавання та інші циклічні види спорту.

Людина не може існувати без кисню, від якого залежить діяльність усього організму. Кисень потрібний для утворення енергії, яка необхідна для виконання різних видів рухової активності. Дихальна (респіраторна) система надсилає кисень до організму і виводить з нього надлишок діоксиду вуглецю (CO₂).

Уявлення про функціональний стан дихальної системи та про здатність організму засвоювати кисень дають проби Штанге і Генчі.

Проба Штанге – довільна затримка дихання на вдиху. Після п'яти хвилин відпочинку слід зробити 2–3 глибокі вдихи і видихи, а потім, зробивши глибокий вдих, затримати дихання. При цьому рот має бути закритий, а ніс затиснутий пальцями. Вимірюють час від моменту затримки дихання до видиху. Середнім показником є здатність затримати дихання на вдиху 45 с. При захворюванні чи перевтомі цей показник може зменшитися до 20 с.

Проба Генчі – затримка дихання на видиху. Найцінніші показники дає затримка дихання після повного швидкого видиху, яка характеризує здатність організму до кисневого голодування. Середній показник – 30 с.

Спостереження за результатами занять є важливим компонентом самоконтролю, під час якого можна оцінити правильність застосування засобів і методів та виявити додаткові резерви для підвищення фізичної підготовленості.

Необхідно знати, що ефект вузькоспрямованого фізичного впливу повинен проявлятися вже після 8–10 занять.

4. Будова і функціонування статевої системи організму жінки

Статеві органи жінки поділяються на *внутрішні* (яєчник, маткові труби, матка, піхва) та *зовнішні* (клітор, великі та малі соромітні губи), рис. 4.1.

Яєчник – парний орган масою 5–8 г, у якому відбувається утворення і дозрівання жіночих статевих клітин.

Зверху і латерально до яєчника прилягає *маткова труба*. Це парний циліндричний орган завдовжки 10–12 см. Спочатку маткова труба йде від матки під прямим кутом і майже горизонтально, а потім, досягнувши стінки малого таза, розташовується дугою навколо бічної поверхні яєчника і закінчується біля його присередньої поверхні.

Матка – непарний порожнистий грушоподібний м'язовий орган, широкою частиною повернутий вгору і уперед, вузькою – вниз та уперед.

Орган розташований центрально в порожнині малого таза між сечовим міхуром (спереду) і прямою кишкою та петлями тонкої кишки (ззаду). Матка розташовується в порожнині малого таза у дещо нахиленому вперед положенні (антеверзіо) так, що шийка утворює з тілом матки тупий кут, відкритий у бік сечового міхура (антефлексіо).

У матці розрізняють *дно* – верхню потовщену частину, *тіло* – середній відділ і *шийку* – нижню звужену частину.

Стінка матки утворена трьома оболонками: *слизовою* (ендометрієм), *м'язовою* (міометрієм), *серозною* (периметрієм).

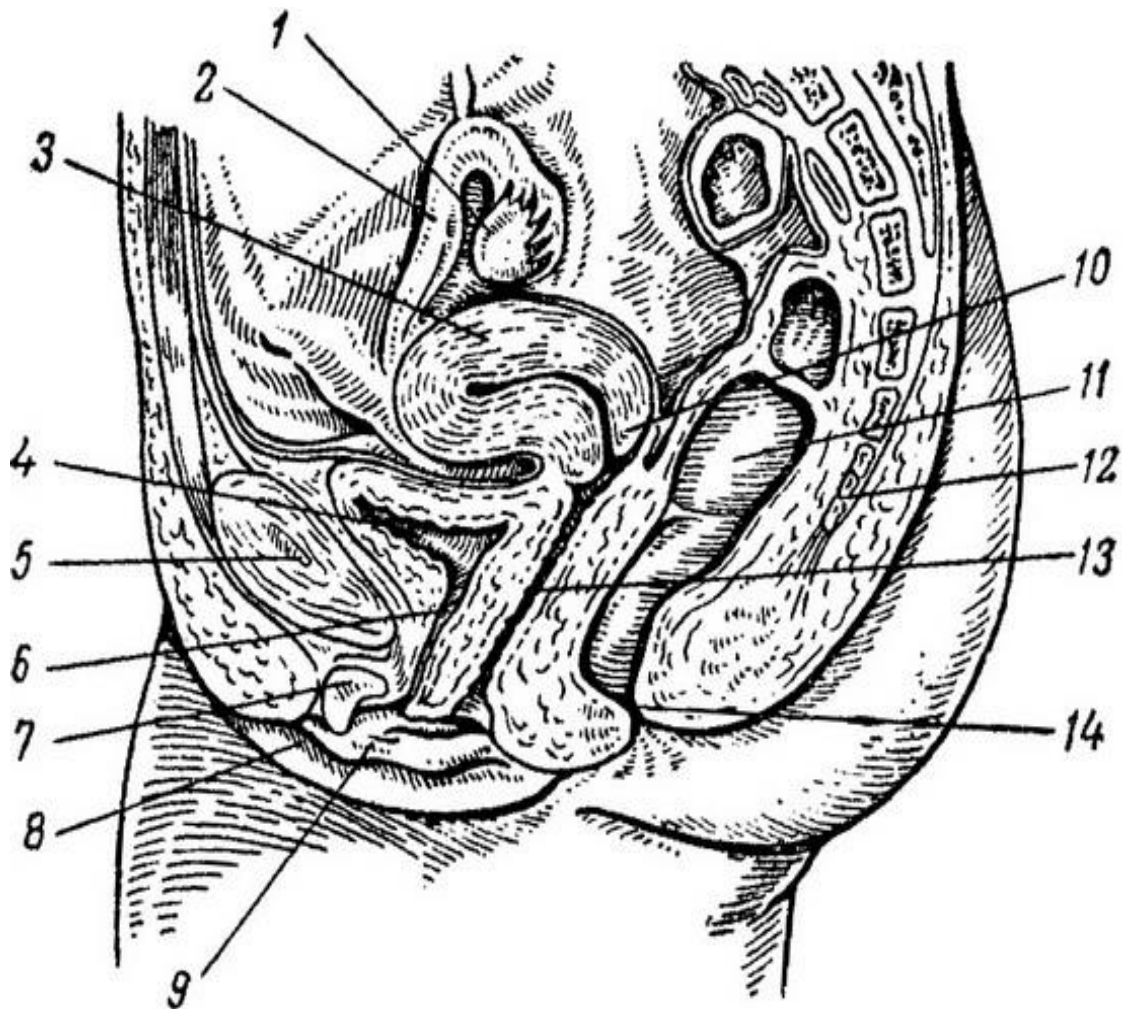


Рис. 4.1. Схема будови жіночого тазу:
 1 – яєчник; 2 – маткова труба; 3 – матка; 4 – сечовий міхур; 5 – лобковий сімфіз;
 6 – сечівник; 7 – клітор; 8 – велика соромітна губа; 9 – мала соромітна губа;
 10 – шийка матки; 11 – пряма кишка; 12 – куприк; 13 – піхва; 14 – відхідник

Піхва – сплюснена в передньозадньому напрямі трубка завдовжки 8–10 см, яка широким верхнім кінцем охоплює шийку матки, а нижнім – проникає через сечостатеву ділянку промежини і відкривається отвором.

Попереду від органа розташовані сечовий міхур і сечівник, ззаду – пряма кишка. У ділянці отвору піхви у незайманих дівчат на задньому і частково бічних краях розташовується тонка, півмісяцевої форми складка слизової оболонки – дівоча перетинка.

Промежина – комплекс м'яких тканин (шкіра, м'язи, фасції), що закриває вихід з порожнини малого таза. Промежина витримує вагу внутрішніх органів і внутрішньочеревний тиск, перешкоджаючи випадінню внутрішніх органів.

Промежинна ділянка ромбоподібна, обмежена спереду нижнім краєм лобкового симфізу, ззаду – верхівкою куприка, з боків – нижніми гілками лобкових і сідничих кісток та сідничими горбами.

Поперечна лінія, що з'єднує сідничі горби, розділяє промежину на передньоверхню *сечостатеву ділянку* та нижньозадню *відхідникову (анальну) ділянку*. Сечостатева ділянка у жінок ширша, в ній проходить не тільки сечівник, а й піхва. М'язи цієї ділянки виражені слабше, а фасції, навпаки, більш міцні. М'язові пучки м'яза замикача жіночого сечівника охоплюють також і піхву, влітаючись в її стінку й утворюючи м'яз-стискач сечівника. Центр промежини, розташований між піхвою і заднім проходом, складається з переплетених сухожилкових, м'язових та еластичних волокон.

Термін “менструальний цикл” визначає прояви специфічних біологічних процесів в організмі жінки, які характеризуються трьома основними циклічними змінами:

у системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники (яєчниковий цикл);

у матці (матковий цикл);

в екзогенітальних (позарепродуктивних) системах організму.

Сукупність циклічних процесів, які відбуваються послідовно в яєчниках, їх гормональний вплив і циклічні зміни в матці пояснюють назву

специфічного циклу – *оваріально-менструальний*. Оскільки зовнішнім, більш вираженим проявом циклічних змін є маткові крововиділення, частіше цей цикл називають *менструальним* (рис. 4.2).

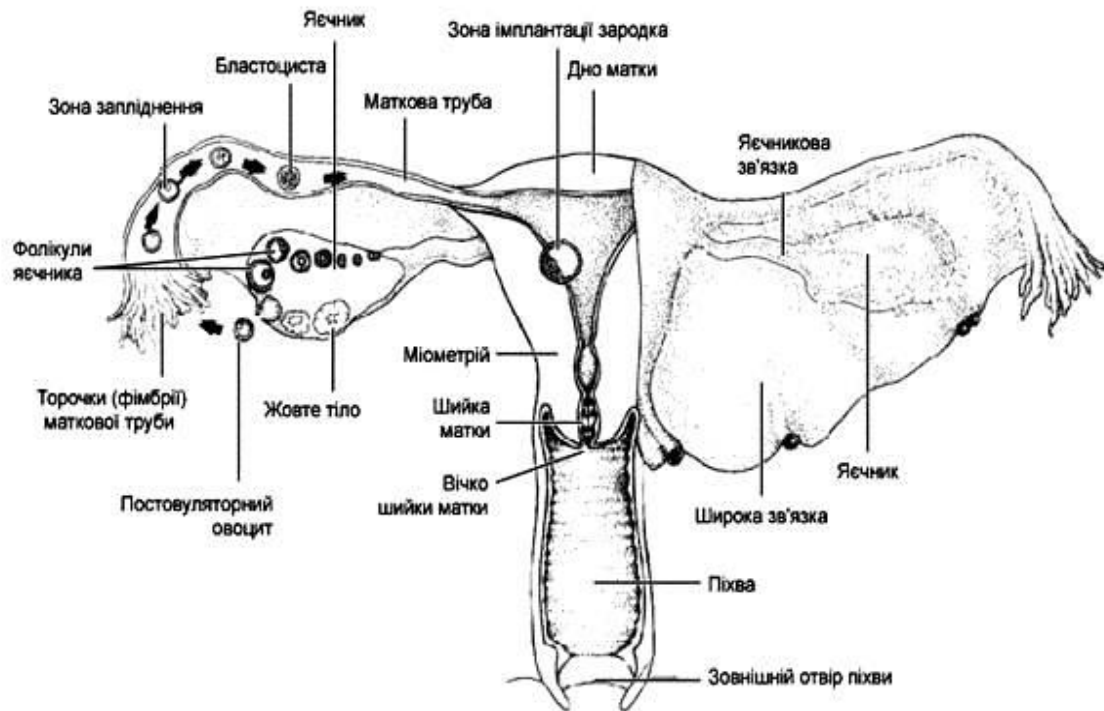


Рис. 4.2. Схема будови і функціонування жіночих статевих органів

Фізіологічний менструальний цикл повинен:

бути овуляторним (овуляція – вихід зрілої яйцеклітини з фолікула яєчника);

мати нормальну і постійну тривалість – від 21 до 35 діб;

мати тривалість менструальної фази (крововиділення) не менше трьох і не більше семи діб при загальній крововтраті впродовж усього періоду не менше 50 і не більше 150 мл;

не викликати больові відчуття.

Специфічною особливістю репродуктивних процесів в організмі жінки є їх циклічність. Нормальний менструальний цикл характеризується двофазністю гормональних співвідношень в організмі – послідовним переважанням активності естрогенів і прогестерона.

