

© Коллектив авторов, 2025

Т.Б. МАЛАНОВА, М.В. ИПАТОВА, Ю.В. КУБИЦКАЯ, А.В. НИКОЛАЕВА, А.А. ИГНАТЬЕВА

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

Частота нормальных родов в России с 1985 г. до 2022 г. снизилась более чем в 1,5 раза на фоне роста частоты осложненных и оперативных родов. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» оказание медицинской помощи в послеродовый период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений. Современные физические факторы, с учетом их механизма действия, обладают значимыми для послеродового периода клиническими эффектами: противовоспалительным, противоотечным, обезболивающим, регенеративным, иммуномодулирующим, десенсибилизирующим, седативным. Физические факторы целесообразно использовать с профилактической целью у всех рожениц. Практически все осложнения послеродового периода связаны с воспалительными процессами, что часто требует приема антибактериальных препаратов. В комплексы противовоспалительного лечения целесообразно включение физиолечения в интенсивном варианте. Приведены показания и противопоказания для применения физических факторов в послеродовом периоде, подобраны оптимальные методы и методики физиотерапии для различных клинических ситуаций.

Заключение: Использование физических факторов обеспечивает профилактику и лечение возможных воспалительных осложнений, снижает медикаментозную нагрузку и ограничивает развитие аллергических и побочных отрицательных влияний медикаментов на организм роженицы и новорожденного, способствует становлению физиологической лактации и предотвращению развития мастита, сокращает сроки пребывания пациентки в стационаре.

Ключевые слова: физиотерапия, физиопрофилактика, преформированные физические факторы, низкочастотная импульсная магнитотерапия, магнитолазеротерапия, электро-терапия, переменное магнитное поле низкой частоты, послеродовый период, лактостаз, субинволюция матки, кесарево сечение, травма промежности, симфизит, геморрой.

Вклад авторов: Маланова Т.Б., Ипатова М.В., Николаева А.В. — концепция и дизайн статьи; Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Игнатъева А.А. — сбор и обработка материала; Маланова Т.Б., Ипатова М.В. — написание текста; Ипатова М.В., Николаева А.В. — редактирование.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Источники финансирования отсутствуют.

Для цитирования: Маланова Т.Б., Ипатова М.В., Кубицкая Ю.В., Николаева А.В., Игнатъева А.А. Физические факторы в раннем послеродовом периоде в акушерском стационаре. Акушерство и гинекология. 2025; 5: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2025.89>

©A group of authors, 2025

T.B. MALANOVA, M.V. IPATOVA, YU.V. KUBITSKAYA, A.V. NIKOLAEVA, A.A. IGNATYEVA

PHYSICAL FACTORS IN THE EARLY POSTPARTUM PERIOD IN AN OBSTETRIC UNIT

Academician V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

The rate of normal births in Russia from 1985 to 2022 decreased by more than 1.5 times, while the rate of complicated and operative births increased. In accordance with the established protocol for providing obstetric and gynecological care, medical care in the postnatal period is administered on the basis of regional routing schemes. These schemes enable a differentiated approach to treatment, depending on the degree of risk of complications. Given their mechanism of action, modern physical factors have clinical effects that are significant for the postpartum period. These effects include anti-inflammatory, anti-edematous, analgesic, regenerative, immunomodulatory, desensitizing and sedative properties. It is reasonable to use physical factors for prophylactic purposes in all women in labor. Most postpartum complications are associated with inflammatory processes that often require the administration of antibacterial drugs. It is advisable to include intensive physiotherapy in anti-inflammatory treatment complexes. The paper provides an overview of the indications and contraindications

for the use of physical factors in the postpartum period, as well as the optimal methods and techniques for physiotherapy in various clinical situations.

Conclusion: *The use of physical factors provides prevention and treatment of possible inflammatory complications, reduces the medication load and limits the development of allergic and adverse side effects of medications on the mother and newborn, promotes the physiological lactation and prevents the development of mastitis, reduces the patient's stay in hospital.*

Keywords: *physiotherapy, physioprophylaxis, preformed physical factors, pulsed low-frequency magnetic field therapy, magnetolaser therapy, electrotherapy, low-frequency alternating magnetic field, postpartum period, lactostasis, uterine subinvolution, caesarean section, perineal trauma, symphysis, hemorrhoids.*

Authors' contributions: Malanova T.B., Ipatova M.V., Nikolaeva A.V. — developing the concept and design of the article; Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Ignatyeva A.A. — collecting and processing the material; Malanova T.B., Ipatova M.V. — writing the text; Ipatova M.V., Nikolaeva A.V. — editing the article.

Conflicts of interest: Authors declare lack of the possible conflicts of interest.

Funding: The study was carried out without sponsorship.

