

ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

КУРАВСЬКА ЮЛІЯ СЕРГІЇВНА

УДК 618.5-089.888.61+615.825

**КОРЕКЦІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ЗМІН ФІЗИЧНОГО ТА
ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КЕСАРІВ РОЗТИН,
ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Спеціальність 227 – фізична терапія, ерготерапія

Галузь знань 22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Куравська Ю.С.

Науковий керівник: Аравіцька Марія Геннадіївна, кандидат медичних наук,
доцент

Івано-Франківськ – 2023

АНОТАЦІЯ

Куравська Ю.С. Корекція післяпологових змін фізичного та психічного стану жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 227 – фізична терапія, ерготерапія. – Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, Івано-Франківськ, 2023.

Дисертаційне дослідження присвячене теоретичному обґрунтуванню, розробці та перевірці ефективності довготривалої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину (КР), спрямованої на покращення функціональних можливостей та якості життя жінок в контексті післяпологових фізичних та психічних змін. Було обстежено 112 жінок після пологів. Групу порівняння (ГП) склали 47 жінок, у яких відбулись вагінальні пологи. Основну групу склали 65 жінок, пологорозрішених шляхом кесаревого розтину, які були поділені на дві підгрупи. Основну групу 1 (ОГ1) склали 32 жінки, яким були надані загальні рекомендації по самодогляду у післяпологовому періоді після КР, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності та здорового харчування. Основну групу 2 (ОГ2) склали 33 жінки, для яких було розроблено програму фізичної терапії, ефективність якої представлена у даному дослідженні. Жінок обстежували після виписування з пологового будинку (5 день після пологів), наприкінці пізнього післяпологового періоду (6-8 тижнів), через 6 та 12 місяців після пологів.

Післяпологовий період у всіх жінок характеризувався наявністю скарг – слабкістю, больовими відчуттями, пригніченням психоемоційного стану, ознаками слабкості м'язів тазового дна. Психоемоційний стан усіх жінок характеризувався пригніченням (за Edinburgh Postnatal Depression Scale). Погіршення якості життя за SF-36 показало, що за шкалами Physical health, Role-Physical, General Health, Vitality жінки після КР мали гірший результат,

ніж ті, які перенесли вагінальні пологи. Інтенсивність дорсалгії за візуальною аналоговою шкалою була помірною, на її фоні проявлялось обмеження гнучкості хребта (за пробами Отта, Шобера, Томайєра, Седіна). Ознаки дорсопатії обмежували життєдіяльність жінок (Roland-Morris Disability Questionnaire), їх домашню мобільність, побутову та непобутову активність (Pregnancy Mobility Index). Зниження тонусу (за тонусометрією mm. levator ani) та слабкості (за перінеометрією) м'язів тазового дна було підґрунтям для пролапсу тазових органів (за Pelvic Floor Distress Inventory) та негативного впливу на повсякденну активність, соціальну та емоційну сфери жінок (за Pelvic Floor Impact Questionnaire), статеву функцію (за Female Sexual Function Index). Погіршення фізичного стану та фізичної працездатності визначено за Functional Movement Screen, PWC₁₇₀ та рівнем максимального споживання кисню.

Розроблена програма фізичної терапії жінок після КР тривалістю 1 рік, що впроваджувалась після виписування з пологового будинку, включає кінезітерапію (терапевтичні вправи, функціональне тренування), масаж, ортезування черевної порожнини, кінезіологічне тейпування, навчання жінок. Комплексний характер розробленої програми передбачав корегуючий вплив на здоров'я жінок з позицій виявлених змін у всіх доменах МКФ.

Через рік спостереження у жінок ОГ2 були відсутні скарги, асоційовані з пологами (фізична слабкість, психоемоційне пригнічення, фізичний дискомфорт, слабкість м'язів тазового дна). Психоемоційний стан жінок ОГ2 за Edinburgh Postnatal Depression Scale зазнав найвираженіших порівняно з іншими жінками позитивних змін вже наприкінці пізнього післяпологового періоду, зберігаючи цю тенденцію упродовж періоду спостереження. За SF-36 наприкінці пізнього післяпологового періоду представниці ОГ2 за параметрами психічного та фізичного компонентів якості життя, рольового функціонування досягли показників жінок після вагінальних пологів. Представниці ОГ2 виявили найкращий результат за динамікою показників гнучкості хребта (за пробами Отта, Шобера, Томайєра, Седіна), швидку

нормалізацію показників зміненої активності внаслідок болю у хребті (за Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index). Ознаки післяпологової дисфункції м'язів тазового дна наприкінці року спостереження виявлялись у жінок КГ та ОГ1, але зазнали швидкого нівелювання в ОГ2 (за силою та тонусом м'язів промежини, Pelvic Floor Distress Inventory). Це зумовило зменшення їх впливу на різні аспекти життя жінок (Pelvic Floor Impact Questionnaire) та покращення їх статевої функції (Female Sexual Function Index). Жінки ОГ2 продемонстрували найкращий результат порівняно з іншими групами за показниками Functional Movement Screen через рік спостереження, фізичну працездатність за PWC₁₇₀ на рівні вище за середній, оптимальний рівень максимального споживання кисню. За результатами проведеного обстеження найповільніший темп та найгірший результат післяпологового відновлення продемонстрували жінки ОГ1.