У першу половину менструального циклу від першого дня менструації до моменту овуляції (фолікулінова фаза) переважає активність естрогенів, зростає їх продукування зріючими фолікулами яєчників. Дозрівання яйцеклітини у фолікулі яєчників закінчується овуляцією – виходом зрілої яйцеклітини при розриві фолікула з яєчника. Яйцеклітина потрапляє в черевну порожнину, а потім у маткові труби, де відбувається запліднення. Запліднена яйцеклітина переміщується в порожнину матки. Життєздатність незаплідненої яйцеклітини зберігається приблизно добу.

Друга половина менструального циклу – фаза жовтого тіла (лютеїнова фаза) – триває від овуляції до початку менструації. На місці луснутого фолікула утворюється нова залоза внутрішньої секреції – жовте тіло, яка продукує гормон прогестерон. З появою прогестерона в результаті овуляції підвищується базальна температура (вимірюється вранці натщесерце в положенні лежачи) на 0,6–1,0 °С, тобто більше 37 °С. Це пов'язано зі стимулюючим впливом прогестерона на центр терморегуляції в гіпоталамусі, що є важливим діагностичним показником процесу овуляції.

Наприкінці лютеїнової фази слизова оболонка матки відторгується, що супроводжується крововиділенням – менструацією.

Таким чином, у зв'язку з дозріванням яйцеклітини у фолікулі яєчника і наступною овуляцією в організмі жінки змінюється концентрація статевих гормонів, що дає можливість умовно розділити менструальний цикл на фази. При 28-добовому менструальному циклі розрізняють п'ять фаз (яєчниковий цикл): менструальна (1–5-а доба); постменструальна (6–12-а доба); овуляторна (13–15-а доба); постовуляторна (16–24-а доба); предменструальна (25–28-а доба).

Матковий цикл триває стільки ж, скільки й яєчниковий, і складається з чотирьох фаз: відторгнення функціонального шару (десквамація) ендометрія – відповідає першій фазі яєчникового циклу – менструації; регенерація (відновлення слизової) – починається ще в період десквамації і закінчується к п'ятому дню початку менструації; проліферативна (зростання

слизової) – збігається з дозріванням фолікула в яєчнику і триває до 14-го дня циклу (при 28-денному циклі); секреція – збігається з розвитком і дозріванням жовтого тіла в яєчниках, триває з 14–15-го по 28-й день, тобто до кінця циклу.

Біологічне значення менструального циклу – підготовка організму жінки до можливої вагітності.

Статеві гормони – естрогени, прогестерон і андрогени є важливою ланкою в адаптаційно-трофічних процесах, а також мають анаболічний ефект.

Естрогени відіграють важливу роль у формуванні кістяка зростаючого організму, сприяють розвитку і появі жіночої морфології скелета, жирового розподілення і росту волосся за жіночим типом, є протекторами кісткової тканини жінок репродуктивного віку, пригнічують еритропоез (продукування кістковим мозком еритроцитів). Впливають на водно-електролітний баланс шляхом реабсорбції води, що призводить до збільшення об'єму циркулюючої плазми і, відповідно, крові, позитивно впливають на трофіку міокарда, сприяючи збільшенню ударного і хвилинного об'ємів крові, підвищують судинний тонус; сприяють синтезу специфічних білків у печінці, які забезпечують транспорт гормонів (глюкокортикоїдів, тиреоїдних, статевих стероїдів).

Прогестерон сприяє росту слизової оболонки матки, забезпечує оптимальні умови для імплантації і наступного розвитку заплідненої яйцеклітини. Термогенний ефект прогестерона полягає в підвищенні температури тіла. Збільшення концентрації прогестерона в плазмі крові після овуляції супроводжується підвищенням базальної температури на 0,6–1,0 °С, що є індикатором пороцесу овуляції.

Дисбаланс рівнів прогестерона й естрогенів змінює водно-електролітний баланс – посилюється реабсорбція (зворотнє всмоктування) натрію і компенсаторно в організмі затримується вода, з'являються набряки,

збільшується маса тіла. Такий стан з різним ступенем вираженості спостерігається в предменструальну фазу.

Релаксин – збільшує еластичність зв'язкового апарату, достовірно встановлено збільшення рухливості в суглобах (показники активної і пасивної гнучкості) в предменструальну і менструальну фазах циклу, забезпечує фізіологічне “розходження” лобкового симфізу, розслаблення гладкої мускулатури шийки і тіла матки під час пологів.

В організмі здорової жінки синтезуються і секретуються чоловічі гормони (*андрогени*), однак в значно менших кількостях. Підвищення продукції андрогенів викликає посилений ріст волосся на тілі й обличчі, зменшення кровопостачання матки, зниження її скорочувальної активності.

Кожен вид стероїдних гормонів в організмі жінки має виражений специфічний вплив не тільки на репродуктивну систему, а й на інші органи і тканини. Рецептори до статевих стероїдів виявлені в усіх органах і тканинах організму.

Регулярні зміни концентрації статевих гормонів у крові жінки обумовлюють відповідні циклічні зміни в позагенітальних системах організму, створюючи біологічну особливість жіночого організму – циклічність функцій усіх систем впродовж менструального циклу.

5. Розумова і фізична працездатність у різні фази менструального циклу

Зміни рівня працездатності жінок у різні фази менструального циклу характеризуються індивідуальними коливаннями. Наукові дослідження свідчать, що під час менструації знижується м'язова сила і працездатність жінки, збільшується її стомлюваність. Іншими дослідженнями на підставі результатів навантажувальних тестів встановлено, що жіночий організм успішно виконує задану роботу в період менструації. У цей час швидше відбуваються процеси відновлення, а погіршення працездатності пояснюється вираженим предменструальним синдромом.

Доведено і прийнято вважати, що під час менструації, яка є фізіологічним процесом, здорова жінка може виконувати звичайну роботу, уникаючи при цьому перевтоми, значного фізичного напруження, охолодження і перегрівання. Однак достовірно встановлена загроза негативного впливу на здоров'я жінки шкідливих факторів виробничого середовища (хімічні речовини, шуми, вібрації, високі і низькі температури), а також важкої фізичної праці (піднімання ваги, незручна робоча поза, надмірне напруження зору та уваги), нервово й емоційне перевантаження.

Несприятливо впливає на специфічні функції організму жінки наявність у повітрі токсичних речовин, навіть у малих концентраціях, які викликають розлад менструальної функції, можуть спричинити дисфункціональні маткові кровотечі, переривання вагітності, мастопатію.

Поєднання важкої фізичної праці з впливом хімічних факторів призводить до вираженого порушення функцій репродуктивної системи, ускладнень під час вагітності і пологів (хронічна гіпоксія, гіпотрофія плоду), до настання раннього клімаксу і важкого його перебігу.

Особливої уваги потребують коливання працездатності жінок протягом менструального циклу, які пов'язані з порушеннями гормонального стану і залежними від нього змінами стану функціональної системи дихання й аеробної продуктивності, які визначають рівень фізичної працездатності. Фізична працездатність залежить від фази циклу: збільшується у постменструальну і постовуляторну фази. Циклічні зміни дихання, кровообігу, дихальної функції крові, кисневих режимів організму під дією нейрогуморальних впливів (кора головного мозку – гіпоталамус – гіпофіз – яєчники – наднирники) впливають на функції вищих відділів центральної нервової системи, на вищу нервову діяльність, на психологічний стан жінки.

Зміна концентрації статевих гормонів у крові відображається на емоційному стані жінки. У разі збільшення концентрації естрогенів у жінки посилюється відчуття тривоги. Збільшення концентрації прогестерону

викликає стан апатії, іноді депресії. Зниження концентрації цих гормонів спричиняє емоційну нестабільність.

У передменструальний період погіршується самопочуття, з'являється дратівливість, виникає емоційна лабільність, погіршується пам'ять, знижується здатність концентрувати увагу.

Перед менструацією переважають процеси гальмування, тоді як у менструальній фазі у більшості жінок змінюється співвідношення процесів збудження і гальмування центральної нервової системи. Відмічається подовження хронаксії (найменший час дії на тканину постійного електричного струму подвоєної порогової сили, що викликає збудження тканини) тактильного аналізатора, зниження чутливості зорового аналізатора. Вегетативна дистонія й емоційна лабільність є свідченням гальмування функції кори великих півкуль головного мозку. У постменструальній фазі циклу нормалізуються процеси збудження і гальмування в корі головного мозку, відновлюється світлова чутливість зорового аналізатора, зменшується хронаксія тактильного аналізатора.

Найбільша збудливість відмічається у передменструальній і менструальній фазах циклу (у деяких жінок спостерігається більша збудливість у менструальній фазі порівняно з передменструальною).

Функціональна рухливість нервових процесів, яка залежить від змін гормонального стану протягом менструального циклу, вище у постменструальній і постовуляторній фазах з вираженим зниженням у передменструальній, менструальній і особливо овуляторній фазах циклу.

Адаптаційні можливості жінок протягом менструального циклу змінюються як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях. У здорових жінок розумова працездатність змінюється в різні фази менструального циклу з вираженою індивідуальною варіабельністю.

6. Механізм оздоровчої дії фізичних вправ при гінекологічних захворюваннях

Застосування фізичних вправ при органічних і функціональних порушеннях в жіночому організмі має багаторічну історію як один із ефективних методів впливу на лікування. Використовують такі форми: лікувальну гімнастику, ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезітерапію, аеробіку, дозовану ходьбу тощо. До комплекс лікувальної гімнастики включають: загальнорозвиваючі вправи для м'язів тулуба, верхніх і нижніх кінцівок і спеціальні (динамічні й ізометричні вправи) для м'язів, які забезпечують рухи в кульшових суглобах, для м'язів попереку, живота і тазового дна; спеціальні коригуючі вправи; дихальні вправи статичного і динамічного характеру, діафрагмальне дихання.

Для поліпшення крово- і лімфообігу в органах малого тазу застосовують динамічні вправи для м'язових груп навколо таза, які функціонально і рефлекторно пов'язані з органами жіночої статеві сфери. Активна робота цих м'язів поліпшує обмінні і відновні процеси, сприяє зникненню спайок, які виникли в результаті запального процесу або після оперативних втручань.

Тренування м'язів черевного пресу забезпечує зміцнення зв'язкового апарату матки, активізує функцію кишечника. Зміцнення м'язів черевного пресу разом з м'язами поперекового відділу хребта знижує прояви больового синдрому попереково-крижової ділянки через гіпертонус м'язів, який виникає у разі гінекологічних захворювань.

Для забезпечення належного функціонального стану м'язів тазового дна зазвичай використовують ізометричні вправи. У разі слабкості м'язів тазового дна порушується нормальне анатомічне положення внутрішніх статевих органів жінки. Зміцнення тазової діафрагми – актуальне завдання при всіх патологічних станах у ділянці малого таза.

До комплексу лікувальної гімнастики обов'язково включають діафрагмальне дихання, що сприяє регуляції внутрішньочеревного тиску, активізації кровообігу в органах черевної порожнини і малого таза.

Під час добору засобів лікувальної фізкультури слід враховувати: характер патологічного стану; наявність спайкового процесу і його локалізацію; період захворювання (гострий, підгострий, хронічний); вік жінки; стан серцево-судинної системи; вираженість гіподинамічних проявів.

Менструація без значних крововиділень не є протипоказанням для занять лікувальною гімнастикою, тим не менш акцент у навантаженнях потрібно перенести на вправи для м'язів верхніх і нижніх кінцівок, розтягнення м'язів, релаксацію.

Вибір вихідного положення під час виконання лікувальної гімнастики – важлива складова успішного впливу при гінекологічних захворюваннях і залежить від характеру виконуваних вправ. За відсутності зміщення матки лікувальну гімнастику проводять у будь-яких вихідних положеннях: стоячи, сидячи, лежачи (на спині, на боці, на животі), коліно-кистьовому та ін. Однак зміщення матки потребує більш диференційованого підходу до вибору вихідного положення, яке має сприяти переходу матки в нормальне фізіологічне положення.

Показання до занять лікувальною фізкультурою при гінекологічних захворюваннях:

- залишкові явища запального процесу;
- запалення маткових труб і яєчника (хронічний сальпінгофорит);
- неправильне положення матки, дисфункція яєчників унаслідок тазових перитонеальних спайок перенесеного запального процесу або операції на матці і придатках;
- недорозвинення статевих органів (генітальний інфантилізм), гіпоплазія матки;
- слабкість м'язів тазового дна;
- нетримання сечі у разі перенапруження;
- супутні розлади функції товстого кишечника і сечового міхура, больові синдроми;
- зниження фізичної працездатності, обумовлене гіподинамією;

реактивні неврозоподібні стани.