For citation: Malanova T.B., Ipatova M.V., Kubitskaya Yu.V., Nikolaeva A.V., Ignatyeva A.A. Physical factors in the early postpartum period in an obstetric unit. Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2025; (5): (in Russian) <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2025.89>

Качество жизни женщины после родов, ее дальнейшее репродуктивное здоровье определяются особенностями физического развития, течением данной беременности, родов и раннего послеродового периода. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), клиническими рекомендациями по нормальным родам и послеродовому периоду [1–3], при физиологическом течении родов и послеродового периода не возникает осложнений, приводящих к назначению медикаментозной терапии, и/или к хирургическим вмешательствам, и/или к несвоевременной выписке из учреждения родовспоможения, и/или к дополнительной госпитализации пациентки в связи с акушерскими осложнениями. Частота нормальных родов в России составила 55,8% в 1985 г., 35,9% — в 2020 г. и остается таковой: по данным Минздрава России в 2022 г. — 36,2%; в учреждениях третьего уровня частота неосложненных родов в силу специфики работы составляет лишь 25,3%, а акушерских операций (наложение щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение) было сделано 32,55 на 100 родов [2, 4–6]. По данным формы ФСН № 32 [3], из 1,2 млн родивших женщин в России в 2023 г. осложнения родов и послеродового периода были у 785 тыс. (64,5%). Частота оперативных влагалищных родов варьирует от 2,1 до 19,2%. Родовая травма промежности приводит в дальнейшем к формированию генитального пролапса, диспареунии, нарушениям мочеиспускания, что значительно влияет на качество жизни женщин [7–9].

В Российской Федерации частота кесарева сечения в 2022 г. составила 31,2%, при этом, согласно данным исследований [10], ранний послеродовой период может осложниться кровотечением, эндометритом, тромбозом, а в более отдаленном периоде — хроническим эндометритом, спаечным процессом в малом тазу, нарушением функции кишечника, развитием синдрома хронической тазовой боли. Каждая третья женщина с рубцом на матке хотела бы родить самостоятельно [11]. Однако в России частота влагалищных родов у пациенток с

рубцом на матке не превышает 1,5% [12]. Каждая четвертая родильница имеет проблемы с лактацией, у каждой десятой есть клиника лактостаза [3].

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» [13], учреждения родовспоможения обеспечивают доступной и качественной медицинской помощью родильниц; оказание медицинской помощи в послеродовом периоде осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций.

Практически все осложнения послеродового периода связаны с воспалительными процессами, что требует системного приема антибактериальных препаратов, а это может оказать негативное влияние на лактацию. Использование физических факторов (ФФ) позволяет достичь желаемого клинического результата, не нарушая процесса лактации. В стандартной клинической практике в стационаре используются преформированные ФФ, обладающие разнонаправленными клиническими эффектами: противовоспалительным, обезболивающим, противовоспалительным, трофическим, репаративным, десенсибилизирующим и иммуномодулирующим, седативным [14–21].

В публикациях [14, 22, 23] нами были уточнены те ФФ, которые целесообразно использовать в раннем послеродовом периоде:

- импульсное магнитное поле низкой частоты различных характеристик или постоянное магнитное поле;
- электромагнитные волны оптического диапазона (лазерное, инфракрасное излучение, КУФ-излучение, поляризованный свет);
- бесконтактный массаж электростатическим полем;
- импульсное низкочастотное электромагнитное поле (Инфита-терапия);

- электромагнитные поля сверхвысокой частоты (СМВ, ДМВ);
- электромагнитные поля крайне высокой частоты (КВЧ-терапия);
- импульсные токи низкой частоты (ДДТ, СМТ, ИФТ, ФТ);
- высокочастотные токи (ультратонтерапия, дарсонвализация);
- механические воздействия: ручной, баночный, аппаратный массаж;
- ингаляции (УЗ-ингаляторы);
- дозированная физическая нагрузка (дыхательная гимнастика, комплексы лечебной гимнастики).

Противопоказания для использования ФФ в послеродовом периоде [14, 17, 22–24]:

- тяжелое общее состояние пациентки;
- температура тела выше 38°C;
- подозрение на сепсис;
- клинические проявления злокачественных новообразований на данный момент у пациенток;
- неадекватное психоэмоциональное состояние пациентки, психические заболевания;
- туберкулез в активной форме;
- наличие кардиостимулятора;
- сердечно-сосудистая, легочная, почечная недостаточность в состоянии декомпенсации;
- наличие имплантатов в молочных железах (относительное противопоказание);
- нежелание пациентки проводить физиолечение (относительное противопоказание).

Как показывает клинический опыт нашего отделения [22, 23], ФФ целесообразно использовать у каждой родильницы. В первые 5 суток после родов у здоровых родильниц могут быть [3, 25–29]: болевые ощущения в области промежности после растяжения вульвы и влагалища во время родов; нарушение функции мочевого пузыря в виде отсутствия позывов к мочеиспусканию при полном мочевом пузыре; запоры и обострение геморроя; равномерное нагрубание молочных желез на фоне выделения молозива, а затем — молока; боли и повышение температуры тела в области молочных желез (в подмышечной ямке) вследствие лактостаза. Другими отклонениями в лактации могут быть гипо- и агалактия [3]. Физиологическое нагрубание молочных желез может быстро перейти в патологическое; при наличии трещин сосков это может быть одной из причин развития мастита. Нарушение оттока лохий может явиться причиной субинволюции матки и последующего эндометрита.

По рекомендациям ВОЗ [1], регулярная пероральная или местная антибиотикопрофилактика при нормальном послеродовом периоде не рекомендуется. Для лечения нагрубания молочных желез следует консультировать женщин и поддерживать их в практике кормления «по требованию», правильном прикладывании ребенка к груди, сцеживании молока; для профилактики атонии мочевого пузыря и запоров — чаще опорожнять мочевой пузырь и регулировать опорожнение кишечника питанием; при наличии послеоперационных ран передней брюшной стенки и промежности ФФ поддерживать физиологическое течение фаз заживления, что способ-

ствует предупреждению осложнений послеродового периода.

