

# Aktywność fizyczna zalecana we wczesnym połogu

## Physical activity recommended in the early postpartum period

Dorota Torbé<sup>1</sup>, Anna Stolarek<sup>1</sup>, Anna Lubkowska<sup>2</sup>, Andrzej Torbé<sup>3</sup> ✉

<sup>1</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, ul. Żołnierska 54, 71-210 Szczecin

<sup>2</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej, ul. Żołnierska 54, 71-210 Szczecin

<sup>3</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Klinika Położnictwa i Ginekologii, al. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin

✉ torbea@wp.pl

### ABSTRACT

Despite the growing emphasis on the need for pregnant women to keep an appropriate level of physical activity, less attention is devoted to the aspects associated with physical activity after childbirth. Physical activity is indicated in the postpartum period, and properly targeted and practiced exercises promote faster regression of the changes in body caused by childbearing. However, the possibilities to undertake physical activity at this time, especially at the first days of puerperium, are very limited.

This paper presents the principles of undertaking physical activity in the early puerperium period. Exercises aimed at preventing the effects of immobilization, especially venous thrombosis, and the rules of early mobilization in the postpartum period are described. Special attention is paid to transverse abdominal muscle training, and to the correct activation of pelvic floor muscles.

**Keywords:** physical activity; muscles; early puerperium.

### ABSTRAKT

Pomimo że coraz częściej podkreśla się potrzebę utrzymania przez ciężarne aktywności fizycznej na odpowiednim poziomie, nadal niewiele uwagi poświęca się aspektom związanym z aktywnością fizyczną po porodzie. Aktywność ruchowa w połogu jest bardzo wskazana, a odpowiednio ukierunkowane i dawkowane ćwiczenia fizyczne sprzyjają szybszemu cofaniu się zmian związanych z ciążą i porodem. Możliwości podejmowania aktywności fizycznej w czasie połogu, szczególnie w jego początkowych dniach, są jednak znacznie ograniczone.

W pracy przedstawiono zasady podejmowania aktywności fizycznej we wczesnym okresie połogu. Opisano ćwiczenia mające na celu zapobieganie skutkom unieruchomienia, takim jak zakrzepica żylna oraz zasady wczesnego uruchamiania kobiet w połogu. Szczególną uwagę zwrócono na trening mięśnia poprzecznego brzucha oraz prawidłową aktywację mięśni dna miednicy.

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna; mięśnie; wczesny połóg.

Odpowiednio dobrane ćwiczenia, ukierunkowane na zwalczanie ograniczeń wynikających ze specyfiki danego schorzenia, stanowią część kompleksowego leczenia praktycznie w każdej dziedzinie medycyny. Przy pomocy wykwalifikowanego personelu aktywność fizyczną można dostosować do stanu zdrowia i możliwości każdego człowieka.

W ginekologii i położnictwie wiele mówi się o potrzebie utrzymywania przez ciężarne aktywności fizycznej na odpowiednim poziomie. Niektóre kluby sportowe organizują dla kobiet planujących ciążę i ciężarnych specjalne zajęcia, których celem jest ochrona kręgosłupa przed przeciążeniami. W ramach edukacji w szkołach rodzenia kobietom przedstawia się szeroki wybór ćwiczeń, które można wykonywać podczas poszczególnych etapów ciąży, a także uczy się technik przydatnych podczas porodu [1]. W toku nauczania prawidłowego dbania o przebieg ciąży i dziecko niewiele miejsca poświęca się natomiast aspektom związanym z aktywnością fizyczną podczas połogu, nie zwracając dostatecznej uwagi na dysfunkcje, które

mogą zaburzyć prawidłowy tok involucji tkanek, szczególnie w pierwszych tygodniach po porodzie.