Ключові слова: фізична терапія, реабілітація жінок; післяпологовий період; кесарів розтин; абдомінальне пологорозрішення; акушерство і гінекологія.

SUMMARY

Kuravska Yu.S. Correction of postpartum changes in the physical and mental state of women who underwent cesarean section by means of physical therapy. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 227 – physical therapy, ergotherapy. – Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, Ivano-Frankivsk, 2023.

The dissertation research is devoted to the theoretical justification, development and verification of the effectiveness of a long-term program of physical therapy for women after cesarean section (CS), aimed at improving the functional capabilities and quality of life of women in the context of postpartum physical and mental changes. 112 women were examined after childbirth. The comparison group (CG) consisted of 47 women who had vaginal births. The main group consisted of 65 women delivered by caesarean section, who were divided into two subgroups.

The main group 1 (MG1) consisted of 32 women who were given general recommendations for self-care in the postpartum period after CS, recommendations of the World Health Organization regarding physical activity and healthy nutrition. The main group 2 (MG2) consisted of 33 women for whom a physical therapy program was developed, the effectiveness of which is presented in this study. Women were examined after discharge from the maternity hospital (5-7 days after delivery), at the end of the late postpartum period (6-8 weeks), 6 and 12 months after delivery.

The postpartum period in all women was characterized by the presence of complaints - weakness, pain, depression of the psycho-emotional state, signs of pelvic floor muscle weakness. The psychoemotional state of all women was characterized by depression (according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale). Deterioration of the quality of life according to the SF-36 showed that according to the scales Physical health, Role-Physical, General Health, Vitality, women after KR had a worse result than those who underwent vaginal birth. The intensity of dorsalgia according to the visual analogue scale was moderate, against its background there was a limitation of the flexibility of the spine (according to the tests of Ott, Schober, Thomayer, Sedin). Signs of dorsopathy limited women's daily activities (Roland-Morris Disability Questionnaire), their home mobility, household and non-household activities (Pregnancy Mobility Index). Decreased tone (according to tonusometry of the mm. levator ani) and weakness (according to perineometry) of the pelvic floor muscles was the basis for pelvic organ prolapse (according to the Pelvic Floor Distress Inventory) and a negative impact on the daily activity, social and emotional spheres of women (according to the Pelvic Floor Impact Questionnaire), sexual function (according to the Female Sexual Function Index). Deterioration of physical condition and physical performance was determined by the Functional Movement Screen, PWC170 and the level of maximal oxygen consumption.

The developed program of physical therapy for women after CS lasting 1 year, which was implemented after discharge from the maternity hospital, includes

kinesitherapy (therapeutic exercises, functional training), massage, orthosis of the abdominal cavity, kinesiological taping, training of women. The comprehensive nature of the developed program predicted a corrective effect on women's health from the standpoint of identified changes in all domains of the ICF.

After one year of follow-up, MG2 women had no complaints associated with childbirth (physical weakness, psycho-emotional depression, physical discomfort, pelvic floor muscle weakness). The psychoemotional state of MG2 women according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale underwent the most pronounced positive changes compared to other women already at the end of the late postpartum period, maintaining this trend throughout the observation period. According to SF-36, at the end of the late postpartum period, representatives of MG2 reached the indicators of women after vaginal delivery in terms of the parameters of mental and physical components of quality of life, role functioning. Representatives of MG2 showed the best result in terms of the dynamics of spinal flexibility indicators (according to Ott, Schober, Thomayer, Sedin tests), rapid normalization of indicators of changed activity due to spinal pain (according to Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index). Signs of postpartum pelvic floor muscle dysfunction at the end of the follow-up year were found in CG and MG1 women, but quickly leveled off in MG2 (according to the strength and tone of the perineal muscles, Pelvic Floor Distress Inventory). This led to a decrease in their impact on various aspects of women's lives (Pelvic Floor Impact Questionnaire) and an improvement in their sexual function (Female Sexual Function Index). MG2 women showed the best result compared to the other groups according to the Functional Movement Screen after one year of follow-up, physical performance according to PWC170 at a level above average, optimal level of maximal oxygen consumption. According to the results of the survey, the slowest pace and the worst result of postpartum recovery were demonstrated by MG1 women.

Key words: physical therapy, rehabilitation of women; postpartum period; caesarean section; abdominal delivery; obstetrics and gynecology.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Статті у наукових фахових виданнях:

1. Куравська Ю.С. Аналіз динаміки якості життя жінок після абдомінального родорозрішення у післяпологовому періоді під впливом програми фізичної терапії. *Art of Medicine*. 2021.1 (17). 52-60. DOI: 10.21802/artm.2021.1.17.52.
<https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/598>
2. Куравська Ю. С. Корекція порушень рухової дієздатності засобами фізичної терапії у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Том 6, № 4 (32). 149-157. DOI: 10.26693/jmbs06.04.149
<https://jmbs.com.ua/archive/6/4/149>
3. Куравська Ю.С. Вплив засобів фізичної терапії на ознаки дорсопатій у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Art of Medicine*. 2021. 2 (18). 84-91. DOI: 10.21802/artm.2021.2.18.84
<https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/646>
4. Куравська Ю.В., Аравіцька М.Г. Ефективність відновлення психоемоційного та фізичного статусу жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. *Art of Medicine*. 2022. 1 (21). 50-55. DOI: 10.21802/artm.2022.1.21.50
<https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/765>