У пациенток с нормальными родами, при неосложненном пуэрперии, применение ФФ носит **профилактический характер**. Особенностью использования физиопрофилактики является кратковременность курса лечения в рамках «минимальных» сроков пребывания родильницы в стационаре, определенных современными стандартами оказания медицинской помощи, правилами страховой медицины [23].

Основными показаниями для физиопрофилактики в послеродовом периоде являются [22, 23]:

- физиологическое течение послеродового периода (профилактика лактостаза, трещин сосков, субинволюции матки, атонии мочевого пузыря);
- особенности строения соска (субконический, втянутый, плоский);
- высокая степень риска возможных инфекционных осложнений послеродового периода (при отягощенном анамнезе женщины);
- «неосложненные» эпизио- и перинеотомии;
- «неосложненные» оперативные роды (плановое кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода);
- профилактика легочных послеоперационных осложнений.

При осложненном течении послеродового периода физиолечение является **частью лечебного комплекса** наряду с адекватной медикаментозной терапией и хирургическими манипуляциями [22, 23].

Показаниями для физиолечения являются [22, 23]:

- патологическое нагрубание молочных желез; трещины сосков; серозный мастит; гипогалактия;
- субинволюция матки; эндометрит серозный;
- наличие хирургической раны передней брюшной стенки после экстренного кесарева сечения, миомэктомии, метропластики во время кесарева сечения;
- гематома, нагноение и/или расхождение швов послеоперационной раны на передней брюшной стенке;
- наличие травмы промежности: отек; разрыв мягких тканей промежности при родах через естественные родовые пути; гематома, нагноение и/или расхождение швов промежности;
- соматические заболевания: атония мочевого пузыря; отек, воспаление геморроидальных узлов; симфизиопатия (симфизит).

Применение физических факторов в различных клинических ситуациях послеродового периода

Становление лактации

Физиологическое нагрубание молочных желез может провоцировать образование трещин сосков, появление болей при кормлении; в свою очередь, трещины сосков из-за затрудненного оттока молока на фоне болезненных ощущений, усугубляют нагрубание, переводя его в разряд патологического [3, 22, 23]. Патологический лактостаз развивается на 2–6-е сутки лактации. В клинической практике выделяют последовательные процессы — патологически-

й лактостаз, серозный, инфильтративный и гнойный мастит [3]. Физиолечение в остром периоде инфильтративного и гнойного мастита не может быть использовано [22, 23]. Субконический, уплощенный или втянутый сосок у родильниц травмируются значительно быстрее, поэтому физиофилактика травматизма соска в такой ситуации особо важна [22, 23].

Профилактические воздействия ФФ [22, 23] на молочные железы и соски начинают уже со 2-х суток после родов. Процедуру проводят 1 раз в день. Воздействия осуществляют **сразу после окончания кормления ребенка и сцеживания молока**. Используют следующие ФФ у родильниц [14, 22, 23]:

- низкочастотную магнитотерапию на соски и молочные железы;
- УЗ-терапию на соски и молочные железы (в непрерывном режиме воздействия);
- КУФ-облучение сосков;
- бесконтактный массаж электростатическим полем молочных желез;
- лазеротерапию/магнитолазеротерапию на соски.

С лечебной целью ФФ используют при патологическом лактостазе: процедуру проводят под обязательным контролем субъективного состояния пациентки, молочных желез, температуры тела родильницы, т.е. простых и доступных критериев оценки токсемии в организме, способных указать на переход лактостаза в мастит [22, 23]. При серозном мастите физиолечение проводят **только** на фоне динамической визуальной оценки молочных желез, состояния родильницы, температуры тела, клинического анализа крови, адекватной антибактериальной терапии [22, 23, 30]. Воздействия на молочные железы проводят перед кормлением ребенка или сцеживанием молока для последующего облегчения оттока молока. Воздействия проводят на зону уплотнения молочной железы 1–3 раза в день в зависимости от клинической ситуации. Используют ФФ [14, 22, 23]:

- низкочастотную магнитотерапию на молочные железы;
- УЗ-терапию на молочные железы (в прерывистом режиме воздействия);
- бесконтактный массаж электростатическим полем молочных желез.

Для профилактики и лечения гипо- и агалактии [22, 23] физиопроцедуры начинают также со 2-х суток после родов, 1 раз в день, при этом воздействия на молочные железы проводят перед кормлением ребенка или сцеживанием молока. Используют УЗ-терапию на молочные железы (в непрерывном режиме воздействия).

Профилактика и лечение нарушения сокращения послеродовой матки

Темп инволюции матки после родов зависит от многих факторов [3, 31, 32]. На клинические проявления субинволюции матки приходится от 11 до 51,5% всех осложнений у родильниц [32]. Послеродовой эндометрит после самопроизвольных родов развивается у 1–3% родильниц, после операции кесарева сечения его частота возрастает до 27% [33], еще выше риск послеродового эндометрита в случае выполнения кесарева в экстренном порядке в родах [34].

Основные показания для профилактического использования ФФ при нарушении сокращения послеродовой матки [22, 23]:

- длительный безводный промежуток в родах;
- субинволюция матки как результат исхода родов при крупном плоде, многоводии, многоплодии;
- ручное отделение плаценты и выделение последа;
- контрольное ручное обследование послеродовой матки;
- экстренное оперативное родоразрешение;
- плановые оперативные роды с прогнозируемыми послеоперационными воспалительными осложнениями;
- миомэктомия во время кесарева сечения;
- метрорезекция во время операции кесарева сечения;
- рубец на матке после предыдущих операций кесарева сечения или гинекологических операций (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное кесарево сечение в анамнезе, нестандартные разрезы матки во время операции).