Połów to czas kolejnej, po ciąży i porodzie, rewolucji w organizmie kobiety. Jest to okres trwający 6–8 tyg. po narodzinach dziecka, podczas którego stopniowo ustępują zmiany powstałe w ciele kobiety podczas ciąży i porodu, zarówno te dotyczące całego organizmu, jak i samych narządów płciowych. Połów, rozpoczynający się po 2 godz. od urodzenia popłodu, można podzielić na:

1. Okres bezpośredniej obserwacji po porodzie – obejmujący 24 godz. od wydalenia popłodu, szczególnie niebezpieczny ze względu na możliwość wystąpienia gwałtownych i ostrych powikłań poporodowych.

2. Wczesny okres – trwający do końca 1. tyg. po porodzie.

3. Późny okres – trwający do końca 6.–8. tyg. po porodzie [2].

Aktywność ruchowa w połogu jest bardzo wskazana, a odpowiednio ukierunkowane i dawkowane ćwiczenia fizyczne sprzyjają szybszemu cofaniu się zmian związanych z okresem

ciąży i porodem. Dzieje się tak m.in. dzięki szybszej inwolucji macicy i szybszemu powrotowi do jej prawidłowego położenia. Delikatne i nieobciążające ćwiczenia należy rozpoczynać jak najwcześniej, jeszcze w pozycji leżącej, gdyż w pierwszych dniach po porodzie zmiany położowe przebiegają najintensywniej, a ćwiczenia ułatwiają i przyspieszają ich tempo w znaczący sposób. Wczesne uruchomienie, już po ok. 6–10 godz. po porodzie, korzystnie wpływa na cały organizm, umożliwiając nie tylko szybsze odzyskanie prawidłowej sprawności fizycznej, ale również zachowanie równowagi psychicznej i dobrego samopoczucia [3, 4, 5].

Przyjmuje się, że okres połogu trwa przez 6–8 tyg. od narodzin dziecka, choć wg Mottola zmiany w fizjologii organizmu ulegają regulacji nawet do roku po porodzie i w związku z tym okres nazywany połogiem powinien zostać przedłużony [6]. Na przykładzie mięśnia dźwigacza odbytu Tunn i wsp. wykazali, że pierwsze 2 tyg. po porodzie to okres, podczas którego procesy inwolucji tkanek są najbardziej dynamiczne. Warto więc wdrożyć w tym czasie ćwiczenia profilaktyczne zapobiegające ewentualnym dysfunkcjom [7]. Pierwsze ćwiczenia fizyczne o niskiej intensywności można zacząć wykonywać bardzo wcześnie, bo już 12 godz. po porodzie drogami natury.

Najczęstsze problemy zdrowotne, jakie mogą się pojawić w czasie połogu, to zakrzepica żylna, wysiłkowe nietrzymanie moczu, rozejście kresy białej czy zmniejszenie napięcia mięśni brzucha, które – jeśli mięśnie nie odzyskają właściwego napięcia – może sprzyjać obniżeniu narządów jamy brzusznej i miednicy [8]. Odpowiednio dobrane ćwiczenia zapewniają profilaktykę wymienionych dysfunkcji, a w przypadku wystąpienia objawów mogą być elementem terapii, która dalej powinna być prowadzona przy udziale specjalisty. Aktywność ruchowa zmniejsza również ryzyko pojawienia się problemów z prawidłowym wypróżnianiem, ułatwia wydalanie odchodów położowych z macicy, a także sprzyja usprawnieniu przemiany materii, umożliwiając w ten sposób pozbycie się nadmiaru kilogramów zgromadzonych w czasie ciąży.

Aby zapobiec skutkom unieruchomienia w postaci zakrzepicy żyłnej, należy wykonywać ćwiczenia przeciwzakrzepowe, szczególnie w przypadkach, gdy poród miał charakter zabiegowy lub gdy występują przeciwwskazania do wstawania z łóżka i przyjmowania pozycji spionizowanej. Są to proste ruchy dłoni i stóp, które mają za zadanie pobudzenie krążenia żylnego i uruchomienie pompy mięśniowej wspomagającej krążenie. Powinno się je wykonywać możliwie jak najczęściej w ciągu dnia, seriami po ok. 10–15 min, we wszystkich płaszczyznach ruchowych.