Статті у періодичних виданнях за кордоном (SCOPUS):

1. Kuravska Yu, Aravitska M, Churpiy I, Fedorivska L, Yaniv O. Efficacy of correction of pelvic floor muscle dysfunction using physical therapy in women who underwent Caesarean section. *J Phys Educ Sport*. 2022;22(3):715–723.
DOI:10.7752/jpes.2022.03090
<http://www.efsupit.ro/images/stories/martie2022/Art%2090.pdf>

Праці що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Куравська Ю.С. Корекція психоемоційного стану жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. Матеріали 90 науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «*Інновації в медицині та фармації*» (Івано-Франківськ, ІФНМУ, 25-27 березня 2021 р.). Івано-Франківськ, 2021. С. 87.

https://www.ifnmu.edu.ua/images/snt/stud_forum/90/Матеріали%20конференції.pdf

2. Куравська Ю. С., Чурпій І. К., Янів О. В. Оцінювання ефективності немедикаментозної функціональної реабілітації на якість життя жінок після абдомінального родорозршення. International Scientific Conference «*Medicine And Health Care In Modern Society: Topical Issues And Current Aspects*» (Lublin, Poland, February 26-27, 2021). Lublin: Baltija Publishing, 2021. С. 87-90.

<http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/105/2838/5977-1>

3. Куравська Ю.С., Чурпій І.К., Голод Н.Р., Федорівська Л.П., Гринчак В.І. Роль функціонального тренування у корекції вертеброгенного больового синдрому у жінок у післяпологовому періоді. Матеріали Всеукр. науково-практ. конференції з міжнар. участю «*Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги*» (Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, 22-24 вересня 2022 р.). Тернопіль, 2021. С. 44-45.

<https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/17130/Матеріали%20конференції.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

4. Куравська Ю.С. Вплив засобів фізичної терапії на дисфункцію м'язів тазового дня у жінок, які перенесли кесарів розтин. *І Всеукр. науково-практична конференція приурочена Всесвітнім дням фізичного терапевта та ерготерапевта «Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика»* (Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка, 30 вересня 2022 р.). Суми, 2022. С. 77-80.

https://sspu.edu.ua/images/2022/docs/naukovi-konf/zbirnik_zftre_2022_55ec9.pdf

ЗМІСТ

ВСТУП	13
РОЗДІЛ 1. ПЕРЕБІГ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ВАГІНАЛЬНИХ ТА АБДОМІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ ЯК ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРАКТИКИ	21
1.1. Кесарів розтин як вид пологорозрішення	21
1.2. Особливості фізіології післяпологового періоду	25
1.3. Обґрунтування особливостей реабілітаційних втручань упродовж вагітності та післяпологового періоду	34
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	37
2.1. Методи дослідження	37
2.2. Організація дослідження	45
Розділ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК ПІСЛЯ ПОЛОГІВ	49
3.1. Результати розпитування	49
3.2. Результати визначення ознак дорсопатії	55
3.3. Результати визначення ознак дисфункції м'язів тазового дна	58
3.4. Результати визначення показників фізичного статусу	62
РОЗДІЛ 4. РОЗРОБКА ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	65
4.1. Загальні принципи створення програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину	65
4.2. Програма кінезітерапії	74
4.3. Масаж	83
4.4. Принципи ортезування черевної порожнини	87
4.5. Принципи кінезіологічного тейпування	89
4.6. Навчання жінок	91

РОЗДІЛ 5. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК УПРОДОВЖ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ	94
5.1. Динаміка результатів розпитування	94
5.2. Динаміка результатів визначення ознак дорсопатії	101
5.3. Динаміка результатів визначення ознак дисфункції м'язів тазового дна	104
5.4. Динаміка результатів визначення показників фізичного статусу	109
ВИСНОВКИ	114
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	118
ДОДАТКИ	134

УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ

АТ – артеріальний тиск

ВАШ – візуальна аналогова шкала

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВП – вагінальні пологи

ГП – група порівняння

КР – кесарів розтин

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я

МСК – максимальне споживання кисню

МТД – м'язи тазового дна

ПП – післяпологовий період

ППП – пізній післяпологовий період

ССС – серцево-судинна система

ТВ – терапевтичні вправи

ФТ – фізична терапія

ЧД – частота дихання

ЯЖ – якість життя

ВР – інтенсивність болю (Bodily Pain)

CARDI-7 – опитувальник колоректально-анального дистресу (Colorectal-Anal Impact Questionnaire)

CRADI-8 – опитувальник колоректально-анального дистресу (Colorectal-Anal Distress Inventory 8)

EPDS – Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

FMS – екран функціонального руху (Functional Movement Screen)

FSFI-19 – індекс жіночої статевої функції (Female Sexual Function Index)

GH – загальний стан здоров'я (General Health)