Протипоказання до занять лікувальною фізкультурою при гінекологічних захворюваннях:

гострі і підгострі захворювання жіночих статевих органів;

загострення хронічного запалення з підвищенням температури тіла, збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), ознаки подразнення черевини;

злоякісні новоутворення органів малого тазу і черевної порожнини;

маткові кровотечі.

Завдання лікувальної фізичної культури при гінекологічних захворюваннях:

поліпшення крово- і лімфообігу в органах малого тазу;

зміцнення зв'язкового апарату матки, м'язів черевного преса, попереку, кульшових суглобів і тазового дна;

ліквідація залишкових явищ запального процесу;

оптимізація роботи ендокринної системи й обмінних процесів;

поліпшення моторно-евакуаторної функції кишечника і сечового міхура;

поліпшення функції серцево-судинної і дихальної систем, підвищення фізичної працездатності;

поліпшення психоемоційного стану.

7. Методики самостійних занять при поширених гінекологічних захворюваннях

7.1. Методика самостійних занять при хронічних запальних захворюваннях жіночих статевих органів

Найбільш поширені причини запальних захворювань жіночої репродуктивної системи – інфекції, які передаються статевим шляхом, під час хірургічних втручань (в тому числі абортів), недотримання правил особистої гігієни, ослаблення імунітету. Захворювання часто виникають у молодому віці і швидко набувають хронічного перебігу. При цьому в

патологічний процес залучається весь організм: порушується обмін речовин, виникають значні відхилення в ендокринній, нервовій, серцево-судинній системах. Унаслідок близького анатомічного розташування, об'єднаної інервації, кровопостачання і лімфообігу з внутрішніми статевими органами запальний процес негативно впливає на сечовивідну і травну системи організму.

Жінки часто скаржаться на біль різного характеру й інтенсивності, який віддає в низ живота, поперек, ногу, пряму кишку, сечовий міхур. Больові відчуття, які стають значними під час загострення, примушують жінку надто жаліти і берегти себе, намагатися виключати навантаження на м'язи черевного пресу, тазового дна і діафрагму, вести малорухливий спосіб життя. Ця обставина, у свою чергу, призводить до подальшого погіршення крово- і лімфоток у органах малого таза, застійних явищ, які сприяють розвитку більш глибоких функціональних і органічних порушень.

Під час хронічних захворювань практично всіх жінок турбують порушення менструального циклу, які супроводжуються синдромом головного болю, невротичними проявами, розладами сну. Найтяжкими наслідками хронічного запалення є безпліддя, ризик розвитку позаматкової вагітності.

Завдання лікувальної гімнастики:

- зниження залишкових явищ запального процесу;
- поліпшення крово- і лімфообігу в органах малого таза і нижніх кінцівок;
- відновлення рухливості і нормальних співвідношень органів малого таза;
- зміцнення зв'язкового апарату матки;
- попередження утворення спайок;
- стимуляція процесів обміну речовин в організмі в цілому, у тому числі в органах і тканинах малого таза;
- поліпшення моторно-евакуаторної функції кишечника;
- профілактика гіпотрофії м'язів черевного преса і тазового дна;

підвищення опірності організму до інфекцій;
загальне зміцнення організму, поліпшення функції серцево-судинної системи та підвищення фізичної і психічної працездатності.

Комплекс ранкової гігієнічної гімнастики надано на рис. 7.1.

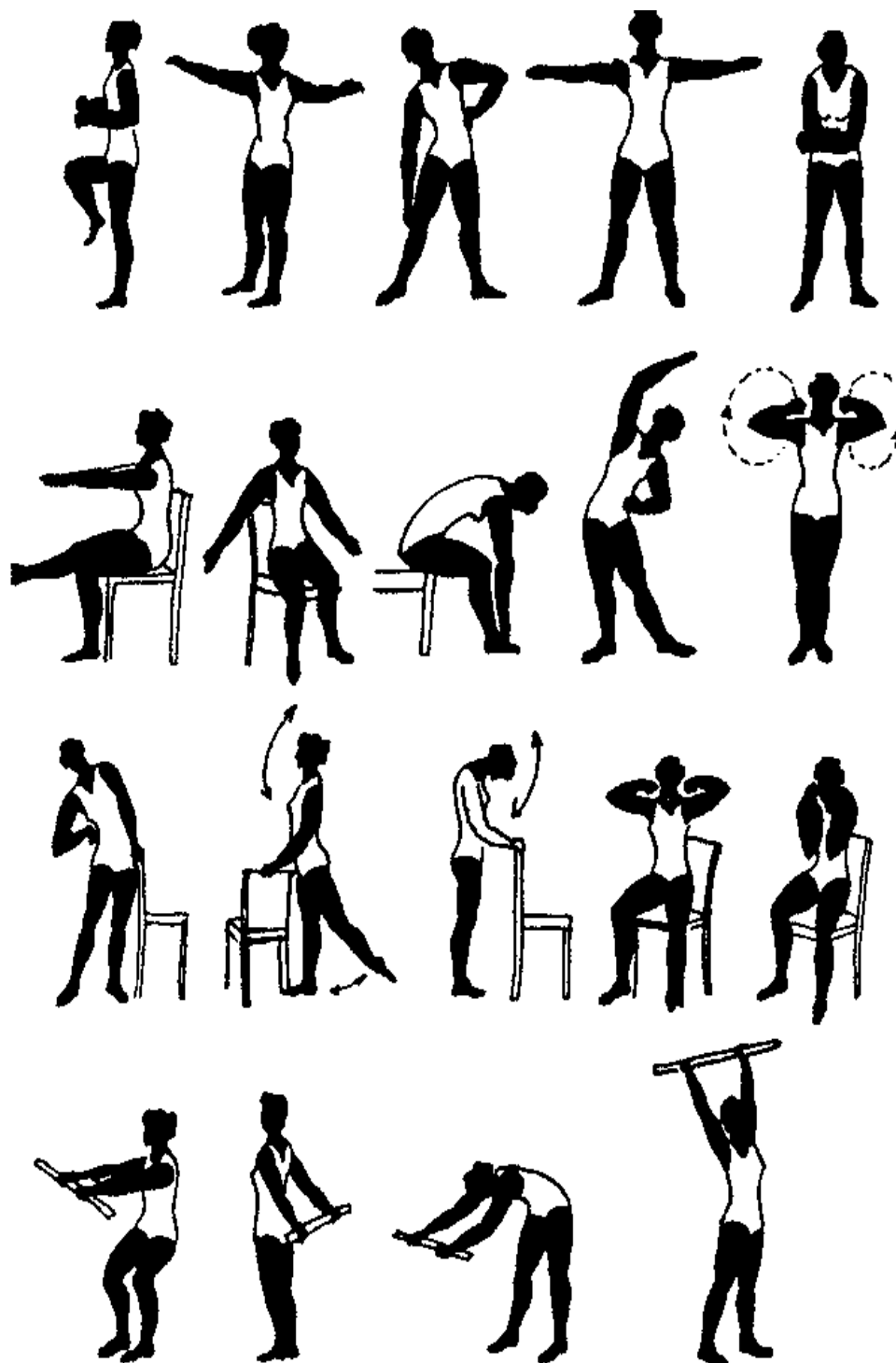


Рис. 7.1. Орієнтовний комплекс ранкової гімнастики при запальних захворюваннях жіночих статевих органів

Застосовують прості гімнастичні і дихальні, загальнозміцнюючі і спеціальні вправи, які відповідають завданням ЛФК при цій патології (табл. 7.1). До занять включають вправи, які поліпшують кровообіг у ділянці таза. Прискорення кровотоку сприяє зменшенню застійних явищ в органах малого таза, а також сприяє розсмоктуванню ексудату, евакуації продуктів розпаду із вогнища запалення. Посилення кровообігу під час виконання фізичних вправ паралельно з посиленням газообміну сприяє поліпшенню трофічних процесів у тканинах, що попереджує виникнення рубцево-спайкових процесів у тазовій очеревині і клітковині.

Орієнтовний комплекс лікувальної гімнастики при запальних захворюваннях жіночих статевих органів наданий у табл. 7.1.

Таблиця 7.1

Орієнтовний комплекс лікувальної гімнастики при запальних захворюваннях жіночих статевих органів

№ п/п	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
1	Ходьба на місці з високим підніманням стегон	30 с	Дихання довільне
2	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1 – нахил голови вперед. 2 – В.П. 3 – нахил голови назад. 4 – В.П.	8–10	Темп повільний. Дихання довільне
3	В.П. – стійка ноги нарізно, руки до плечей. 1–3 – колові оберти в плечових суглобах уперед. 4 – В.П. 5–7 – колові оберти в плечових суглобах назад. 8 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
4	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1–2 – нахил тулуба вперед – видих. 3–4 – В.П. – вдих	6–8	Темп повільний
5	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1–3 – коловий оберт тулуба вправо. 4 – В.П. 5–7 – коловий оберт тулуба вліво. 8 – В.П.	6–8	Темп повільний. Дихання довільне
6	В.П. – стійка ноги нарізно, руки вздовж тулуба. 1 – підняти плечі вгору – вдих. 2 – В.П. – видих	10–12	Темп повільний

№ п/п	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
7	В.П. – стійка ноги нарізно, руки перед грудьми. 1 – поворот тулуба вправо, руки в сторони. 2 – В.П. 3 – поворот тулуба вліво, руки в сторони. 4 – В.П.	6–8	Темп повільний. Дихання довільне
8	В.П. – основна стійка. 1 – присід, руки вперед. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
9	В.П. – широка стійка. 1 – присід на праву ногу, руки вперед. 2 – В.П. 3 – присід на ліву ногу, руки вперед. 4 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
10	В.П. – основна стійка. 1 – випад правою ногою вперед. 2 – В.П. 3 – випад лівою ногою вперед. 4 – В.П.	10–12 кожною ногою	Темп повільний. Дихання довільне
11	В.П. – основна стійка. 1 – мах правою рукою вперед, лівою – назад. 2 – В.П. 3 – мах лівою рукою вперед, правою – назад. 4 – В.П.	10–12	Темп повільний. Дихання довільне
12	Ходьба	1 хв	Темп повільний. Дихання довільне

Вправи для збільшення рухливості хребта слід виконувати з максимальною амплітудою рухів у вихідному положенні стоячи, стоячи на колінах, сидячи, лежачи на спині і на животі. Вправи для зміцнення м'язів стегна включають активні рухи нижніми кінцівками у вихідному положенні лежачи на спині – згинання ніг в колінних і кульшових суглобах, ковзаючи стопами по поверхні; відведення і приведення ніг; колові рухи прямими ногами; імітація їзди на велосипеді; розведення ніг (імітація плавання стилем брас); у вихідному положенні сидячи – відведення і приведення ніг; нахили тулуба; ротаційні рухи ногами; рухи прямими ногами (“ножиці”). Пропоновані вправи виконуються активно, з дозованим опором, з обтяженнями (рис. 7.2).