Dodatkowo do profilaktyki można włączyć izometryczne napięcia dużych grup mięśniowych, takich jak mięśnie czworogłowe, pośladkowe czy mięśnie ramion, wykonywane w liczbie 3 serii po 10 powtórzeń i czasie skurczu trwającym 4–6 s. Przerwa pomiędzy kolejnymi skurczami nie powinna być krótsza niż sam skurcz. Celem powyższych ćwiczeń jest poprawa ukrwienia mięśni, dlatego trzeba mieć na uwadze, że nie jest wskazane ich maksymalne napinanie. Należy również unikać silnych skurczów mięśni brzucha, w szczególności po porodzie zabiegowym. Ćwiczenia mające na celu zapobieganie zakrzepicy

żyłnej najlepiej rozpocząć jeszcze przed pierwszą pionizacją po porodzie drogami natury lub po cięciu cesarskim. Pierwsze uruchomienie położnicy po porodzie powinno być bezwzględnie przeprowadzone przy udziale położnej lub rehabilitanta. Na wstępie należy wykonać kilka ćwiczeń kończynami, polegających na napinaniu i rozluźnianiu mięśni nóg w celu pobudzenia krążenia krwi, a następnie, po obróceniu się na bok, trzeba opuścić nogi na podłogę, opierając się na rękach. Przy unoszeniu bioder położnica powinna przenieść cały ciężar ciała na kończyny dolne, co pozwala uniknąć pozycji siedzącej, która jest przeciwwskazana po urazach krocza. Powinna również unikać ruchów odwodzenia i przywodzenia kończyn dolnych.

Szczególnie dużą uwagę należy zwrócić na trening mięśnia poprzecznego brzucha oraz prawidłową aktywację mięśni dna miednicy, które we wspólnej synchronicznej pracy odpowiedzialne są za utrzymywanie prawidłowego ciśnienia w jamie brzusznej i stabilizację odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Utrzymujące się zaburzenie pracy tych mięśni w połączeniu z przeciążeniami codziennego funkcjonowania i opieki nad dzieckiem sprzyjają rozwojowi zespołów bólowych kręgosłupa. Należy również zwrócić uwagę na przywracanie ruchu zgięcia w poszczególnych segmentach kręgosłupa lędźwiowego, ponieważ ograniczenie tej komponenty ruchu w pracy wyrostków stawowych powoduje zwiększenie napięcia mięśni prostowników odcinka lędźwiowego i sprzyja niedożywieniu krążków międzykręgowych, co stopniowo prowadzi do ich degeneracji [9].

Aktywność ukierunkowaną na poprawę powyższych funkcji można rozpocząć już w 1. dobie po porodzie fizjologicznym i w 2. dobie po cesarskim cięciu. Niezwykle istotne jest, aby jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu zobrazować pacjentce anatomiczne umiejscowienie mięśni, które będą aktywizowane, żeby ułatwić jej zrozumienie istoty ćwiczeń.