MH – психічний компонент здоров'я (Mental Health)

- MOS – модифікована Оксфордська шкала (Modified Oxford Scale)
- PF – фізичне функціонування (Physical Functioning)
- PFDI-20 – опитувальник дистресу тазового дна (Pelvic Floor Distress Inventory)
- PFIQ-7 – опитувальник впливу на тазове дно (Pelvic Floor Impact Questionnaire)
- PMI – індекс мобільності вагітних жінок (Pregnancy Mobility Index)
- PH – фізична складова здоров'я (Physical health)
- POPDI-6 – опитувальник пролапсу органів тазового дна (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6)
- POPIQ-7 – анкета впливу пролапсу тазових органів (Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire)
- RE – вплив емоційного стану на рольове функціонування (Role-Emotional)
- RMDQ – опитувальник Роланда-Морриса (Roland-Morris Disability Questionnaire)
- RP – рольове функціонування (Role-Physical)
- SF – соціальне функціонування (Social Functioning)
- SF-36 – опитувальник «Medical outcomes study short form-36»
- UDI-6 – опитувальник дистресу, пов'язаного з сечовиділенням (Urinary Distress Inventory)
- UIQ-7 – анкета впливу сечі (Urinary Impact Questionnaire)
- VT – життєздатність (Vitality)

ВСТУП

Актуальність теми. Основний принцип перинатального акушерства полягає у забезпеченні здоров'я породіллі, плода та новонародженого, що в ряді випадків вимагає швидкого та щадного пологорозрішення. Тому упродовж останніх десятиліть кесарів розтин (КР) в акушерській практиці став інструментом, що дозволяє зберегти здоров'я і матері, і дитині [1, 2]. Інтерес дослідників до проблеми кесаревого розтину (КР) пояснюється зміною акушерської стратегії та розширенням показань до оперативного розродження, а також збільшенням числа вагітних з рубцем на матці внаслідок попереднього абдомінального пологорозрішення [3].

Ще одним з важливих чинників зростання частоти КР упродовж останніх двох десятиліть є проведення операції в інтересах плода. Сьогодні не викликає сумнівів роль КР у зниженні перинатальної смертності та, дещо меншою мірою, – малюкової захворюваності [2], хоча тільки підвищенням частоти проведення КР не можна кардинально вирішити проблему перинатальної патології. Збільшення частоти абдомінального пологорозрішення створює новий аспект – ведення наступної вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці [4]. Питання самостійних пологів через природні родові шляхи після КР обговорюються, оскільки, згідно з сучасними даними, від 30 до 60% вагітних, які перенесли КР, можуть народжувати самостійно з успішним результатом для матері і плоду [1, 5].

Водночас, все більше жінок самостійно обирають КР як найбільш безболісний, швидкий та безпечний спосіб пологів. Особливою популярністю він користується у розвинених країнах та у країнах, що розвиваються. Зокрема, у Бразилії 45% жінок вибирають КР, а в європейських країнах цей показник за останні 20 років зріс з 15% до 22% [1, 6]. Тому експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я стурбовані тим, що все більше породіль піддаються хірургічному втручанню при відсутності на те медичних показань. За допомогою КР на світ з'являються 20% всіх немовлят, а якщо тенденція

збережеться, то до 2030 року цей показник збільшиться до 30% [3, 4]. Частка КР в Україні також зростає з 16% в 2009 році до 24% в 2019 році [7, 8].

Серед причин зростання частоти КР експерти називають страх болю у жінок, зручність такого підходу для медичних працівників (адже КР можна планувати і завершити швидко, отримавши за нього більше грошей за страховими виплатами), а також незнання матерів про наслідки КР для здоров'я [6, 9].

У деяких випадках КР планується та призначається заздалегідь, однак часто це відбувається в результаті ускладнень, що виникають під час пологів. Незважаючи на широке поширення, КР відносять до розряду складних операцій з високою частотою післяопераційних ускладнень (3,3% -54,4%), які пов'язані в тому числі з технікою втручання [1, 5]. До потенційних структурних та функціональних ускладнень відносяться: ризик легеневих, шлунково-кишкових і судинних ускладнень; післяопераційний біль і дискомфорт; злуки у місці розрізу; зміна постави; дисфункція тазового дна (мимовільне сечовипускання і дефекація, пролапс органів, гіпертонус, слабка пропріорецепція та дисфункціональна атрофія); слабкість черевної стінки; діастаз прямих м'язів живота; загальні функціональні обмеження [10, 11, 12].

Період, коли тіло матері після народження дитини переходить у фазу відновлення, відомий як постнатальний або післяпологовий період. Відновлення починається після народження плода й найінтенсивніше відбувається упродовж перших 6-8 тижнів. Крім широко прийнятого в Україні поділу на ранній (до 24 годин) та пізній (до 6-8 тижня) післяпологові періоди [13], потрібно враховувати, що фізіологічні зміни в організмі жінки тривають набагато довше. Тому в цьому процесі дослідники умовно виділяють три фази: перша (гостра) – перші 24 години після пологів; друга (підгостра) – 24 години – 7 днів після пологів; третя (пізня) – 7 днів - 6 тижнів (за деякими даними до 6 місяців) [14, 15, 16]. Третя фаза, яка є пізньою, пов'язана з відновленням тонусу основних м'язів і сполучної тканини, протікає повільніше, ніж гостра і підгостра фази.