Основная цель применения ФФ [22, 23] — достижение утеротонического эффекта, полноценное опорожнение матки от крови и обрывков оболочек, противоотечный и противовоспалительный эффекты. В качестве мер профилактики субинволюции матки рассматриваются и такие несложные действия, как своевременная регуляция функции мочевого пузыря и кишечника, ранняя вертикализация, лечебная физкультура [1, 32]. Раннее начало использования ФФ позволяет избежать активных инвазивных вмешательств (гистероскопии, выскабливания, вакуум-аспирации содержимого матки, лаважа и инстилляций полости матки) и развития эндометрита, снизить риск таких тяжелых послеродовых осложнений в последующем, как внутриматочные синехии вплоть до синдрома Ашермана.

ФФ после самопроизвольных родов и операции кесарева сечения используют с 1-х суток [22, 23]. При неосложненном течении раннего послеродового периода с профилактической целью можно использовать только ФФ, а с лечебной целью (при возникновении серозного эндометрита, после опорожнения гематомы, дренирования нагноившейся раны) — в сочетании с утеротонической и/или антибактериальной медикаментозной терапией. Динамика основных показателей физикального обследования, гемограммы и ультразвукового исследования в этой ситуации являются критериями адекватности и эффективности проведенного комплексного лечения [35]. Опыт нашего отделения [22, 23] показывает, что процедуры надо проводить ежедневно; профилактический курс не превышает 5–6 процедур, лечебный — 10–15 процедур, причем процедуры целесообразно делать 2–3 раза в день. Для профилактики и лечения нарушений сокращения матки используются следующие ФФ [14, 22, 23, 36]:

- интерференцтерапия по 4-электродной методике (кроме эндометрита) по абдоминально-сакральной методике (кроме эндометрита);

- СМТ-терапия по абдоминально-сакральной методике (кроме эндометрита)
- диадинамотерапия по маммарно-маточной методике, абдоминально-сакральной методике (кроме эндометрита);
- низкочастотная магнитотерапия по абдоминальной методике;
- терапия бегущим магнитным полем по абдоминальной методике;
- КУФ-облучение двухзональное (зона молочных желез, зона, охватывающая одновременно нижнюю треть передней брюшной стенки и верхнюю треть бедер);
- лазеротерапия/магнитолазеротерапия по абдоминальной методике, по рефлекторным зонам Захарьина—Геда;
- бесконтактный массаж электростатическим полем по абдоминальной методике (кроме эндометрита);
- вибрационный массаж по абдоминальной методике (кроме эндометрита).

Лечение хирургической раны передней брюшной стенки после операции кесарева сечения, травм промежности (самопроизвольных и индуцированных акушером)

Лечение раны в первой фазе раневого процесса направлено на подавление инфицирования, дренирование и уменьшение воспалительной реакции; во второй — на стимуляцию репарации, защиту образующейся грануляционной ткани, профилактику вторичного инфицирования; в третьей — на ускорение процессов эпителизации и образования рубца [37]. После родоразрешения путем кесарева сечения рекомендовано удаление повязки через 6 ч, ранняя активизация пациентки, что минимизирует риск развития раневой инфекции [38]. ФФ с профилактической и лечебной целью используются с 1-х суток после операции [22, 23]. Процедуры выполняют после хирургической обработки швов без использования перманганата калия; при наличии осложнений — после опорожнения гематомы, обработки краев нагноившейся раны и только на фоне адекватной антибактериальной терапии [12, 22, 23, 35, 39]. Профилактический курс физиотерапии составляет 3–5 процедур, выполняемых 1 раз в день, а лечебный — 5–10–15 процедур 1–2 раза в день. Предпочтительно использование в интенсивном режиме следующих ФФ на область шва после кесарева сечения или шва на промежности [14, 22, 23, 40, 41]:

- низкочастотной магнитотерапии;
- магнитоинфракрасного лазерного облучения;
- лазеротерапии/магнитолазеротерапии;
- воздействия поляризованным светом;
- КУФ-облучения;
- ДМВ-терапии;
- ТНЧ-терапии;
- ЧЭНС по абдоминально-сакральной методике.

Профилактика легочных послеоперационных осложнений

Профилактика легочных осложнений (гипостатической пневмонии) после операции кесарева

сечения обязательна у пациенток с особенностями анестезиологического пособия, большим объемом операции, требующим длительной иммобилизации, частыми заболеваниями дыхательного тракта в анамнезе [22, 23]. Немедикаментозные варианты лечения применяют только по согласованию с анестезиологом. Воздействия ФФ целесообразно начинать с 1-х суток после родов, ежедневно 1–2 раза в день. Такое лечение носит профилактический характер. Целесообразно использовать сочетание нескольких ФФ. Курс лечения составляет до 5 процедур каждым фактором. Лечебное использование ФФ должно сочетаться с адекватной медикаментозной терапией и проводиться под физикальным и лабораторным контролем. Используют следующие ФФ [14, 22, 23]:

- низкочастотную магнитотерапию на межлопаточную область;
- УЗ-ингаляции щелочными растворами и минеральной водой;
- массаж (ручной, баночный, аппаратный) грудной клетки;
- дыхательную гимнастику;
- лечебную физкультуру с инструктором.