Trening mięśnia poprzecznego można rozpocząć od pozycji leżącej. Kolana mogą być zgięte lub wyprostowane, pod dołami kolanowymi można umieścić niewielki wałek – ważne, aby odcinek lędźwiowy nie wciskał się w podłogę. Tempo ćwiczenia uzależnione jest od rytmu oddechowego pacjentki i fazy, w jakiej się znajduje. Podczas wdechu należy kierować powietrze do klatki piersiowej, tak aby unióś się mostek, a powłoki brzuszne nie uwypukliły się. Nie należy pogłębiać i nasilać wdechu w celu uniknięcia hiperwentylacji. Ćwicząca powinna zwrócić uwagę, aby nie unosić ramion i nie napinać szyi podczas wykonywania tej czynności. Wydech stanowi właściwą fazę treningu i w czasie jego trwania należy szczególnie skupić się na napięciu dolnej części brzucha, jednocześnie nie pozwalając na zbytne obniżenie się żeber, co wskazywałoby na zbyt wczesne włączenie się do pracy mięśnia prostego brzucha. Nie powinno również dochodzić do jakiegokolwiek ruchu w okolicy odcinka lędźwiowego kręgosłupa czy miednicy. W celu zweryfikowania swojej pracy palce obydwu dłoni należy ułożyć ok. 2 cm przyśrodkowo od kolców biodrowych przednich górnych. Prawidłowo pod palcami powinno się wyczuwać, że tkanki pod skórą stają się bardziej napięte i twardsze. Ćwiczenie wykonuje się w 3 seriach po 10 powtórzeń, starając się utrzymać skurcz mięśnia przez 6–10 s [10].

Główną zaletą ćwiczenia jest możliwość wykonywania go w różnych pozycjach, takich jak: leżenie bokiem lub przodem, klęk podparty, siedzenie czy stanie. Każda z wymienionych pozycji umożliwia inne odczucia w trakcie wykonywania napięcia, co pozwala na lepsze zrozumienie istoty ćwiczenia. Wraz z nabieraniem wprawy w napinaniu mięśnia poprzecznego można starać się utrzymywać skurcz niezależnie od fazy oddechu lub dodatkowo nałożyć na jego pracę skurcz mięśni skośnych i prostych brzucha poprzez wciśnięcie odcinka lędźwiowego w materac, czyli wykonanie tyłopochylenia miednicy. Mięsień poprzeczny brzucha jest powszechnie uznawany za jeden z głównych stabilizatorów odcinka lędźwiowego. Ponadto jego skurcz wspomagany przez pracę innych mięśni brzucha generuje działanie tłoczni brzusznej, dlatego tak ważne jest jak najszybsze przywrócenie jego prawidłowej funkcji i elastyczności [9, 10, 11].

Nauka właściwego napinania mięśnia poprzecznego brzucha jest szczególnie ważna w kontekście poprawy funkcji mięśni dna miednicy. Richardson i wsp. w pracy poświęconej stabilizacji kompleksu lędźwiowo-miednicznego wykazali, że praca tych mięśni jest powiązana. Skurcz mięśni dna miednicy aktywizuje pracę mięśnia poprzecznego, co z kolei wzmacnia pracę tych pierwszych [10]. W fachowym piśmiennictwie pracę aktywizującą mięśnie przepony miednicznej (mięśnie Kegla) powszechnie określa się skrótowo od nazwiska ich twórcy ćwiczeniami Kegla. Aby w skuteczny sposób zaangażować dno miednicy do pracy, należy w świadomy sposób napiąć najpierw zwieracz zewnętrzny cewki moczowej, a następnie zwieracz odbytu, utrzymać ten skurcz przez ok. 5–6 s, a następnie rozluźnić mięśnie. Przerwa, trwająca również ok. 5–6 s lub nieco dłużej, powinna pozwolić na pełne rozluźnienie mięśni. Wykonać należy 8–12 powtórzeń, kończąc cykl 3-sekundowym parciem. Serie ćwiczeń trwających ok. 5 min należy powtarzać co najmniej 3 razy dziennie. Niezwykle istotne jest zwrócenie uwagi, aby właściwe napięcia były wyizolowane, czyli niezależne od udziału innych mięśni. Błędem jest włączanie do pracy mięśni pośladowych czy przywodzicieli uda. Ćwiczenie w warunkach szpitalnych najlepiej wykonywać na siedząco na łóżku, a w domu w pozycji tak zwanej „żaby”, co pozwala na lepsze odczuwanie pracujących mięśni. W tej pozycji ćwicząca rękami wyciągniętymi wzdłuż tułowia przytrzymuje za kolana zgięte i odwiedzone kończyny dolne [12].