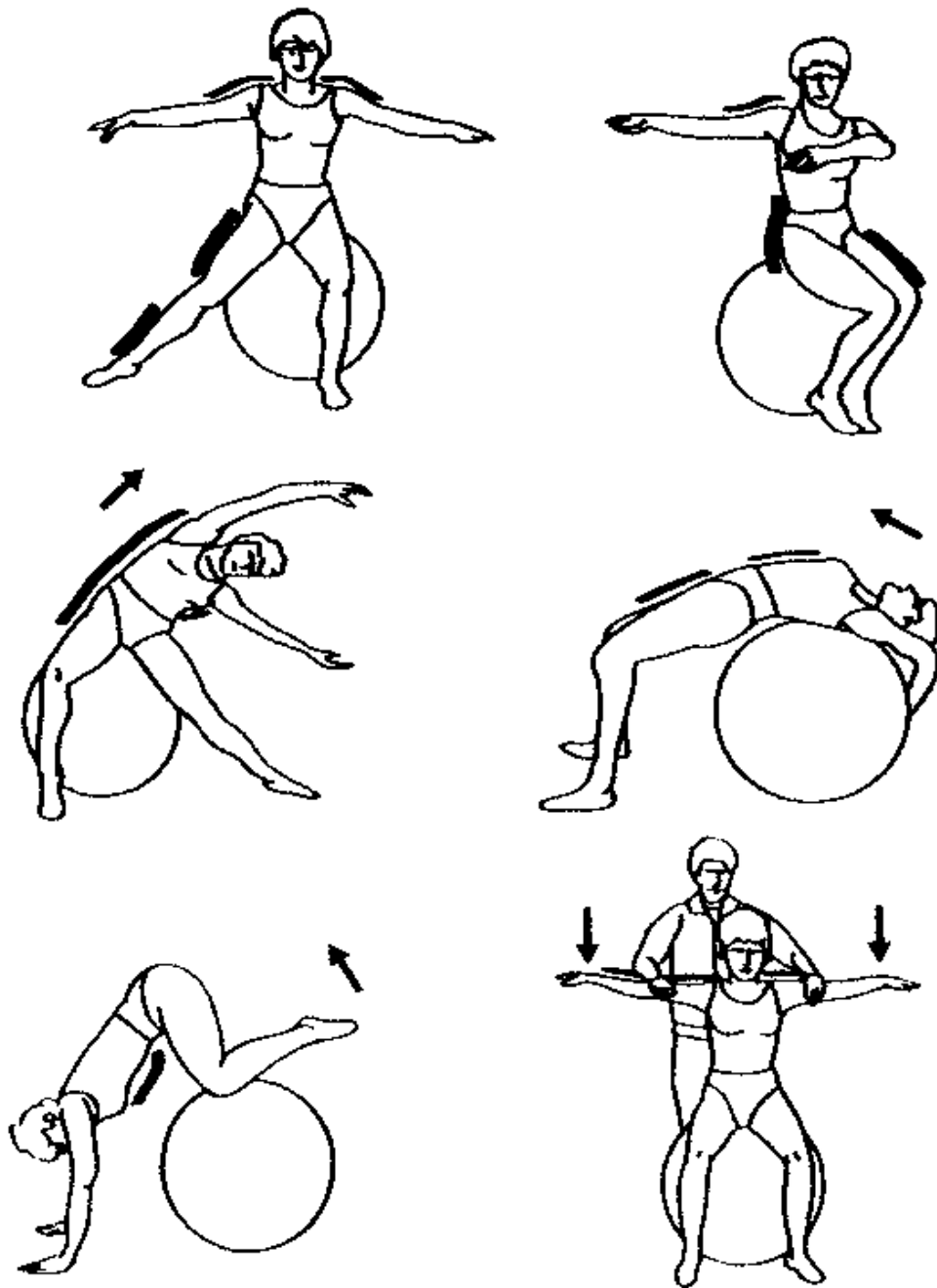


Рис. 7.2. Орієнтовні вправи для зміцнення м'язів черевного преса, ніг і тазових м'язів з фітболом

Для поліпшення кровообігу в ділянці малого таза в заняття включають дозовану ускладнену ходьбу: з високим підніманням стегон, з махом прямої ноги вперед, у сторону, з випадом вперед, у напівприсіді, присіді, з подоланням перешкод різної висоти.

Для профілактики гіпотрофії м'язів черевного преса і тазового дна використовують вправи для косих і прямих м'язів живота, а також м'язів

промежини, які посилюють крово- і лімфообіг в органах малого таза (рис. 7.3).

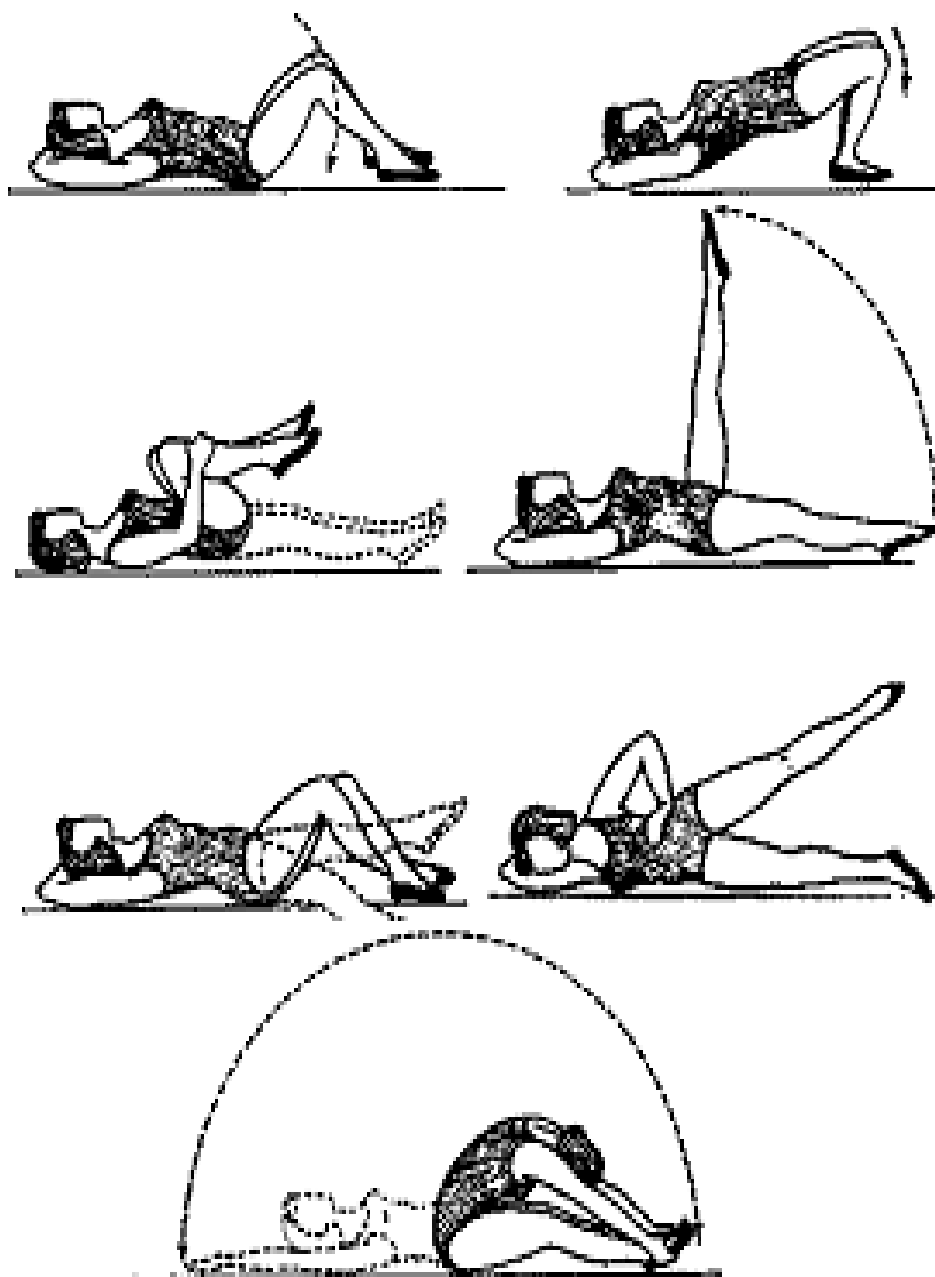


Рис. 7.3. Орієнтовні вправи для посилення кровообігу в ділянці малого тазу

Посилення периферійного кровообігу досягається вправами для дистальних відділів кінцівок. Для профілактики тромбоутворення рекомендоване бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом, що

прискорює протік крові по системі глибоких вен і перешкоджає застою крові у венах (рис. 7.4).

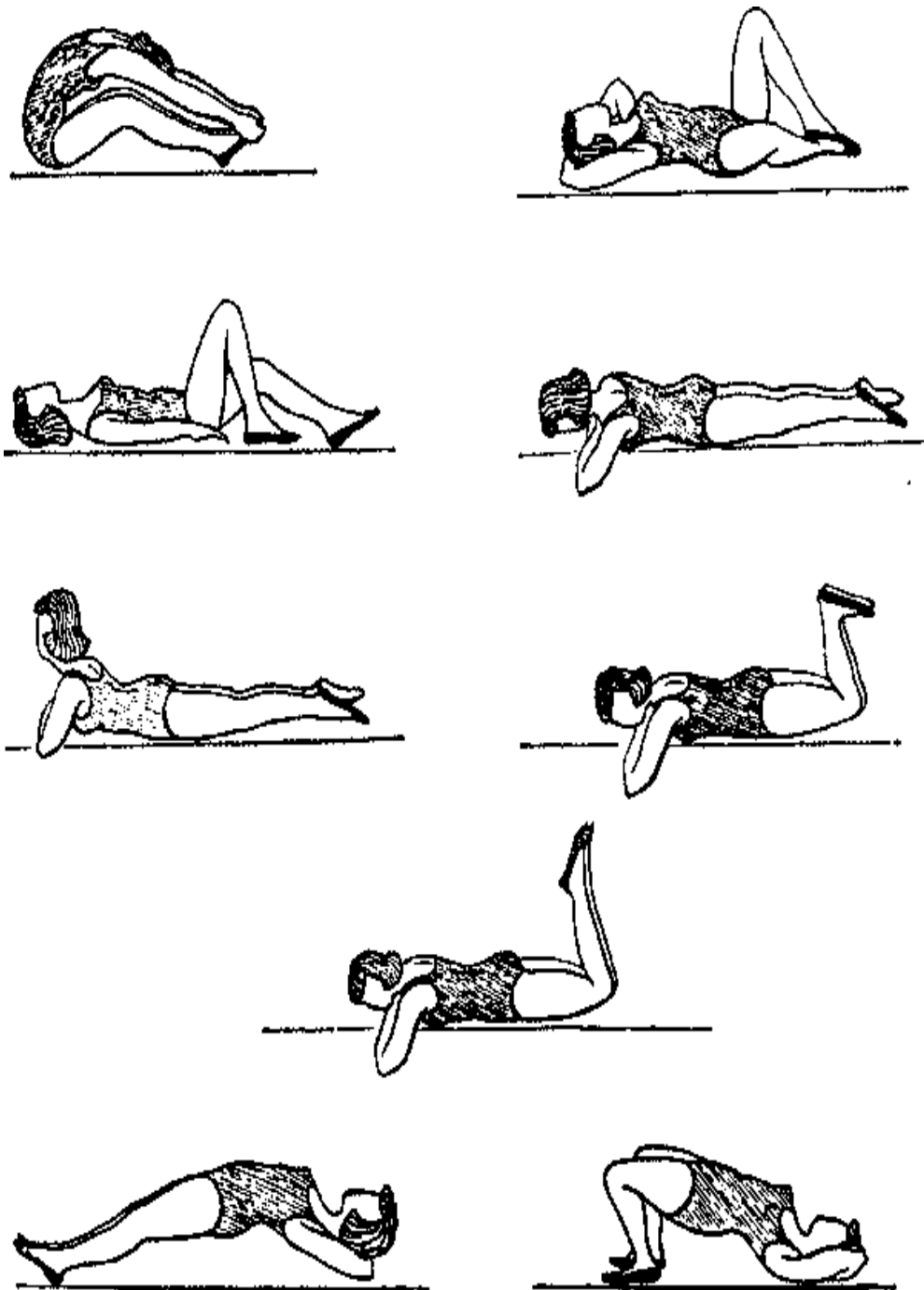


Рис. 7.4. Орієнтовні вправи для посилення кровообігу в нижніх кінцівках

7.2. Методика самостійних занять при порушеннях менструального циклу

Менструальна функція є одним із показників, що характеризує стан здоров'я жінки. Неповноцінне харчування, стреси, інфекції, екстрагенітальна патологія, хвороби нервової та ендокринної систем негативно впливають на всі функції організму жінки, порушуючи насамперед менструальну функцію.

Аменорея – відсутність менструації протягом більше шести місяців. Розрізняють такі форми аменореї: справжня, несправжня, фізіологічна, патологічна, гіпоталамічна, гіпофізарна, яєчникова, маткова.

Справжня аменорея. Циклічні зміни в яєчниках та ендометрії відсутні. Найчастіше це зумовлено недостатньою секрецією статевих гормонів.

Несправжня аменорея (криптоменорея). У яєчниках, матці та в усьому організмі відбуваються циклічні зміни, але менструальна кров не виділяється назовні (у разі аномалій розвитку статевих органів – атрезії каналу шийки матки, піхви або дівочої перетинки).

Фізіологічна аменорея спостерігається в допубертатний період, під час вагітності, лактації та менопаузи.

Патологічна аменорея виникає у разі порушень регуляції менструального циклу на різних рівнях; буває первинною та вторинною. Первинна патологічна аменорея характеризується відсутністю менструації у жінки пубертатного віку. Якщо менструація раніше була, а потім припинилася, то аменорею називають вторинною.