Інтенсивний темп життя, надзвичайно насичене інформаційне середовище, екологічне неблагополуччя – все це створює високий рівень щоденного стресового впливу, негативно відбивається на психофізіологічному стані жінок упродовж вразливих самих по собі періодів вагітності та після пологів, що характеризуються напруженими процесами адаптації, балансуванням на межі між здоров'ям і хворобою [17, 18, 19]. У післяпологовому періоді, додатково у зв'язку із потребою у догляді та годуванні дитини, змін внаслідок цього режиму сну та відпочинку, підвищується метаболічне, психоемоційне навантаження, тиск на адаптаційні можливості регуляторних систем організму жінки на фоні перебудови та відновлення структурних та гормональних компонентів [14, 15].

Тому проблема вдосконалення відновлення стану здоров'я жінок після пологів на тлі низької народжуваності, високого рівня ускладнень вагітності та пологів вимагає впровадження в практичну реабілітацію та акушерство нових медичних знань і технологій, зокрема методик фізичної терапії, застосування яких сприятливо впливає на перебіг післяпологового періоду [20, 21, 22].

Водночас застосування засобів фізичної терапії серед тематичного контингенту жінок має недостатньо повне висвітлення у фахових літературних та наукових джерелах [25, 26], особливо з позицій тривалого спостереження та комплексного підходу, що засвідчує недостатній стан практичної розробки цього питання в Україні відповідно до сучасних потреб суспільства, що зумовлює актуальність представленої роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника; є фрагментом дослідження «Покращення функціонального стану, якості життя та корекція патологічних станів різного походження засобами терапії та реабілітації», № державної реєстрації 0123U01534. Внесок здобувачки полягає в систематизації теоретичних відомостей про застосування засобів фізичної терапії у жінок

після КР, розробці та впровадженні довготривалої програми фізичної терапії для цього контингенту жінок та практичній перевірці її ефективності з позицій впливу на фізичний та психічний стан жінок.

Мета дослідження. Метою дисертаційного дослідження є теоретичне обґрунтування, розробка та перевірка ефективності комплексної довготривалої програми фізичної терапії жінок після КР, спрямованої на покращення функціональних можливостей жінок та якості їх життя в контексті післяпологових фізичних та психічних змін.

Відповідно до поставленої мети дисертаційного дослідження необхідно вирішити такі завдання:

1. Систематизувати та узагальнити сучасні науково-дослідні знання та результати практичного вітчизняного та закордонного досвіду з питань абдомінального пологорозрішення, змін в організмі жінки внаслідок вагітності та пологів та методів їх реабілітації.
2. Визначити особливості функціонального стану організму жінок після КР, характеризуючи їх стан з позицій корекції фізичного та психічного стану.
3. Розробити комплексну програму фізичної терапії для жінок, які перенесли КР, із застосуванням методів кінезітерапії, масажу, ортезування, кінезіологічного тейпування, навчання (освіти) жінок.
4. Проаналізувати динаміку досліджуваних показників та оцінити ефективність впливу засобів комплексної програми фізичної терапії на фізичний та психічний стан жінок, які перенесли КР.

Об'єктом дослідження є процес фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді після КР.

Предмет дослідження – структура та зміст програми фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді, які перенесли КР і результати її впровадження.

Методи дослідження. Аналіз спеціальної та науково-методичної літератури допоміг визначити актуальність проблеми післяпологової фізичної

терапії жінок, які перенесли КР, що дозволило обґрунтувати тему, завдання та вибір методів дослідження.

Кількісно оцінювались такі показники: психоемоційний стан (Единбурзька шкалою післяпологової (постнатальної) депресії), якість життя (SF-36), наявність та інтенсивність дорсалгії (візуальна аналогова шкала, анкета Роланда-Моріса, індекс мобільності вагітних), гнучкість хребта (проби Отта, Шобера, Томаєра, Седіна), ознаки дисфункції тазового дна (тонус та сила м'язів промежини, опитувальники PFDI-20, PFIQ-7, FSFI-19), погіршення фізичного статну (FMS, проба PWC₁₇₀, максимальне споживання кисню). Методи дослідження характеризували всі домени Міжнародної класифікації функціонування. Отримані матеріали кожного етапу дослідження були оброблені математико-статистичними методами дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в обґрунтуванні науково-теоретичних засад створення довготривалої програми фізичної терапії для жінок, які перенесли КР з позицій корекції їх фізичного та психічного стану, а саме:

вперше:

- розроблено комплексну довготривалу програму фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді після КР, визначальними особливостями якої є виконання терапевтичних вправ різної спрямованості та функціонального тренування із застосуванням платформ «PROSEDOS», ортезування черевної стінки (на ранніх стадіях), кінезіотейпінгу живота та спини, мануального впливу (масажу живота та загального); навчання жінок, що відрізняє її від загальноприйнятих програм реабілітації та фізичної терапії;
- отримано дані про особливості перебігу довготривалого післяпологового стану жінок, які перенесли КР, з позицій комплексного обстеження у фізичній терапії та Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ) (психоемоційний та фізичний стан, дисфункція м'язів тазового дна, якість життя, фізичний стан та фізична працездатність, ознаки дорсалгії – визначення змін у всіх доменах МКФ);