Zadaniem powyższych ćwiczeń jest nauka utrzymywania niewielkiego, wyizolowanego skurczu mięśni przez długi czas, w celu zwiększenia ich aktywności tonicznej oraz udziału w przenoszeniu obciążeń [11]. W przypadku porodu odbytego drogami natury warto uzupełnić opisany trening o masaż podbrzusza, który ćwicząca może wykonywać sama. Delikatnymi, płynnymi ruchami od spojenia łonowego w górę, w kierunku pępka, stosując techniki głaskania, stymuluje się obkurczanie tkanek. Wraz z upływem czasu trwania połogu, w zależności od stanu zdrowia matki, powyższe ćwiczenia można wzbogacać o włączanie do pracy kończyn górnych i dolnych, a przez to dodatkowe zaangażowanie wszystkich mięśni brzucha.

Kobiety, które pragną zwiększać swoją aktywność fizyczną, warto uświadomić, w jaki sposób kontrolować pracę dna miednicy i czy nie dochodzi do pogłębiania rozejścia mięśni brzucha. W obydwu przypadkach polega to na prostej ocenie palpacyjnej. Aby sprawdzić, czy dno miednicy pracuje właściwie, ćwicząca powinna położyć swoją dłoń w okolicy środka ścięgniętego krocza, pomiędzy pochwą a odbytem. Podczas napinania dna miednicy pod palcami wyczuć można, że skóra tej okolicy delikatnie oddala się od dłoni, natomiast podczas parcia równie delikatnie schodzi w dół [13]. Kontrolę rozejścia mięśni brzucha można wykonywać na leżąco ze zgiętymi kończynami, trzymając badającą rękę w okolicy górnego lub dolnego przyczepu mięśni prostych. Niezależnie od wybranego miejsca należy położyć płasko dwa palce w linii pośrodkowej ciała na kresie białej i lekko docisnąć w głąb tkanek. Utrzymując ten nacisk, należy oderwać głowę od podłoża i przyciągnąć brodę do klatki piersiowej, co spowoduje napięcie mięśni brzucha. O utrzymującym się rozejściu mięśni świadczy sytuacja, w której palce nie zostaną wypchnięte lub wręcz można będzie wyczuć, że zapadają się pomiędzy tkanki.

Po porodzie, cała uwaga matki skupia się na dziecku, jego zdrowiu, karmieniu i czynnościach pielęgnacyjnych, w związku z czym niewiele czasu pozostaje dla niej samej. Problematyka aktywności fizycznej w czasie połogu i w kolejnych miesiącach po porodzie nie jest szczególnie rozwijana i ogranicza się jedynie do ogólnych wskazań dotyczących podejmowania aktywności ruchowej lub wzmacniania mięśni brzucha. W związku ze zmianą, jaką jest przyjście dziecka na świat, niewiele czasu pozostaje na wdrażanie regularnych ćwiczeń w domu, a ze względu na laktację należy unikać silnie obciążających aktywności.

Ćwiczenia przedstawione w artykule stanowią zarówno profilaktykę, jak i terapię powszechnie występujących dysfunkcji związanych nie tylko z porodem, ale także z osłabieniem napięcia mięśni w wieku starszym. Nie wymagają szczególnych warunków otoczenia, dużego nakładu sił ani wiele czasu na ich wykonanie, dlatego wskazane jest zachęcanie kobiet do ich stosowania. Powrót do ukierunkowanej aktywności fizycznej lub sportu uprawianego przed ciążą jest możliwy nie wcześniej niż 8. tygodni po porodzie drogami natury i 12–14 tyg. po cięciu cesarskim, zawsze po konsultacji z lekarzem ginekologiem [3].