Гіпоталамічна аменорея розвивається у разі порушення функції гіпоталамуса. Ця форма аменореї виникає внаслідок дії різних факторів – психогенного, аліментарного, перенесеної нейроінфекції, хронічної інтоксикації та ін.

Гіпофізарна аменорея розвивається у разі гіпофункції та пухлин гіпофіза, важких септичних захворювань, після масивної крововтрати. Аменорея спостерігається при адипозогенітальній дистрофії, яка

характеризується ожирінням, гіпоплазією або атрофією статевих залоз і затримкою росту до статевого дозрівання.

Яєчникова аменорея зустрічається у 1/2 випадків. Гормональна функція яєчників відсутня, а функції гіпофіза та гіпоталамуса збережені.

Маткова аменорея зустрічається в 1/3 випадків; виникає внаслідок аномалій розвитку матки (первинна) або запальних захворювань, пошкодження ендометрія (вторинна). При матковій аменореї яєчники функціонують нормально.

Ациклічні порушення у період статевого дозрівання (ювенільні кровотечі), у репродуктивному віці (ановуляторні, або однофазні, та овуляторні, або двофазні), розвиток яких зумовлений порушенням функції системи гіпоталамус – гіпофіз – яєчники – матка. Ациклічні порушення виникають на фоні гінекологічних та запальних захворювань, вегетосудинної дистонії, гіперплазії щитоподібної залози. Спостерігається тривала затримка менструації, після чого розвивається кровотеча, вторинна анемія.

Альгодисменорея – болючі менструації. Може бути первинною та вторинною. Первинна альгодисменорея зустрічається у разі органічної та функціональної патології статевих органів частіше у жінок, у яких не було пологів. Первинна альгодисменорея розвивається при порушенні функцій нервової та ендокринної систем, астенії, аномаліях розвитку статевих органів, інфантилізмі.

Вторинна альгодисменорея може виникати при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, ендометріозі, пухлинах і неправильних положеннях статевих органів, полікістозі яєчників.

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.

Жінкам із первинною альгодисменореєю, причиною якої є інфантилізм, мала ємність порожнини матки і вузький канал шийки матки, потрібно займатися лікувальною гімнастикою.

Завдання лікувальної гімнастики при порушеннях менструального циклу:
знизити процеси збудження у центральній нервовій системі і поліпшити її регулювальну дію;

зменшити гіпертонус і скорочення матки;

нормалізувати співвідношення гормонів (фолікуліну і жовтого тіла).

Якщо розлади менструальної функції є вторинними, етіологічним чинником яких є запальні процеси, завдання лікувальної гімнастики такі ж самі, як і при запальних захворюваннях внутрішніх статевих органів.

Заняття лікувальною гімнастикою проводять щодня вранці, а в передменструальний і менструальний періоди – 2–3 рази на день протягом 20–25 хв. Навантаження має бути порівняно високим. Гімнастичні вправи під час лікування менструальних розладів варто використовувати для всіх м'язових груп, виконувати їх з великою амплітудою, енергійно, з частими змінами положень тіла, поворотами і нахилами корпусу. У заняття слід неодноразово включати елементи релаксації (рекомендовані швидкі переходи від напруження до розслаблення). Орієнтовний комплекс вправ лікувальної гімнастики наведено у табл. 7.2.

Таблиця 7.2

**Орієнтовний комплекс лікувальної гімнастики при порушеннях
менструального циклу**

№ п/п	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
1	Ходьба	30 с	Дихання довільне
2	В.П. – стійка ноги нарізно, руки в сторони. 1 – поворот тулуба вправо. 2 – В.П. 3 – поворот тулуба вліво. 4 – В.П.	6–8	Дихання довільне

№ п/п	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
3	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1 – нахил тулуба вперед. 2 – В.П. 3 – нахил тулуба назад. 4 – В.П.	6–8	Дихання довільне
4	В.П. – основна стійка. 1 – присід, руки вперед. 2 – В.П.	4–6	Дихання довільне
5	В.П. – сидячи, ноги нарізно. 1 – нахил тулуба вперед. 2 – В.П.	4–6	Дихання довільне
6	В.П. – лежачи на спині, ноги нарізно, руки вздовж тулуба. 1 – нахил стоп всередину. 2 – В.П.	10–12	Дихання довільне
7	В.П. – лежачи на спині, руки в сторони. 1 – праву ногу в сторону. 2 – В.П. 3 – ліву ногу в сторону. 4 – В.П.	6–8	Дихання довільне
8	В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, стопи на підлозі, руки в сторони. 1 – підняти таз. 2 – В.П.	4–6	Дихання довільне
9	В.П. – колінно-кистьове. 1 – підняти праву руку вгору. 2 – В.П. 3 – підняти ліву руку вгору. 4 – В.П.	4–6	Дихання довільне
10	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1–3 – коловий оберт тулуба вправо. 4 – В.П. 5–7 – коловий оберт тулуба вліво. 8 – В.П.	6–8	Дихання довільне
11	В.П. – основна стійка. 1 – мах правою ногою вперед. 2 – В.П. 3 – мах лівою ногою вперед. 4 – В.П.	10–12	Дихання довільне
12	Ходьба	1 хв	Дихання довільне

7.3. Методики самостійних занять при неправильних положеннях матки

У нормі матка розташована по середній лінії тіла і злегка нахилена вперед. Матка рухома, легко зміщується.

Неправильні положення матки:

зміщення назад (ретропозиція) частіше внаслідок патологічного укорочення крижово-маткових зв'язок під впливом тривалого вимушеного положення лежачи на спині, у разі ускладненого перебігу післяродового періоду, через запальні процеси в параметрії, аномалії розвитку внутрішніх статевих органів та ін.;

бокові зміщення вправо (декстропозиція), *бокові зміщення вліво* (синістропозиція) внаслідок запальних процесів в статевих органах або в прилеглих петлях кишок з наступним утворенням спайок і рубців в очеревині, які відтягують матку в сторону;

“нахили”, при яких тіло матки відтягується рубцями і спайками в одну сторону, а шийка – у протилежну (нахил тіла матки назад – *ретроверсія*);

загини – зміни кута між шийкою і тілом матки. У нормі цей кут відкритий уперед (*антефлексія*), у патологічних випадках він відкритий назад (*ретрофлексія*) і може супроводжуватися ще й нахилом матки назад (*ретроверсія-флексія*).

Змінене положення матки може бути результатом травм, хірургічних втручань, розривів промежини, чисельних вагітностей і пологів, післяпологової інфекції, різних новоутворень, багатьох хронічних захворювань.

Неправильні положення матки можуть бути причиною порушень менструального циклу, жіночого безпліддя, больових синдромів.

Для занять лікувальною гімнастикою показані випадки набутих рухомих девіацій матки, а також аномалії положення, які ускладнені після негрубими запальними спайками статевих органів з навколишніми тканинами. У разі

ускладнення неправильного положення матки запаленням, новоутвореннями тощо лікувальна гімнастика призначається після усунення ускладнень.

Завдання лікувальної гімнастики при неправильному положенні матки:

тренування м'язів черевного преса, діафрагми і тазового дна;

зміцнення м'язово-зв'язкового апарату матки;

виведення матки в нормальне положення і закріплення цього положення;

зміцнення всього організму.

У разі *нахилу матки назад* оптимальним вихідним положенням для виконання вправ є: колінно-ліктьове, колінно-кистьове, лежачи на животі. При таких положеннях тіла тиск на матку з боку органів черевної порожнини стає меншим унаслідок зміщення петель кишечника до діафрагми, а високе розташування таза сприяє поверненню матки під дією власної ваги в нормальне положення (рис. 7.5).

Рекомендовані спеціальні вправи при нахилі матки назад

(за Васильєвою Є. В.)

Вихідне положення (В.П.) – лежачи на животі.

1. Почергове згинання ніг у колінних суглобах (6–8 разів).

2. Почергове підняття прямих ніг (4–6 разів).

3. Одночасне підняття прямих ніг (4–6 разів).

4. Поворот на спину і повернутися у В.П. (6–8 разів).

В.П. – колінно-кистьове.

5. Почергове підняття прямих ніг назад (6–8 разів).

6. Одночасне підняття правої руки і лівої ноги і навпаки (6–8 разів).

7. Підняти пряму ногу, потім зігнути її в коліні і доторкнутися до кисті руки (6–8 разів).

В.П. – колінно-ліктьове.

8. Ліктем правої руки доторкнутися до лівого коліна і повернутися у В.П., а потім лівою рукою до – правого коліна (6–8 разів).

9. Випрямити ноги в колінних суглобах, підняти таз вгору, лікті від підлоги не відривати (6–8 разів).
10. Повзання вперед-назад (15–30 с).
В.П. – широка стійка ноги нарізно, долоні на підлозі.
11. Ходьба в такому положенні (15–30 с).
В.П. – сидячи, ноги прямо.
12. Ноги нарізно і повернутися у В.П. (6–8 разів).
13. Ноги нарізно, нахил тулуба до правої ноги, потім до лівої (6–8 разів).
14. Повороти тулуба вправо і вліво (6–8 разів).

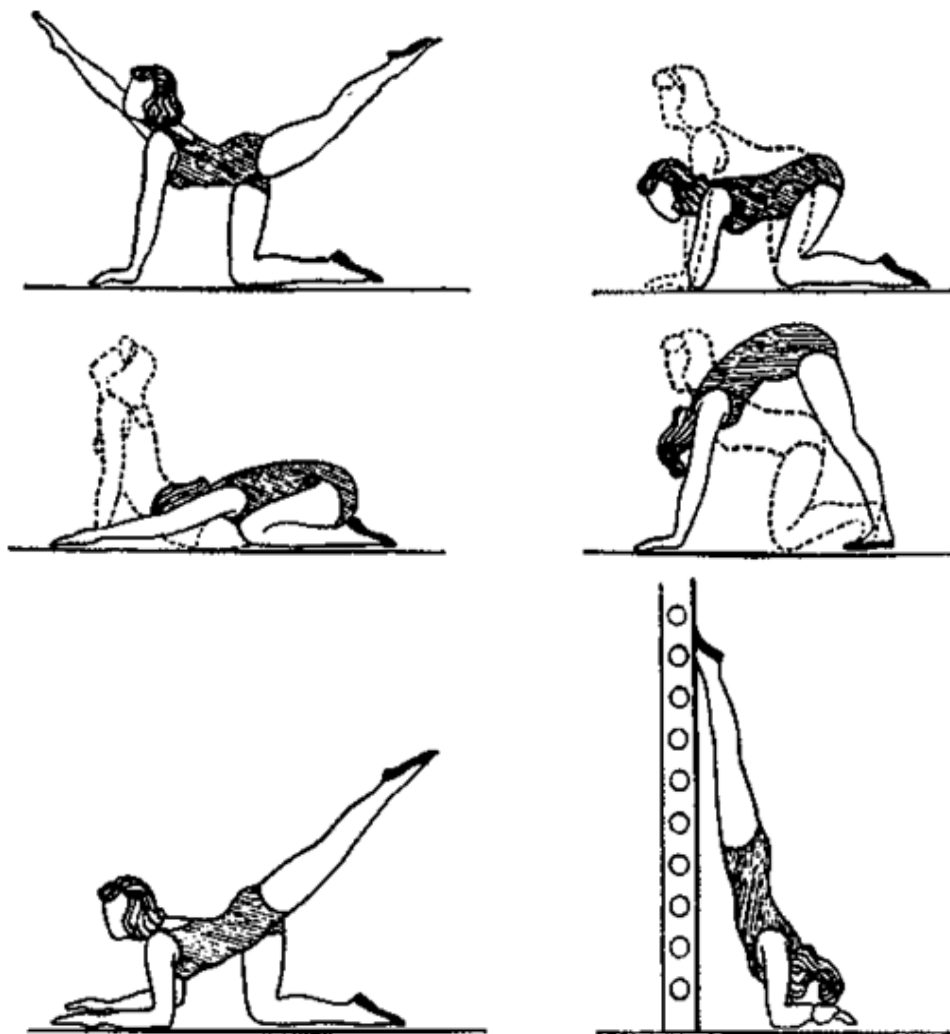


Рис. 7.5. Спеціальні вправи при нахилі матки назад

При *загині матки вперед* оптимальне вихідне положення – лежачи на спині, при якому сила черевного тиску і вага сусідніх органів (сечового міхура, петель кишечника) припадає на передню поверхню матки, що сприяє її відхиленню назад.

При *відхиленні матки в сторону* вправи виконують переважно у вихідному положенні лежачи на протилежному відхиленню боці, що сприяє розтягненню круглих зв'язок матки за рахунок її переміщення під власною вагою.