Соматические осложнения послеродового периода

Симфизит, симфизиопатия. Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03–3% и возникает чаще всего на поздних сроках беременности [42, 43]; после родов болевой синдром, как правило, усиливается. Обычно пациенткам рекомендуется соблюдение постельного режима в положении на боку или в гамаке [44]. Действенным методом лечения такого состояния является курсовое (до 5 процедур) применение светолечения, как во время беременности, так и в послеродовом периоде [14, 22, 23]: КУФ-облучение области лонного сочленения.

Геморрой. Примерно у 8–10% женщин выявляется геморрой во время беременности [45]. Воспаление и отек наружных или внутренних геморроидальных узлов и даже их тромбоз возникают в первые часы после родов. Учитывая выраженные клинические проявления, физиопроцедуры начинают максимально рано, т. е. в 1-е сутки после родов [22, 23], под контролем общего состояния роженицы, клинического анализа крови, а при необходимости и гемостазиограммы. Применяют ФФ по контактной методике на область геморроидальных узлов [14, 22, 23], 1–2 раза в день, общим курсом до 6–8 процедур:

- местную дарсонвализацию;
- лазеротерапию/магнитолазеротерапию;
- низкочастотную магнитотерапию;
- ДМВ-терапию.

Атония мочевого пузыря. После самопроизвольных родов крупным плодом, при длительном низком стоянии головки плода в первом периоде родов, вакуум-экстракции плода и оперативном родоразрешении с помощью акушерских щипцов, может возникнуть атония мочевого пузыря. С учетом особенностей родов и анамнеза, по нашим данным [22, 23], целесообразно начинать проведение физиопрофилактики атонии мочевого пузыря уже

с 1-х суток после родов. Процедуры, направленные на активацию сокращения детрузора проводят **на фоне полного мочевого пузыря**; после процедуры родильницу просят попытаться самостоятельно помочиться. При этом используют ФФ [14, 22, 23]:

- местную дарсонвализацию в надлобковой области (локализация воздействия, режим проведения процедуры, продолжительность курса подбираются пациентке индивидуально по ощущениям);
- низкочастотную магнитотерапию в надлобковой области.

Как отмечается в рекомендациях ВОЗ [1], регулярное применение слабительных средств для профилактики послеродовых запоров не рекомендуется. Ранняя активизация женщин после родов, применение лечебной физкультуры позволяют нормализовать функцию кишечника и мочевого пузыря, проводить профилактику застойных явлений в легких, тромбоэмболических осложнений после хирургического воздействия и иммобилизации, свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости после оперативных родов. Вертикализация, лечебная физкультура проводятся с 1-х суток после родов; наличие швов на передней брюшной стенке, на промежности не являются противопоказаниями для их проведения. Также в рекомендациях ВОЗ [1] отмечается, что физическая активность должна быть регулярной, равномерно распределенной в течение недели, приносящей существенную пользу здоровью, продолжительностью не менее 150 минут. Может быть полезным вводить упражнения на растяжку мышц с небольшой нагрузкой. Замена малоподвижного времяпрепровождения физической активностью любой интенсивности (в том числе невысокой) положительно сказывается на здоровье. Женщинам непосредственно в послеродовом периоде не рекомендуется начинать регулярные тренировки мышц тазового дна в целях профилактики послеродового недержания мочи и кала [1]. Однако в дальнейшем после родов целесообразно ориентировать пациенток на занятия спортом с подключением мышц живота, ягодиц и внутренней поверхности бедер. Через 6–8 недель после перинео/эпизиотомии родильницам рекомендуют занятия с включением упражнений по тренировке мышц тазового дна (система укрепления периуретральных и перивагинальных мышц, анального сфинктера, сфинктера мочевого пузыря) для восстановления физической формы и качества жизни [46].

Заключение

Современные ФФ обладают множественными клиническими эффектами при отсутствии каких-либо побочных эффектов на организм родильницы. Применение физиотерапии обеспечивает профилактику и лечение возможных воспалительных осложнений, снижает медикаментозную нагрузку и ограничивает развитие аллергических и побочных отрицательных влияний медикаментов на организм родильницы и новорожденного, спо-

собствует становлению физиологической лактации и предотвращению развития мастита, сокращает сроки пребывания пациентки в стационаре.