- комплексна довготривала програма фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді після КР побудована відповідно до МКФ, із урахуванням основних її компонентів та особливостей індивідуального стану жінки, а кінцева мета відновлювальних заходів спрямована на рівень участі в життєвих ситуаціях та / або професійній діяльності;

удосконалено:

- теоретичні уявлення щодо перспективності та доцільності застосування методів кінезітерапії (терапевтичних вправ, функціонального тренування), масажу, кінезіологічного тейпування, ортезування, навчання жінок у післяпологовому періоді після КР);
- дані щодо особливостей фізіологічного стану жінок у післяпологовому періоді в залежності від виду пологорозрішення;

набули подальшого розвитку:

- дані про особливості функціонального стану організму жінок у тривалому післяпологовому періоді після КР за фізичним та психічним станом та комплексно: наявність пригніченого психоемоційного стану, зниження фізичної працездатності та погіршення фізичних даних, наявність дисфункції м'язів тазового дна, дорсалгії, погіршення якості життя;
- положення про позитивний вплив засобів фізичної терапії на фізичний та психоемоційний стан у жінок у післяпологовому періоді після КР;
- положення щодо обґрунтованості довготривалого корегуючого впливу на організм жінок у післяпологовому періоді.

Практичне значення одержаних результатів полягає у створенні науково обґрунтованої комплексної програми фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді після КР, яка сприяла покращенню психічного та фізичного стану, працездатності, зменшенню вираженості проявів дисфункції м'язів тазового дна та дорсалгії, поліпшенню якості життя.

Практичні розробки дисертаційного дослідження використані у практичній діяльності «Центру відновної медицини і реабілітації «АРАВМЕД» (м. Івано-Франківськ), Реабілітаційного центру св. Юди-Тадея,

зокрема, вдосконалені методики фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді, що підтверджено актами впровадження.

Теоретико-методичні розробки дослідження використовуються у навчальному процесі кафедри фізичної терапії та ерготерапії Івано-Франківського національного медичного університету (зокрема в лекційному курсі дисципліни «Фізична терапія в акушерстві та гінекології»), кафедри фізичної та реабілітаційної медицини Івано-Франківського національного медичного університету (зокрема в лекційному курсі дисципліни «Фізична реабілітація та реабілітаційні технології»), що підтверджено актами впровадження.

Програма може застосовуватися у діяльності фізичних терапевтів, ерготерапевтів, лікарів функціональної та реабілітаційної медицини та інших фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди спеціалізованих реабілітаційних відділень та центрів загального та акушерсько-гінекологічного профілю.

Особистий внесок здобувача. Теоретико-методичне обґрунтування програми фізичної терапії, реалізація практичного дослідження, розробка довготривалої комплексної програми фізичної терапії, практична робота з жінками у післяпологовому періоді після КР за запропонованою програмою. Практичні рекомендації, висновки та пропозиції, що розроблені та обґрунтовані у дисертаційному дослідженні, досягнуті здобувачкою самостійно, одержані автором самостійно, а з наукових праць, опублікованих у співавторстві, використані лише ті ідеї та положення, які є результатом особистих досліджень.

Апробація результатів дослідження. Основні ідеї та концептуальні положення результатів дисертаційного дослідження було апробовано на наукових конференціях, – зокрема: 90 науково-практичній конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «Інновації в медицині та фармації» (Івано–Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, 2021), International Scientific Conference «Medicine and health care

in modern society: topical issues and current aspects» (Medical University of Lublin, Lublin, Republic of Poland, 2021), Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги» (Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, 2021), I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика» Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка (Суми, 2022).

Публікації. Основні положення дисертаційного дослідження опубліковано в 9 наукових працях загальним обсягом 2,2 друк. арк., в тому числі 4 статті в наукових фахових виданнях України, 1 стаття – у зарубіжному періодичному виданні, включеному до наукометричної бази Scopus; 4 опубліковані тези конференцій.

Структура й обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації – 159 сторінок, з них основного тексту 105. Дисертація містить 43 рисунки, 22 таблиці та 9 додатків на 25 сторінках. Список використаних джерел містить 137 найменування.

РОЗДІЛ 1. ПЕРЕБІГ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ВАГІНАЛЬНИХ ТА АБДОМІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ ЯК ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРАКТИКИ

1.1. Кесарів розтин як проблема акушерської практики

Науковий прогрес в медицині, соціальні та культурні зміни призвели до фундаментальних трансформацій у ставленні до КР серед жінок і лікарів. Фактично, консенсус щодо показань до кесаревого розтину змінився в багатьох країнах, тепер включаючи психосоціальні фактори, такі як тривога щодо пологів або бажання матері зробити кесарів розтин за відсутності будь-яких медичних показань [27, 28].