У комплексі зі спеціальними коригуючими фізичними вправами необхідно використовувати вправи для активації перистальтики кишечника й усунення закрепів.

Під час виконання більшості вправ необхідно стежити за правильним диханням. У першу чергу потрібно домогтися того, щоб не було затримки дихання, натужування, щоб рух супроводжувався фазою вдиху або видиху.

Здебільшого зустрічається загин матки, тому спеціальні вправи допомагають повернути і зафіксувати матку в правильному положенні. Жінкам, які мають дуже сильний нахил матки назад, рекомендовано не тільки виконувати вправи у вихідному положенні лежачи на животі, а й намагатися спати в цьому положенні.

На заняттях використовують дихальні вправи (статичні і динамічні), паузи для пасивного відпочинку, ходьбу, елементи спортивних ігор, плавання. Циклічні вправи поєднують із вправами з дозованим обтяженням, супротивом і статичним напруженням м'язів (ізометричні вправи).

До неправильних положень матки належить і її **опущення**, що може бути наслідком вад розвитку й анатомічних змін тазових органів, слабкості м'язів тазового дна, ослаблення і розтягнення зв'язкового апарату матки. Тазове дно є опорою для статевих органів, тому у разі слабкості м'язів тазового дна і зв'язкового апарату матки може статися опущення матки і піхви навіть до повного випадіння цих органів.

Лікувальна фізкультура при опущенні внутрішніх органів передбачає поступове тренування ослаблених м'язів з встановленням органів (матки) в правильному анатомічному положенні.

Рекомендовані спеціальні вправи для м'язів тазового дна і черевного преса для корекції правильного анатомічного положення матки

В.П. – лежачи на спині.

1. Почергове перенесення однієї ноги через іншу (6–8 разів).
2. Почергове згинання ніг у колінах, стопи ковзають по поверхні (6–8 разів).
3. Почергове згинання ніг у колінах до грудей (6–8 разів).
4. Одночасне згинання обох ніг у колінах до грудей (6–8 разів).
5. Почергове підняття прямих ніг до кута 90° (6–8 разів).
6. Імітація їзди на велосипеді (6–8 разів).
7. Утримання прямих ніг під кутом 90° (5–7 с).
8. Імітація ногами рух “ножиці”, змінюючи кут 45° – 90° (6–8 разів).
9. Імітація ногами плавання “брас” (6–8 разів).
10. Зігнути ноги в колінах, розвести коліна в сторони (6–8 разів).
11. Сід до кута 90° (6–8 разів).
12. Сід зігнувшись (6–8 разів).

В.П. – лежачи на животі.

13. Руки за голову. Почергове підняття прямих ніг з напруженням м'язів промежини (6–8 разів).

14. Ноги на ширині плечей. Одночасне підняття обох прямих ніг (6–8 разів).

15. Напруження м'язів гомілки, стегна (утримувати 5–7 с).

16. Руки під підборіддям, ноги на ширині плечей. Напружуючи м'язи підняти праву половину тулуба, повернутися у В.П. Потім ліву (6–8 разів).

В.П. – сидячи, спираючись ззаду на руки.

17. Розведення прямих ніг в сторони (6–8 разів).

18. Піднімати та опускати таз (6–8 разів).

Слід звернути увагу:

під час менструації заняття не припиняють, але зменшують навантаження в загальнорозвиваючих вправах;

в усіх вправах дихання поєднується з ритмом, рухами і положенням, сприятливим для вдиху і видиху;

біг і стрибки виконуються наприкінці заняття й обґрунтовано дозуються.

7.4. Методика самостійних занять при опущенні статевих органів і функціональному нетриманні сечі

В основі опущення статевих органів і функціонального нетримання сечі лежить ослаблення м'язово-зв'язкового апарату тазового дна та порушення трофіки уретровезикального сегмента. Безпосередньою причиною може бути пологова травма, часті пологи на фоні слабкого фізичного розвитку.

Розрізняють п'ять ступенів опущення внутрішніх статевих органів: I – незначне опущення у разі натужування; II – значне з деяким опущенням матки; III – опущення матки до стикання шийки з тазовим дном; IV – неповне випадіння матки; V – повне випадіння матки.

Лікувальна фізична культура дає ефект у разі I і II ступенів, а при III – незначний. Тому при III, IV, V ступенях ЛФК призначають лише як передопераційну підготовку.

Завдання лікувальної гімнастики у разі опущення статевих органів і нетримання сечі:

сприяти відновленню анатомічного розташування органів малого таза;
зміцнити м'язово-зв'язковий апарат тазового дна, м'язів уретри, таза, живота та спини;

поліпшити трофіку органів малого таза, усунути непідконтрольні скорочення м'язової оболонки сечового міхура (детрузора);

стимулювати компенсаторно-приспосувальні реакції в ушкоджених тканинах м'яза-замикача сечового міхура та уретри, щоб нормалізувати його діяльність;

зміцнити організм.

Вихідні положення під час виконання вправ:

при легкому ступені опущення матки і нетриманні сечі – на початку курсу лежачи, надалі – сидячи та стоячи;

при середньому ступені опущення матки і нетриманні сечі – ті самі, за винятком положення стоячи. Вихідні положення стоячи на колінах та сидячи можна включити з другої половини курсу лікування;

при тяжкому ступені опущення матки і нетриманні сечі – колінно-ліктьове положення, лежачи на спині горизонтально, антиортостатичне (лежачи на спині на похилій площині, кут якої можна змінювати до 30°, з трохи піднятим нижнім кінцем), лежачи на боці. Сидячи, відхилившись назад та колінно-кистьове положення можна застосовувати з другої половини курсу лікування.

Незалежно від ступеня тяжкості опущення матки і нетримання сечі фізичні вправи не можна виконувати, лежачи на животі.

Під час проведення занять лікувальної фізкультури застосовують спеціальні динамічні фізичні вправи та ізометричні напруження, щоб максимально зміцнити м'язово-зв'язковий апарат тазового дна, мускулатуру уретри, м'язи спини та живота. Орієнтовний комплекс вправ наведено у табл. 7.3.

Таблиця 7.3

Орієнтовний комплекс вправ при опущенні матки і нетриманні сечі

№ п/п	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
1	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – зігнути праву ногу в коліні до грудей. 2 – В.П. 3 – зігнути ліву ногу в коліні до грудей. 4 – В.П.	6–8 кожною ногою	Дихання довільне
2	В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, стопи на підлозі, руки в сторони. 1–3 – імітація їзди на велосипеді. 4 – В.П.	6–8	Дихання довільне

№ п/п	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
3	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – підняти праву ногу до кута 90° – видих. 2 – В.П. – вдих. 3 – підняти ліву ногу до кута 90° – видих. 4 – В.П. – вдих.	4–6 кжною ногою	Темп повільний. Ноги в колінах не згинати
4	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1 – поворот голови вправо. 2 – В.П. 3 – поворот голови вліво. 4 – В.П.	8–10 у кожду сторону	Темп повільний. Дихання довільне
5	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1 – нахил голови вперед. 2 – В.П. 3 – нахил голови назад. 4 – В.П.	8–10	Темп повільний. Дихання довільне
6	В.П. – стійка ноги нарізно, руки вздовж тулуба. 1 – підняти плечі вгору – вдих. 2 – В.П. – видих	10–12	Темп повільний
7	В.П. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. 1–2 – нахил тулуба вперед – видих. 3–4 – В.П. – вдих	8–10	Темп повільний
8	В.П. – основна стійка (О.С.) 1 – випад правою ногою вперед. 2 – В.П. 3 – випад лівою ногою вперед. 4 – В.П.	10–12 кжною ногою	Темп повільний. Дихання довільне
9	В.П. – основна стійка (О.С.) 1 – мах правою рукою вперед, лівою – назад. 2 – В.П. 3 – мах лівою рукою вперед, правою – назад. 4 – В.П.	10–12	Темп повільний. Дихання довільне
10	Ходьба	1 хв	Темп повільний. Дихання довільне

На рис. 7.6 наведено орієнтовний комплекс лікувальної гімнастики при нетриманні сечі.



Рис. 7.6. Орієнтовний комплекс лікувальної гімнастики при нетриманні сечі

7.5. Методика самостійних занять після оперативних втручань

Сучасна оперативна гінекологія має належне анестезіологічне забезпечення, досконалу хірургічну техніку, новітні технології і технічні засоби (мікрохірургія, хірургічна лапароскопія, безшовне з'єднання тканин). Однак у несприятливій екологічній, економічній, соціальній, психологічній ситуації для гінекологічних хворих характерна множеність хвороб (переважно екстрагенітальних), зниження пристосувальних реакцій до негативного впливу зовнішнього середовища, емоційна лабільність, незбалансоване харчування, гіподинамія і, як наслідок, надлишкова маса тіла негативно впливають на перебіг як раннього так і віддаленого післяопераційного періоду. Відновне лікування має бути спрямоване на профілактику післяопераційних ускладнень, попередження рецидивів хвороби і усунення функціональних розладів, викликаних основним патологічним процесом. Завданням лікувальної фізкультури є:

- підвищення психофізіологічного тону;
- поліпшення функції систем організму;
- сприяння швидшому одужанню;
- підготування до подальшої трудової діяльності.

При злоякісних новоутвореннях лікувальну фізкультуру призначають тільки після оперативного лікування.

Курс відновного лікування поділяють на ранній і пізній післяопераційний і постгоспітальний періоди.

Ранній післяопераційний період починається з моменту пробудження після наркозу і триває до трьох діб в залежності від складності перенесеної операції.

- Завдання лікувальної фізкультури в ранньому післяопераційному періоді:*
- сприяння швидшому виведенню наркотичних засобів з організму;
 - відновлення до нормальних величин показників частоти пульсу та артеріального тиску;
 - поліпшення периферійного кровообігу;

профілактика ускладнень з боку дихальної і серцево-судинної систем та кишечника;

стимуляція кровообігу у черевній порожнині;

підготовка хворого до наступного періоду відновлювального лікування.

Протипоказання до призначення лікувальної фізкультури післяопераційному періоді:

загроза кровотечі;

порушення згортання крові;

значна анемія, через велику крововтрату під час операції;

серцево-судинна і дихальна недостатність;

перитоніт.

Через 2–3 години після операції застосовуються дихальні вправи статичного характеру з акцентом на грудне дихання. Дихальні вправи виконуються щогодини, повторюючи кожне 8–10 разів. В подальшому в процедуру лікувальної гімнастики включають динамічні дихальні вправи з подовженим видихом, опором у поєднанні з простими динамічними загальнорозвиваючими вправами для малих і середніх м'язових груп, нескладні вправи на координацію і вправи для тренування вестибулярного апарату. Вправи для тулуба виконуються з обмеженою амплітудою руху.

Орієнтовний комплекс фізичних вправ лікувальної фізкультури раннього післяопераційного періоду надано у табл. 7.4.

Таблиця 7.4

Орієнтовний комплекс фізичних вправ лікувальної фізкультури в ранній післяопераційний період

№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
1	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – руки вперед – вдих. 2 – В.П. – видих	6–8	Темп повільний
2	В.П. – лежачи на спині, руки до плечей. 1 – лікті в сторони. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне

<i>Закінчення табл. 7.4</i>			
№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
3	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – праву руку вгору, потягтися – вдих. 2 – В.П. – видих. 3 – те саме лівою рукою – вдих. 4 – В.П. – видих	4–6 кжною рукою	Темп повільний
4	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба долоньями доверху. 1 – стиснути пальці в кулак. 2 – В.П.	4 – 6 разів	Темп повільний. Дихання довільне
5	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – 3 – колові рухи в променезап'ясткових суглобах вправо. 4 – В.П. 5 – 7 – колові рухи в променезап'ясткових суглобах вліво. 8 – В.П.	4–6 у кжну сторону	Темп повільний. Дихання довільне
6	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – підняти плечі вгору. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
7	В.П. – лежачи на спині, упор на лікті. 1 – 2 – спираючись на лікті, підняти голову і плечі. 3 – 4 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
8	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – зігнути праву ногу в коліні. 2 – В.П. 3 – зігнути ліву ногу в коліні. 4 – В.П.	4–6 кжною ногою	Темп повільний. Дихання довільне
9	В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. 1 – розвести коліна в сторони. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
10	В.П. – лежачи на спині, руки до плечей. 1 – руки вперед – вдих. 2 – В.П. – видих	6–8	Темп повільний

У подальшому руховий режим розширюють, за відсутності протипоказань можна вставати і ходити по палаті на наступний день після операції. Поступово підвищується фізичне навантаження, додаються спеціальні вправи для кульшових суглобів, великих м'язових груп, вправи для м'язів черевного преса, тазового дна, ізометричні вправи для м'язів промежини і черевної стінки, збільшується амплітуда рухів.