Литература/References

1. Всемирная организация здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по оказанию помощи матерям и новорожденным для формирования позитивного послеродового опыта. Доступно по: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354615/9789240048539-rus.pdf?sequence=1> [WHO. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353586/9789240044074-eng.pdf?sequence=1>].
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании). 2024. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Normal delivery (singleton delivery, spontaneous delivery in the occipital presentation). 2024. (in Russian)].
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Нормальный послеродовый период (послеродовая помощь и обследование). 2024. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Normal postpartum period (postpartum care and examination). 2024. (in Russian)].
4. Савельева Г.М., Курцер М.А., Караганова Е.Я., Бреусенко Л.Е., Третьякова М.В. Ведение физиологических и осложненных родов. *Акушерство и гинекология*. 2011; 3: 4-10. [Savelyeva G.M., Kurtser M.A., Karaganova E.Ya., Breusenko L.E., Tret'yakova M.V. Management of physiological and complicated labor. *Obstetrics and Gynecology*. 2011; (3): 4-10. (in Russian)].
5. Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Обеспечение качества медицинской помощи, приоритетный национальный проект и концепция развития здравоохранения, развитие службы родовспоможения и оказания помощи детям. *Здравоохранение*. 2009; 11: 3-8. [Shirokova V.I., Filippov O.S., Guseva E.V. Ensuring quality of care, the priority national project and the concept of health, the development of service delivery and help children. *Zdravookhraneniye*. 2009; 11: 3-8. (in Russian)].
6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). *Здравоохранение в России 2023. Статистический сборник*. М.: Росстат; 2023. 179 с. [Federal State Statistics Service (Rosstat). *Healthcare in Russia 2023. Statistical compilation*. Moscow: Rosstat; 2023. 179 p. (in Russian)].
7. Петрухин В.А., Ахведиани К.Н., Логотова Л.С., Иванкова Н.М., Мельников А.П., Чечнева М.А., Башикин Н.Ф., Коваленко Т.С., Реброва Т.В. Вакуум-экстракция плода в современном акушерстве. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013; 13(6): 53-9. [Petrukhin V.A., Akhvediani K.N., Logutova L.S., Ivankova N.M., Melnikov A.P., Chechneva M.A., Bashikin N.F., Kovalenko T.S., Rebrova T.V. Fetal vacuum extraction in modern obstetrics. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2013; 13(6): 53-9. (in Russian)].
8. Медведова И.Н., Святченко К.С., Барбашова Ю.Ю. Вакуум-экстракция плода: версии и контраверсии. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2017; 66(1): 21-6. [Medvedeva I.N., Svyatchenko K.S., Barbashova Y.Y. Vacuum extraction of the fetus: the version and controversy. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2017; 66(1): 21-6. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.17816/JOWD66121-26>
9. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Оперативные влагалищные роды (роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора). 2023. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Operative vaginal delivery (singleton delivery, delivery with forceps or using a vacuum extractor). 2023. (in Russian)].
10. Ананьев В.А., Побединский Н.М., Чернуха Е.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах. *Акушерство и гинекология*. 2005; 2: 52-4. [Anan'ev V.A., Pobedinskiy N.M.,