В останні роки розглядається низка факторів як можливий вплив на частоту КР. Причиною збільшення частоти пологів за допомогою абдомінального пологорозрішення називають зміну профілів ризику серед жінок, що народжують вперше, що стають дедалі старшими [29, 30]. Збільшення кількості КР за бажанням матері також відіграє певну роль [31, 32, 33].

Зростання частоти КР також розглядається у зв'язку із змінами у суспільстві – фінансовими, соціальним, культурними [34, 35, 36]. Ці фактори, разом із суспільним уявленням про те, що КР процедура майже без ризиків, сприяють збільшенню кількості виконаних абдомінальних пологорозрішень [37, 38]. Однак ця точка зору не враховує той факт, що КР є хірургічною процедурою з численними потенційними ускладненнями як для матері, так і для дитини. Крім інтраопераційних ризиків (наприклад, інфекція, пошкодження органів або потреба в переливанні крові [39, 40]), багато побічних ефектів можуть виникнути після пологів: наприклад, тромбоемболічні ускладнення [41]. Зокрема, існують ускладнення, пов'язані з пізніми вагітностями: розрив матки, безпліддя або аномалії плаценти, такі як передлежання, вращення та пророщення плаценти [42, 43, 44].

В останні роки було описано ряд ризиків для дітей, народжених шляхом планового КР: розвиток бронхіальної астми, цукрового діабету 1 типу, алергічного риніту [45, 46, 47]. ВООЗ зазначила, на основі дослідження ускладнень матері та плода між 2004 і 2008 роками в 24 країнах, що КР пов'язаний із збільшенням ризику як для матері, так і для дитини порівняно з вагінальними пологами, і тому його слід проводити лише у випадках, коли очікуються його переваги для здоров'я матері та дитини [48].

Рішення про проведення кесаревого розтину базується насамперед на питанні про те, що найкраще або може врятувати життя матері та дитини. Тому показання до кесаревого розтину можна розділити на планові та ургентні, абсолютні та відносні. Окремим показанням вважається плановий кесарів розтин, проведений виключно за бажанням матері, без будь-яких медичних показань.

Абсолютні показання можна умовно об'єднати в кілька груп [13, 49]:

- Абсолютна диспропорція розмірів плода та тазу: малий таз матері, що унеможливає вагінальні пологи;
- Хоріоамніоніт (синдром амніотичної інфекції): інфекція плаценти, плода, що вимагає негайного розродження;
- Деформація тазу матері: анатомічна вада розвитку, що унеможливає вагінальні пологи
- Еклампсія та синдром HELLP: Загрозливі для життя ускладнення вагітності, зазвичай призводять до КР
- Асфіксія плода або ацидоз плода: ситуації, що загрожують життю плода, які можуть призвести до внутрішньоутробної гіпоксії
- Випадіння пуповини: випадання пуповини між голівкою плода і отвором піхви, що може призвести до асфіксії плода.
- Передлежання плаценти: аномальне положення плаценти, що утруднює природні пологи
- Ненормальне передлежання плода: аномалія положення плода, що унеможливає природні пологи

- Розрив матки: гостра ситуація, що загрожує життю як матері, так і плоду, що вимагає негайного розродження шляхом кесаревого розтину.
- Важкі екстрагенітальні захворювання

Відносні показання:

- Патологічна кардіотокографія, що може свідчити про гостру гіпоксію або асфіксію плода. Якщо виникає ацидоз плода, пологи слід завершити інструментальним шляхом (вакуумним та/або щипці) або кесаревим розтином.
- Затримка пологів (тривалі пологи, вторинна зупинка): затримка пологів або припинення пологів може призвести до несприятливого результату для плода або новонародженого.
- Попередній КР: за індивідуальними показаннями.

Зміни в профілі ризику матерів і плоду в останні роки вказувалися як важливі фактори, що сприяють збільшенню частоти кесаревих розтинів [50, 51]. Збільшення середнього віку матері відіграє значну роль у частоті КР – вагітність у жінки старше 35 років вважається вагітністю високого ризику. Зі збільшенням віку матері зростає ризик вроджених вад розвитку плода, гіпертонії або цукрового діабету [52]. Сам по собі вік не є показанням до кесаревого розтину; але наявність специфічних ризиків у цій віковій групі, можуть призвести до показань до КР.

Деякі захворювання матері підвищують ймовірність факторів ризику, які можуть викликати необхідність КР. Перший з них — це цукровий діабет або гестаційний діабет, який за відсутності лікування може призвести до народження дітей з вагою понад 4000 г [53, 54]. Оскільки поширеність ожиріння постійно зростає, то ймовірність того, що жінки з діабетом завагітніють або розвинеться гестаційний діабет, також зростає. Крім того, надмірна вага та ожиріння пов'язані з іншими ризиками, такими як гіпертонія [55].

Ще однією причиною, яка часто обговорюється, є збільшення кількості пологів шляхом КР внаслідок збільшення кількості допоміжних репродуктивних втручань, які призводять до багатоплідної вагітності [56, 57]. Репродуктивні втручання самі по собі призводять до збільшення частоти кесаревих розтинів, але тривога матері щодо здорового результату для її дитини відіграє важливу роль.