Пізній післяопераційний період. Завдання лікувальної фізкультури в ранньому післяопераційному періоді:

профілактика спайкового процесу;

зміцнення м'язів передньої черевної стінки, тазового дна;

загальнозміцнюючий вплив.

Орієнтовний комплекс фізичних вправ лікувальної фізкультури пізнього післяопераційного періоду надано у табл. 7.5.

Таблиця 7.5

Орієнтовний комплекс фізичних вправ лікувальної фізкультури у пізній післяопераційний період

№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
1	Ходьба з різними В.П. рук	1–1,5 хв	Дихання довільне
2	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – відвести лікті назад – вдих. 2 – В.П. – видих	4–6	Темп повільний
3	В.П. – стоячи, руки за головою. 1 – руки вперед. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
4	В.П. – О.С. 1 – підняти на носки, руки вперед, пальці стиснути в кулак. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
5	В.П. – О.С. 1 – руки до плечей. 2 – руки вгору. 3 – руки вперед. 4 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
6	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – поворот тулуба вправо – вдих. 2 – В.П. – видих. 3 – те саме вліво – вдих. 4 – В.П. – видих	4–6 у кожну сторону	Темп повільний
7	В.П. – стоячи, руки на пояс. 1 – нахил тулуба вправо – вдих. 2 – В.П. – видих. 3 – те саме вліво – вдих. 4 – В.П. – видих	4–6 у кожну сторону	Темп повільний
8	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – шаг правою ногою вперед, руки в сторони – вдих. 2 – В.П. – видих. 3 – те саме лівою ногою, руки в сторони – вдих. 4 – В.П. – видих	4–6 кожною ногою	Темп повільний

<i>Закінчення табл. 7.5</i>			
№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
9	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – мах правою ногою вперед. 2 – В.П. 3 – те саме лівою ногою. 4 – В.П.	4–6 кожною ногою	Темп повільний. Дихання довільне
10	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – мах правою ногою вправо. 2 – В.П. 3 – те саме лівою ногою вліво. 4 – В.П.	4–6 у кожну сторону	Темп повільний. Дихання довільне
11	В.П. – О.С. 1 – напівприсід, руки на пояс. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
12	В.П. – стоячи, руки до плечей. 1 – підняти лікті вгору. 2 – В.П.	4–6	Темп повільний. Дихання довільне
13	В.П. – стоячи, руки до плечей. 1 – 3 – колові рухи в плечових суглобах вперед. 4 – В.П. 5 – 7 – теж назад. 8 – В.П.	4–6 у кожну сторону	Темп повільний. Дихання довільне
14	Ходьба	1–1,5 хв	Дихання довільне

Вправи виконуються із різних вихідних положень, активно застосовуються гімнастичні предмети.

Постгоспітальний період. Цей період є дуже відповідальним для пацієнта. Хворий готує себе до повсякденних фізичних навантажень і майбутньої трудової діяльності. Функціональні можливості організму знижені. Хо́да залишається порушеною.

Завдання лікувальної фізкультури в постгоспітальному періоді такі:

сприяти створенню хорошого рухомого післяопераційного рубця;

поновити тонус м'язів черевного пресу і тазового дна;

стимулювати моторику кишечника;

поновити правильну ходу і поставу;

тренувати серцево-судинну і дихальну системи.

Комплекс фізичних вправ складається з вправ, які сприяють формуванню рухомого післяопераційного рубця, швидшому відновленню

тону м'язів черевного пресу, зміцненню функціональної діяльності серцево-судинної та дихальної систем, стимуляції моторики кишечника.

Слід зазначити, що після виписки із стаціонару у хворого зберігаються порушення ходи та постави. Отже, у комплекс фізичних вправ включаються вправи на формування правильної ходи та постави.

Для тренування функцій серцево-судинної та дихальної систем, відновлення правильної ходи та постави дуже корисні пішохідні прогулянки упродовж 1–2 год на день. Дозована хода сприяє ритмічній роботі серця.

Орієнтовний комплекс фізичних вправ лікувальної фізкультури пізнього післяопераційного періоду надано у табл. 7.6.

Таблиця 7.6

**Орієнтовний комплекс фізичних вправ процедури лікувальної фізкультури
у постгоспітальний період**

№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
1	Ходьба з різними В.П. рук	1–1,5 хв	Дихання довільне
2	В.П. – стоячи, руки за голову. 1 – підняти руки вгору, потягтися – вдих. 2 – В.П. – видих	4–6	Темп повільний
3	В.П. – стоячи, руки до плечей. 1 – 3 – колові рухи в плечових суглобах вперед. 4 – В.П. 5 – 7 – те саме назад. 8 – В.П.	4–6 у кожну сторону	Дихання довільне
4	В.П. – О.С. 1 – підняти руки вгору, праву ногу назад на носок. 2 – В.П. 3 – підняти руки вгору, ліву ногу назад на носок. 4 – В.П.	4–6 кожною ногою	Дихання довільне
5	В.П. – стоячи, руки вперед. 1 – поворот тулуба вправо. 2 – В.П. 3 – те саме вліво. 4 – В.П.	4–6 у кожну сторону	Дихання довільне
6	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – нахил тулуба вправо. 2 – В.П. 3 – те саме вліво. 4 – В.П.	4–6 у кожну сторону	Дихання довільне

№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
7	В.П. – стоячи, руки в сторони. 1 – нахил тулуба вперед. 2 – В.П. 3 – те саме назад. 4 – В.П.	4–6	Дихання довільне
8	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – присісти, руки вперед. 2 – В.П.	4–6	Дихання довільне
9	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – випад правою ногою вперед, руки вгору. 2 – В.П. 3 – те саме лівою ногою. 4 – В.П.	4–6 у кжною ногою	Дихання довільне
10	В.П. – стоячи, руки на поясі. 1 – випад правою ногою в сторону, руки вперед. 2 – В.П. 3 – те саме лівою ногою. 4 – В.П.	4–6 кжною ногою	Дихання довільне
11	В.П. – сід, руки на поясі. 1–3 – пружинисті нахили вперед, руки тягнуться до носків. 4 – В.П.	4–6	Дихання довільне
12	В.П. – сід, упор ззаду на руки. 1 – загнути праву ногу в коліні. 2 – В.П. 3 – те саме лівою ногою. 4 – В.П.	4–6 кжною ногою	Дихання довільне
13	В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, руки вгору. 1 – нахилити коліна вправо. 2 – В.П. 3 – те саме вліво. 4 – В.П.	4–6 у кжну сторону	Стопи на підлозі. Дихання довільне
14	В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, руки вгору. 1 – підняти таз. 2 – В.П.	4–6	Стопи на підлозі. Дихання довільне
15	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – підняти праву ногу. 2 – В.П. 3 – те саме лівою. 4 – В.П.	4–6 кжною ногою	Дихання довільне
16	В.П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. 1 – підняти ноги вперед. 2 – В.П.	4–6	Дихання довільне

<i>Закінчення табл. 7.6</i>			
№ п.п.	Зміст вправ	Дозування, рази	Методичні вказівки
17	В.П. – коліно-кистьове. 1 – підняти праву руку вгору. 2 – В.П. 3 – те саме лівою рукою. 4 – В.П.	4–6 кожною ногою	Дихання довільне
18	В.П. – коліно-кистьове. 1 – праву ногу назад на носок. 2–3 – напівшпагат на лівій нозі, руки в сторони. 4 – В.П. 5 – ліву ногу назад на носок. 6–7 – напівшпагат на правій нозі, руки в сторони. 8 – В.П.	4–6 кожною ногою	Дихання довільне
19	В.П. – О.С. 1 – підняти праву руку вгору. 2–3 – потягтися правою рукою вгору, лівою рукою вниз. 4 – В.П. 5–7 – теж лівою рукою. 8 – В.П.	4–6 кожною рукою	Дихання довільне
20	Ходьба	1–1,5 хв	Дихання довільне

8. Сексуальне виховання і його вплив на репродуктивне здоров'я

Сексуальне виховання – процес цілеспрямованого впливу на особистість для формування культури статевої взаємодії, здорового ставлення до статі і сексуальності, вміння переживати й усвідомлювати свої фізіологічні і психологічні особливості відповідно до усталених у суспільстві норм і правил.

У статевому вихованні можна розглянути два напрямки: з одного боку, романтична педагогіка кохання, з іншого – сексуальна педагогіка. На жаль, на сьогодні немає концепції статевого виховання, яка могла б органічно поєднати ці два напрямки в рамках однієї цілісності. Можливо, в основі цього роздвоєння лежить фрейдівський афоризм: “Там, де кохають, немає потягу, де є потяг, там не можуть кохати”. У двох напрямках у статевому вихованні наче відтворюється ця дилема: холодний і точний раціоналізм, з

одного боку, і проповідь сімейно-затишної, очищеної від пристрастей сексуальності – з іншого.

Сутність сексуального виховання полягає не в тому, щоб йти за статевим розвитком, а щоб випереджати його, формувати той морально-психологічний та емоційно-естетичний базис, без якого статеві переживання і стосунки неминуче ускладнюють життя, ведуть до непотрібних помилок.

Основні завдання сексуального виховання:

формування здорового способу життя, прищеплення навичок особистої гігієни, у тому числі і гігієни статевих органів;

вироблення вміння оцінювати свій стан, свої сексуальні прояви, здійснювати контроль над ними;

подолання шкідливих звичок, профілактика сексуальних збочень і правопорушень, статевих ексцесів;

організація статевого самовиховання молоді;

формування відповідального ставлення до власного тіла, фізичного і репродуктивного здоров'я;

профілактика ранніх сексуальних контактів, корекція ризикованої і суспільно небезпечної сексуальної поведінки, формування навичок безпечної поведінки у міжстатевих стосунках;

виховання моральної відповідальності за свою поведінку в міжстатевих відносинах;

виховання здатності до статевого кохання, тобто вміння кохати, бути коханим і на цій основі будувати здорові сексуальні стосунки;

виховання моральної стійкості до різних розбещуючих впливів; формування адекватного ставлення до проституції.

Сексуальне виховання починається з формування усвідомленого ставлення до сексуальності.

Ставлення до тіла – одна з найважливіших ціннісних орієнтацій будь-якої культури. Тіло – не проста фізична, природна данина, а соціальний конструкт. Відомо, що під час статевого дозрівання разом з гормональними

змінами в організмі підлітка посилюється і запах його тіла, адже він – індикатор статевого дозрівання. І хоча запах не відіграє вирішальної ролі в сексуальних стосунках людей, помічено, що подружжя, на яких дратівливо діє запах тіла другої половини, ніколи не досягають сексуальної гармонії. Тому тема запахів і гігієни має зайняти ключове місце в сексуальному вихованні.

Серед навичок, які формуються, варто особливо виділити навичку дотримання гігієни статевих органів: гігієнічні процедури статевих органів необхідно робити на ніч перед сном і вранці після сну; часто змінювати нижню білизну; попереджати розвиток закріпів з метою запобігання хронічному застою крові у ділянці тазу і порушенню нормального положення матки; особливу увагу гігієні статевих органів потрібно приділяти у періоди статевого дозрівання та зрілості.

Важливими у формуванні репродуктивного здоров'я є поглиблені гінекологічні огляди. Після перенесених гострих інфекційних респіраторних захворювань дівчата часто страждають на запалення сечового міхура – цистит, який дає ускладнення на яєчники, що стає причиною репродуктивних патологій.

Ставлення молоді до власного здоров'я – виховна проблема. Формування здорових звичок найефективніше починати в дитинстві. Усі способи оздоровлення, відповідно, і захисту від інфекцій; загартування, повноцінне харчування, оптимальні фізичні навантаження, налагоджений режим дня і своєчасні щеплення – не лише фактори благополуччя, а й турбота про майбутнє потомство.

Значну роль у нормальному розвитку дівчини відіграє весь комплекс оздоровчих заходів – гімнастика, загартування, повітряні, сонячні ванни. Постава – не лише естетика, а й правильне розташування внутрішніх органів та їх нормальне функціонування. Гігієна зовнішніх статевих органів має бути потребою організму. Надлишкова вага може позначитись на становленні менструальної функції і призвести до безпліддя. Несвоєчасне спорожнення

кишечнику може викликати зміщення матки або її неправильний розвиток. Ось чому треба відповідально готуватись до усвідомленого материнства. Виховання потреби материнства повинно стати турботою про фізичний, у тому числі статевий розвиток.