- Chernukha E.A. Incidence of complications after cesarean section in the postpartum and late periods. *Obstetrics and Gynecology*. 2005; (2): 52-4. (in Russian)].
11. Кучеренко М.А. Ведение послеродового периода у родильниц с травмами промежности. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2010; 59(4): 65-70. [Kucherenko M.A. Keeping postpartum parturient women with perineal trauma. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2010; 59(4): 65-70. (in Russian)].
 12. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде. 2024. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Postoperative uterine scar requiring provision of maternal medical care during pregnancy, delivery, and the postpartum period. 2024. (in Russian)].
 13. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”». [Order of the Ministry of Health of Russia of 20.10.2020 No. 1130n "Procedure for the provision of medical care in the profile of obstetrics and gynecology". (in Russian)].
 14. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н., Ипатов М.В. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2008. 264 с. [Strugatskiy V.M., Malanova T.B., Arslanyan K.N., Ipatova M.V. *Physiotherapy practice obstetrician-gynecologist (clinical aspects and recipe)*. 2nd ed. Moscow: MEDpress-inform; 2008. 264 p. (in Russian)].
 15. Зубкова С.М. Физиологические основы действия физических факторов. В кн.: Боголюбов В.М., ред. Физиотерапия и курортология. Кн. 1. М.: БИНОМ; 2008: 143-61. [Zubkova S.M. Physiological foundations of the action of physical factors. In: Bogolyubov V.M., ed. *Physiotherapy and balneology*. Vol. 1. Moscow: BINOM; 2008: 143-61. (in Russian)].
 16. Улащик В.С. Физико-химические основы действия лечебных физических факторов на организм. В кн.: Боголюбов В.М., ред. Физиотерапия и курортология. Кн. 1. М.: БИНОМ; 2008: 134-42. [Ulashchik V.S. Physico-chemical basis of the therapeutic physical factors on the body. In: Bogolyubov V.M., ed. *Physiotherapy and health resort*. Vol. 1. Moscow: BINOM; 2008: 134-42. (in Russian)].
 17. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. Минск: Книжный дом; 2018. 512 с. [Ulashchik V.S., Lukomsky I.V. *General physiotherapy*. Minsk: Knizhnyy Dom; 2018. 512 p. (in Russian)].
 18. Андреева М.В., Шевцова Е.П., Неклюдова А.В. Возможности физиотерапии в профилактике инфекционных осложнений после операции кесарева сечения. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2022; 19(1): 179-83. [Andreeva M.V., Shevtsova E.P., Neklyudova A.V. Possibilities of physiotherapy in prevention of infectious complications after cesarean section operation. *Journal of Volgograd State Medical University*. 2022; 19(1): 179-83. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.19163/1994-9480-2022-19-1-179-183>
 19. Россеикина М.Г. Применение бегущего магнитного поля низкой частоты в профилактике и лечении послеродового эндометрита после абдоминального родоразрешения. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013; 5: 34-7. [Rosseikina M.G. The application of the low-frequency running magnetic field for prevention and treatment of postpartum endometritis following abdominal delivery. *Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*. 2013; (5): 34-7. (in Russian)].
 20. Ярустовская О.В., Куликов А.Г., Ананьев В.А., Россеикина М.Г. Комплексное лечение острого послеродового эндометрита после абдоминального родоразрешения с применением магнитотерапии. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2011; 10(5): 41-3. [Yarustovskaya O.V., Kulikov A.G., Ananiev V.A., Rosseikina M.G. Complex treatment of acute postpartum endometritis after abdominal delivery using magnetic therapy. *Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*. 2011; 10(5): 41-3. (in Russian)].
 21. Узденова З.Х., Ачабаева А.Б., Залиханова З.М., Гагагажева З.М., Шаваева Ф.Р., Иосипчук К.О. Оценка эффективности магнитолазерной терапии при гнойно-воспалительных осложнениях ран промежности после родоразрешающих операций. *Курортная медицина*. 2017; 4: 109-12. [Uzdenova Z.H., Achabaeva A.B., Zalihanova Z.M., Gatagazheva Z.M., Shavaeva F.R., Iosipchuk K.O. Evaluation of the effectiveness of magnetic laser therapy for purulent-inflammatory complications of perineal wounds after delivery operations. *Resort Medicine*. 2017; (4): 109-12. (in Russian)].
 22. Боголюбов В.М., ред. Физиотерапия и курортология. Кн. 1. М.: БИНОМ; 2008: 408 с. [Bogolyubov V.M., ed. *Physiotherapy and balneology*. Vol. 1. Moscow: BINOM; 2008. 408 p. (in Russian)].
 23. Mevorach Zussman N., Gonen N., Kovo M., Miremberg H., Bar J., Condrea A. et al. Protracted postpartum urinary retention-a long-term problem or a transient condition? *Int. Urogynecol. J.* 2020; 31(3): 513-9. <https://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-03903-2>
 24. Turawa E.B., Musekiwa A., Rohwer A.C. Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020; 8(8): CD011625. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub3>
 25. Poskus T., Buzinskienė D., Drasutiene G., Samalavicius N.E., Barkus A., Barisauskienė A. et al. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2014; 121(13): 1666-71. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12838>
 26. Martínez-Galiano J.M., Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Delgado-Rodríguez M., Gómez-Salgado J. Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Sci. Rep.* 2019; 9(1): 11763. <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-47881-3>
 27. Leung S.S. Breast pain in lactating mothers. *Hong Kong Med. J.* 2016; 22(4): 341-6. <https://dx.doi.org/10.12809/hkmj154762>
 28. Балущкина А.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Пустотина О.А., Москалева Г.В. Новые тенденции в профилактике и лечении послеродового мастита и лактостаза. *Медицинский совет*. 2019; 12: 136-41. [Balushkina A.A., Tyutyunnik V.L., Kan N.E., Pustotina O.A., Moskaleva G.V. New trends in prevention and treatment of postpartum mastitis and lactostasis. *Medical Council*. 2019; (12): 136-41. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-136-141>
 29. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Послеродовые инфекционные осложнения. 2024. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Postpartum infectious complications. 2024. (in Russian)].
 30. Горин В.С., Матвеева И.В., Шаклеин А.В., Попова Ж.Ю., Кугушев А.В. Оптимизация диагностики и лечения субинволюции матки как одной из форм послеродового эндометрита. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011; 11(3): 27-34. [Gorin V.S., Matveeva I.V., Shaklein A.V., Popova Zh.Yu., Kugushev A.V. Optimizing the diagnosis and treatment of uterine subinvolution as one of the forms of postpartum endometritis. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2011; 11(3): 27-34. (in Russian)].
 31. Коноводова Е.Н., Закревская И.В., Кесова М.И., Занозин А.С. Современные представления о послеродовой субинволюции матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015; 14(1): 48-56. [Konovodova E.N., Zakrevskaya I.V., Kesova M.I., Zanozin A.S. Current views on postpartum subinvolution of the uterus. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2015; 14(1): 48-56. (in Russian)].
 32. Mackeen A.D., Packard R.E., Ota E., Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 2015(2): CD001067. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001067.pub3>
 33. Karsnitz D.B. Puerperal infections of the genital tract: a clinical review. *J. Midwifery Womens Health*. 2013; 58(6): 632-42. <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12119>
 34. Крюченкова Н.В., Кузовлев О.П., Лактионова Л.В. Новый немедикаментозный метод профилактики эндометрита у женщин с субинволюцией матки после родов. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2006; Спецвыпуск: 126-7. [Kryuchenkova N.V., Kuzovlev O.P., Laktionova L.V. A new non-drug method for the prevention of endometritis in women with subinvolution of the uterus after childbirth. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2006; Special issue: 126-7. (in Russian)].