## PIŚMIENNICTWO

1. Torbé D, Torbé A, Ćwiek D. Aktywność fizyczna kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu. *Nowa Med* 2013;4:174-9.
2. Leszczyńska-Gorzela B, Kamiński K, Szymankiewicz M. Połóg i odżywianie noworodka. In: Szymański W, editor. *Rudolfia Klimka położnictwo*. Kraków: Dream; 1999. p. 159.
3. Karowicz-Bilińska A, Sikora A, Estemberg D, Brzozowska M, Berner-Trąbska M, Kuś E, et al. Fizjoterapia w położnictwie. *Ginekol Pol* 2010;81:441-5.
4. Minig L, Trimble E, Sarsotti C, Sebastiani MM, Spong CY. Building the evidence base for postoperative and postpartum advice. *Obstet Gynecol* 2009;114(4):892-900.
5. de Oliveira C, Lopes MA, Longo e Pereira LC, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. *Clinics* 2007;62(4):439-46.
6. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. *Curr Sports Med Rep* 2002;1(6):362-8.

7. Tunn R, DeLancey JO, Howard D, Thorp JM, Ashton-Miller JA, Quint LE. MR imaging of levator ani muscle recovery following vaginal delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10(5):300-7.
8. Péninou G, Tixa S. Napięcia mięśniowe. Od diagnostyki do leczenia. Warszawa: PZWL; 2012.
9. Kapandji AI. Anatomia funkcjonalna stawów. Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner; 2014.
10. Richardson C, Hodges P, Hides J. Kinezyterapia w stabilizacji kompleksu lędźwiowo-miednicznego. Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner; 2009.
11. Lee D. Obręcz biodrowa. Badanie i leczenie okolicy lędźwiowo-miedniczno-biodrowej. Warszawa: Wydawnictwo DB Publishing; 2011.
12. Rakowska-Muskat M. Codzienność bez bólu. Zakopane: Księgarnia Litera; 2011.
13. Rakowski A. Terapia manualna holistyczna. Poznań: Wydawnictwo Centrum Terapii Manualnej; 2011.

## KOMENTARZ

---

Autorzy artykułu opracowali niezwykle ważny, choć bardzo często pomijany w codziennej praktyce klinicznej temat, jakim jest fizjoterapia połogowa. W Polsce system kształcenia w rehabilitacji niestety nie uwzględnia fizjoterapii połogowej jako oddzielnej specjalizacji. Zagadnienie to zostało również zupełnie pominięte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Brak odpowiedniej wiedzy na temat fizjoterapii połogowej zarówno wśród kadry

medycznej, jak i pacjentek powoduje, że w naszym kraju w większości ośrodków położnice pozbawione są możliwości wykorzystania tej dziedziny medycyny w profilaktyce poporodowej. W innych krajach europejskich, jak np. we Francji, sesje fizjoterapeutyczne u kobiet po porodzie są w pełni refundowane przez państwo. Brak upowszechnienia wiedzy na temat możliwości wykorzystania fizjoterapii połogowej w praktyce klinicznej powoduje, że kobiety po porodzie narażone są na zwiększone ryzyko wystąpienia szeregu nieprawidłowości, takich jak: zaburzenia statyki narządu rodowego, problemy z utrzymaniem moczu czy też zaburzenia krzepnięcia. W większości przypadków powikłań tych można uniknąć poprzez odpowiednio wczesne wdrożenie po porodzie postępowania fizjoterapeutycznego.

Praca jest bardzo wartościowa. Dobór aktualnego piśmiennictwa, nowoczesny sposób przedstawienia problematyki fizjoterapii połogowej oraz wiele praktycznych uwag powodują, że opracowanie to ma dużą wartość naukową i jest cenne z punktu widzenia praktyki klinicznej.

prof. dr hab. n. med. *Wojciech Rokita*

## KOMENTARZ

---

Ciekawa publikacja dotycząca mało znanych aspektów aktywności fizycznej w czasie połogu. Temat przedstawiony wyczerpująco.

prof. dr hab. n. med. *Jarosław Kalinka*