Слід звернути увагу на соціально-педагогічні причини загроз репродуктивному здоров'ї юних жінок.

По-перше, ранній початок статевого життя. Епітеліальний покрив шийки матки остаточно дозріває в 17–18 років, а до цього віку чоловіча сперма має на неї канцерогенний вплив.

По-друге, це розповсюдження захворювань, що передаються статевим шляхом. Особливу небезпеку становить хламідіоз. Проходячи безсимптомно, хламідіоз легко переходить у хронічну форму із небезпечним утворенням численних запальних спайок, що пізніше перешкоджають заплідненню.

По-третє, агресивна інтоксикація організму дівчини (нікотинова, алкогольна, наркотична). Токсичні речовини, що систематично надходять до організму, впливають на роботу мозку, що може призвести до розладів менструальної функції.

По-четверте, надмірне прагнення дівчат схуднути, провокує порушення менструального циклу. Перехід за межу 15 % втрати ваги призводить до припинення менструацій. Ще один серйозний наслідок косметичних голодувань – зменшення розмірів матки та яєчників.

Своєчасне і повне інформування майбутніх батьків про формування атмосфери відповідальності в сім'ї, розширення її участі в збереженні і зміцненні здоров'я дітей – обов'язкова умова успішної реалізації поставлених завдань з оздоровлення майбутнього покоління.

Сексуальне виховання має сприяти розвитку в молодих людей таких поглядів на сексуальність, які допоможуть їм зберегти своє здоров'я. Дівчата та юнаки повинні набути здатності приймати відповідальні рішення з приводу своєї сексуальної поведінки, сформувати власні принципи й розуміти, що вони завжди можуть відмовитися від сексуальної активності,

якщо їх щось не влаштовує. Для розуміння сексуальної активності молодих людей важливо знати таке: інтенсивність статевого потягу в цьому віці надзвичайно велика; форми сексуальної активності пов'язані з тим, що молода людина освоює нову для себе функцію організму, експериментує з нею; наявність різноманітних еротичних уяв і фантазій при обмежених можливостях їх реалізації можуть спонукати до екстремальних форм сексуальної поведінки; невідповідність до сприйняття інформації про реальні сексуальні стосунки можуть викликати крайні форми емоційних реакцій; сексуальність на початкових етапах її формування ще ізольована від інших складових кохання.

Особисті якості дівчат і юнаків, наділених здоровою сексуальністю:

позитивне фізичне самовідчуття – розуміння змін, пов'язаних зі статевим дозріванням; природне сприйняття цих змін; профілактика і здоровий спосіб життя: утримання від алкоголю, наркотиків і регулярні медичні огляди;

відповідальність за власну поведінку – формування системи цінностей; здатність виробити свої принципи і діяти відповідно до них; урахування можливих наслідків своїх дій; розуміння того, що пов'язані сексуальністю та сексуальними стосунками сподівання, сформовані на основі даних засобів масової інформації, можуть виявитися нереалістичними; здатність відрізняти власні бажання від бажань групи однолітків; розуміння того, які вчинки є саморуйнівними; здатність звертатися за допомогою;

інформованість в сексуальних питаннях – здатність відчувати сексуальні почуття і контролювати бажання їх реалізувати; розуміння наслідків сексуальної поведінки; здатність приймати, на основі особистих уявлень, відповідальні рішення з приводу сексуальної поведінки з партнером; здатність зрозуміти, якою мірою прагнення почати статеве життя залежить від тиску з боку однолітків і культурного середовища; усвідомлення власної сексуальної ідентичності, усвідомлення власної сексуальної орієнтації;

готовність у разі потреби шукати додаткову інформацію про сексуальність; повага до людей, які мають інші погляди і живуть відповідно до них.

Діапазон поведінки молоді збагачується досвідом свідомого наслідування етичним, гігієнічним, естетичним нормативам статевої поведінки, вмінням оцінювати і регулювати контакти з однолітками.

Сексуальне виховання молоді має відобразитися в організації умов для набуття дошлюбного досвіду спілкування, досвіду, який не обов'язково включає інтимні стосунки, але дає необхідні знання та навички для їх реалізації в майбутньому подружньому житті. При цьому статевий потяг має не пригнічуватись, а, навпаки, заохочуватись, але саме шляхом прищеплення педагогічно прийнятних способів його задоволення в міжособистісному спілкуванні з особами протилежної статі. Особливе місце в змісті навчально-виховної роботи має займати сфера моральних засад міжстатевих контактів. Досвід дружби, товаришування, міжстатевої взаємодії, набутий у побуті, створює основу для засвоєння певних стереотипів статевої поведінки.

Знаючи специфічний вплив на статеву функцію алкоголю, необхідно враховувати основне: легке алкогольне сп'яніння, зазвичай, супроводжується інтенсивним статевим потягом. У чоловіків посилюється ерекція, а сам статевий акт стає тривалішим, оскільки алкоголь дещо уповільнює настання еякуляції. У стані алкогольного сп'яніння чоловік здатний до сексуальної агресії, що нерідко трапляється в житті, про це варто пам'ятати дівчатам і жінкам, якщо вони наважуються взяти участь у застіллі в товаристві малознайомих юнаків і чоловіків. Алкогольне уповільнення настання еякуляції створює у чоловіків ілюзію підвищення сексуальних здібностей, що може служити приводом до вживання алкоголю як стимулятора в звичній практиці статевих стосунків. У чоловіка втрачається здатність до нормального статевого акту, а з часом це призводить до алкогольної імпотенції.

У жінок легке сп'яніння призводить до посилення бажання фізичної близькості, жінка легше досягає психологічного релаксу й швидше досягає

оргазму. Через це вона теж може сприймати алкоголь як “еліксир кохання”, втрачати здатність до оргазму в тверезому стані, а надалі в стані сп’яніння розвивається алкогольна фригідність. Алкоголізація жінок відбувається легше і швидше, а лікування її проблематичніше, ніж у чоловіків. Кожному юнакові і дівчині варто знати про підступну дію алкоголю, а зачаття дитини в стані алкогольного сп’яніння згубно позначається на нащадках, дитина народжується з істотними вадами. Існує реальна загроза генофонду нації.

Проблема цнотливості та сексуального дебюту – ще одна проблема, з якою молоді дівчата та хлопці мають ознайомитись. Знаючи загалом сучасне лібералізоване ставлення сучасної молоді до проблем цнотливості, необхідно звернути увагу майбутнього подружжя на таке:

дефлорація дівочої плівки (гімену) може і не відбутись через її еластичність чи відсутність унаслідок травмування у дитинстві або в підлітковому віці;

відсутність гімену не привід давати моральну оцінку партнерки (цнотливиця може виявитися легковажною, розбещеною, зрадливою, а може бути навпаки);

уважний, люблячий чоловік, знаючи про больові відчуття після дефлорації, повинен припинити статевий акт і відновити інтимні стосунки після того, як все загоїться;

больові відчуття значно менше залежать від віку, сексуальної грамотності і ніжності чоловіка, ніж від психологічних установок жінки, очікування болю може викликати страх і посилювати саме відчуття.

Завершення статевого дозрівання юнаків і дівчат вносить у міжстатеві стосунки елементи еротики, яка має бути спрямована в певні межі – цнотливих пестошів, дотиків і поцілунків. Молодь повинна набути дошлюбний, неминучий чуттєвий досвід, який не обов’язково передбачає сексуальні стосунки. У реальному житті не лише суто фізичний потяг, а й багато інших причин підштовхують молодих людей до вступу в інтимні стосунки: потяг до нових відчуттів; бажання швидше подорослішати;

відчуття потреби в коханні і близькості; страх відстати від однолітків; занепокоєння власною цнотливістю. Сексуальне виховання покликане допомагати юнакам і дівчатам говорити “так”, якщо вони дійсно хочуть цього, і “ні” – якщо вони проти.

Перший сексуальний контакт, за даними соціосексологів, рідко відбувається з дозрілої мотивації. Найчастіше мотивом буває цікавість, потреба самопізнання і самоутвердження. Але він є важливим у наступному сексуальному житті. Тому перший контакт не має бути випадковою пригодою, а має стати для кожної молодої людини подією, що запам'ятовується на все життя. Рішення вступити в статевий зв'язок – це моральний вибір.

Небезпечним для репродуктивного здоров'я є ранній початок статевого життя. Порушується фізіологічний ритм діяльності нервової системи, психіки і репродуктивних органів: трапляються нервові зриви, гормональні порушення, а пізніше ще безпліддя й імпотенція; велика ймовірність зараження багатьма сечостатевими інфекціями, у тому числі і вірусними; можливість зараження СНІДом; можливе настання небажаної вагітності, що майже завжди веде до абортів і до низки гінекологічних захворювань; велика ймовірність безпліддя тощо.

Ще одна з проблем, з якою доводиться зустрічатися, – це рання, незапланована вагітність і все, що з нею пов'язано. Вивчення ставлення до контрацепції дівчат у віці 15–19 років засвідчило, що сексуально активні молоді люди або взагалі не застосовують контрацепцію, або використовують неефективні і малосприйнятні засоби попередження вагітності. Погана поінформованість про методи контрацепції, недостатнє їх використання збільшують ризик настання небажаної вагітності, що призводить до зростання кількості штучних абортів чи пологів.

Юний вік матері збільшує імовірність виникнення токсикозу вагітності, маленької маси тіла новонародженого, зниження потенціалу його фізичного і психічного здоров'я. Рання вагітність позначається й на долі самої юної

матері – особливо відчутні негативні наслідки вагітності внаслідок її психологічної й фізіологічної незрілості. Перший аборт це не тільки вбивство своєї першої дитини. Це – підписання смертного вироку наступним, позаяк у сучасних умовах життя найменші додаткові шкідливі впливи, які і так є агресивними щодо людини, підсилюють дію існуючих шкідливих факторів.

Юні матері, зазвичай, не в змозі досягнути відповідного рівня особистісного розвитку, який необхідний для виховання дитини. Вони часто зтикаються з психіатричними і соціальними проблемами (зокрема, суїцидальним намірам), часто нездатні сприймати емоційні та експресивні сигнали, що подає дитина, недбалі в поводженні з нею. Це спотворює раннє формування психічних функцій дитини і є для неї причиною частих захворювань і розладів.

Отже, репродуктивне здоров'я основному залежить від самої людини. Розуміння молоддю усіх проблем буде позитивно впливати на здоров'я нації в цілому і кожної людини зокрема. Здорові батьки народжують здорових дітей, без уроджених вад. Пропаганда здорового способу життя і правил поведінки в інтимному житті – потужний фактор репродуктивного здоров'я нації.

Література

1. Бароненко В. А. Здоровье и физическая культура студента: Учеб. Пособ. / В. А. Бароненко, Л. А. Рапопорт. – М.: Альфа-М, 2009. – 336 с.
2. Боголюбов В. М. Медицинская реабилитация / под ред. В. М. Боголюбова. Книга III. – М.: БИНОМ, 2010. – 368 с.
3. Васильева В. Е. Лечебная физическая культура / под ред. В. Е. Васильевой. – М.: ФиС, 1970. – 368 с.
4. Ващенко Г. Г. Виховний ідеал / Г. Г. Ващенко. – Полтава, 1994. – 191 с.
5. Вейнингер О. Пол и характер / О. Вейнингер. – М.: Латард, 1997. – 358 с.
6. Гінекологія дитячого і підліткового віку: Підручник / За ред. І. Б. Вовк, О. М. Юзька, В. П. Вдовиченка. – К., 2011. – 424 с.
7. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. Просobie / В. И. Дубровский. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
8. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 560 с.
9. Зайцев А. Г., Зайцев Г. К. Педагогика счастья (Валеология семьи). – СПб: Союз, 2002. – 320 с.
10. Кравець В. П. Теорія і практика дошлюбної підготовки молоді / В. П. Кравець. – К.: Київська правда, 2000. – 688 с.
11. Лечебная физическая культура: учебник / С. Н. Попов. – М.: Академия, 2014. – 416 с.
12. Сили, Род Р. Анатомия и физиология: учебник в 2 кн. / Р. Р. Сили, Т. Д. Стивенс, Ф. Тейт. Книга II. – К.: Олимпийская литература, 2014. – С. 663 – 1223.
13. Шахлина Л. Я.-Г. Медико-биологические основы спортивной тренировки женщин / Л. Я.-Г. Шахлина. – К.: Наукова думка, 2001. – 328 с.