35. Муромцева Е.В., Сергачев К.И., Никольский В.И., Шабров А.В., Альджабр М., Захаров А.Д. Лечение ран в зависимости от фазы раневого процесса. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2022; 3: 93-109. [Muromtseva E.V., Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Shabrov A.V., Al'dzabr M., Zakharov A.D. Wound treatment depending on the phase of the wound process. News of higher educational institutions. University proceedings. Volga region. Medical sciences. 2022; (3): 93-109. (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.21685/2072-3032-2022-3-9>
36. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения. 2024. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Singleton delivery, cesarean delivery. 2024. (in Russian)].
37. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм). 2023. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Perineal tears during delivery and other obstetric injuries (obstetric injuries). 2023. (in Russian)].
38. Çnak Karakaya İ., Yüksel İ., Akbayrak T., Demirtürk F., Karakaya M.G., Özüncü Ö. et al. Effects of physiotherapy on pain and functional activities after cesarean delivery. Arch. Gynecol. Obstet. 2012; 285(3): 621-7. <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-2037-0>
39. Thabet A.A.E., Mahran H.G., Ebid A.A., Alshehri M.A. Effect of pulsed high intensity laser therapy on delayed caesarean section healing in diabetic women. J. Phys. Ther. Sci. 2018; 30(4): 570-5. <https://dx.doi.org/10.1589/jpts.30.570>
40. Abramowitz L., Sobhani I., Benifla J.L., Vuagnat A., Daraï E., Mignon M. et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis. Colon. Rectum. 2002; 45(5): 650-5. <https://dx.doi.org/10.1007/s10350-004-6262-5>
41. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Нормальная беременность. 2023. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Normal pregnancy. 2023. (in Russian)].
42. Owens K., Pearson A., Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2002; 105(2): 143-6. [https://dx.doi.org/10.1016/s0301-2115\(02\)00192-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0301-2115(02)00192-6)
43. Howell E.R. Pregnancy-related symphysis pubis dysfunction management and postpartum rehabilitation: two case reports. J. Can. Chiropr. Assoc. 2012; 56(2): 102-11.
44. Zhu H., Zhang D., Gao L., Liu H., Di Y., Xie B. et al. Effect of pelvic floor workout on pelvic floor muscle function recovery of postpartum women: protocol for a randomized controlled trial. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022; 19(17): 11073. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph191711073>
45. Шифман Е.М., Аполихина И.А., Кубицкая Ю.В., Маланова Т.Б., Ипатова М.В., Соколова Ю.Ю., Стеньяева Н.Н. Немедикаментозная терапия в послеродовом периоде в акушерском стационаре. Акушерство и гинекология. 2012; 4 (Приложение): 35-40. [Shifman E.M., Apolikhina I.A., Kubitskaya Yu.V., Malanova T.B., Ipatova M.V., Sokolova Yu.Yu., Stenyayeva N.N. Non-drug therapy in the postpartum period in an obstetric hospital. Obstetrics and Gynecology. 2012; 4 (Suppl.): 35-40. (in Russian)].
46. Маланова Т.Б., Ипатова М.В., Кубицкая Ю.В., Локтионов С.В. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013; (2): 27-33. [Malanova T.B., Ipatova M.V., Kubitskaya Yu.V., Loktionov S. On the use of preformed physical factors in the postpartum period based at an obstetric clinic. Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation, 2013; (2): 27-33. (in Russian)].

Поступила 01.04.2025

Принята в печать 13.05.2025

Received 01.04.2025

Accepted 13.05.2025

Сведения об авторах:

Маланова Татьяна Борисовна, к.м.н., врач гинекологического отделения восстановительного лечения, НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, 117997, Россия, Москва, ул. Ак. Опарина, д. 4, +7(495)438-23-44, t_malanova@oparina4.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3345-4028>
Ипатова Марина Владимировна, д.м.н., руководитель гинекологического отделения восстановительного лечения, НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, 117997, Россия, Москва, ул. Ак. Опарина, д. 4, +7(495)438-68-11, m_ipatova@oparina4.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2094-8571>
Кубицкая Юлия Викторовна, врач гинекологического отделения восстановительного лечения, НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, 117997, Россия, Москва, ул. Ак. Опарина, д. 4, +7(495)438-23-44, y_kubitskaya@oparina4.ru
Николаева Анастасия Владимировна, к.м.н., главный врач, НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, 117997, Россия, Москва, ул. Ак. Опарина, д. 4, +7(495)438-72-00, a_nikolaeva@oparina4.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0012-6688>
Игнатьева Алла Александровна, к.м.н., заведующая 2-м акушерским физиологическим отделением, НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, 117997, Россия, Москва, ул. Ак. Опарина, д. 4, +7(495)531-44-44, a_ignatyeva@oparina4.ru
Автор, ответственный за переписку: Татьяна Борисовна Маланова, t_malanova@oparina4.ru

Authors' information:

Tatiana B. Malanova, PhD, Doctor at the Gynecological Department of Rehabilitation, V.I. Kulakov NMRC for OG&P, Ministry of Health of Russia, 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparin str., 4, +7(495)438-23-44, t_malanova@oparina4.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3345-4028>
Marina V. Ipatova, Dr. Med. Sci., Head of the Gynecological Department of Rehabilitation, V.I. Kulakov NMRC for OG&P, Ministry of Health of Russia, 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparin str., 4, +7(495)438-68-11, m_ipatova@oparina4.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2094-8571>
Julia V. Kubitskaya, Doctor at the Gynecological Department of Rehabilitation, V.I. Kulakov NMRC for OG&P, Ministry of Health of Russia, 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparin str., 4, +7(495)438-23-44, y_kubitskaya@oparina4.ru
Anastasia V. Nikolaeva, PhD, Chief Physician, V.I. Kulakov NMRC for OG&P, Ministry of Health of Russia, 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparin str., 4, +7(495)438-72-00, a_nikolaeva@oparina4.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0012-6688>
Alla A. Ignatyeva, PhD, Head of the Head of the 2nd Obstetric Physiological Department, V.I. Kulakov NMRC for OG&P, Ministry of Health of Russia, 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparin str., 4, +7(495)531-44-44, a_ignatyeva@oparina4.ru
Corresponding author: Tatiana B. Malanova, t_malanova@oparina4.ru