Попередній КР не обов'язково означає обов'язковість КР під час наступних вагітностей, але почуття безпеки лікарів і матерів надає перевагу повторному КР [59]. При вагінальних пологах після попереднього КР існує ризик рідкісних серйозних несприятливих наслідків (збільшення рівня перинатальної смертності та гіпоксичного ураження мозку), тоді як при повторному КР ризики більш часті, але менш серйозні (наприклад, підвищений відсоток дітей із порушенням дихальної адаптації) [2, 3, 5].

КР за бажанням матері – це плановий КР за відсутності будь-яких медичних або акушерських протипоказань для спроби вагінальних пологів, що є основною причиною зростання частоти абдомінального пологорозрішення [60]. Останніми роками спостерігається збільшення кількості матерів, які висловлюють бажання КР на основі передбачуваних переваг порівняно з вагінальними пологами. В медицині був введений термін «токофобія», який використовується в Скандинавії та англо-американських країнах для опису сильного страху спонтанних пологів, що є причиною планових КР у 6-10% [61].

Сьогодні кесарів розтин розглядається в деяких медичних і юридичних колах як альтернатива спонтанним пологам, хоча він залишається хірургічною операцією, яка має побічні ефекти [2, 13, 61, 62]:

- Інтраопераційні ускладнення КР: інфекції, травмування органів (сечового міхура, кишечника, сечоводу тощо); ризики, пов'язані з анестезією; необхідність переливання крові; гістектомія для лікування важкої кровотечі, напр. від передлежання плаценти.

- Післяопераційні ускладнення: тромбоемболічні ускладнення (емболія, тромбоз); злуковий процес; біль; ризики для наступних вагітностей; затримка внутрішньоутробного розвитку і передчасні пологи; мимовільне переривання вагітності; позаматкова вагітність; мертвонародження; розрив матки; безпліддя; передлежання, приєднання або прирощення плаценти та пов'язані з цим ризики, наприклад, потреба в переливанні крові або видаленні матки

Новонароджені, народжені шляхом планового КР, мають вищий ризик респіраторних ускладнень, таких як респіраторний дистрес-синдром або транзиторне тахіпное [62, 64]. Дослідження також вивчали віддалені медичні наслідки кесаревого розтину. Виявлено зв'язок між кесаревим розтином і виникненням аутизму, бронхіальної астми, цукрового діабету 1 типу, харчових алергій, алергічного риніту [65]. Ще одним ускладненням, яке може виникнути після кесаревого розтину, є труднощі з грудним вигодовуванням [66].

1.2. Особливості фізіології післяпологового періоду

Післяпологовий період – це критичний, але часто ігнорований період у житті нових батьків. За даними ВООЗ, більшість випадків смерті матерів та новонароджених припадає саме на цей період, тому правильне ведення та догляд за батьками та новонародженими мають життєво важливе значення.

Післяпологовий період зазвичай поділяється на три окремі, але безперервні фази [14]: гостра фаза (ранній післяпологовий період) – 24 години відразу після пологів; підгостра фаза (пізній післяпологовий період): може тривати 2-6 тижнів після пологів; пізня фаза – може тривати від 6 тижнів до 6 місяців після пологів [15].

Тривалість пізньої фази залежить від відновлення м'язового тону та сполучної тканини у післяпологовому періоді. Фізіологічні зміни, що відбуваються в пізній фазі, як правило, дуже поступові та малопомітні:

підвищена еластичність зв'язок, яка може зберігатися протягом 4-5 місяців після пологів; ризик тромбоемболії через підвищення факторів згортання крові; довжина та розходження прямих м'язів живота – діастаз; ослаблена мускулатура тазового дна, включаючи ослаблені м'язи промежини м'язові аномалії та слабкість м'яза, що піднімає задній прохід; нетримання сечі; пролапс тазових органів; невропатія тазового дна; нетримання калу та флатуленція; набряклість кінцівок – кистей, стоп і кісточок; надмірне збільшення ваги; біль у попереку [2, 3, 17, 48].

Післяпологовий період характеризується широким спектром нових станів жіночого життя та підвищеною чутливістю до зовнішніх факторів. Весь спектр постнатальних змін можна розглядати як інтегративну комбінацію психологічних, фізіологічних та ендокринних факторів [14, 16, 17], що впливають на фізичну та психічну діяльність жінок, а також визначають їх стосунки з дитиною.

Вагітність, пологи та післяпологовий період – складні та відповідальні періоди у житті кожної жінки. Від стану породіллі, її фізичної та психологічної готовності до материнства залежать взаємини в сім'ї, тепле емоційне ставлення по відношенню до дитини, що сприяє гармонійному рості та розвитку.

У наш час відносно мало вивчені особливості фізичного та соціально-психологічного стану жінок у післяпологовому періоді, робляться тільки окремі спроби системної оцінки якості їх життя як інтегрального показника стану здоров'я [21, 23, 25], а програми реабілітації представлені переважно передпологовою підготовкою [7, 20].

Стиль життя жінки та, як наслідок, її фізичний, психоемоційний та соціальний стан після пологів зазнають корінних змін [14, 18]. Відбувається збільшення навантаження на фоні фізичного виснаження або ослаблення внаслідок вагітності. Цей стан обтяжують патологія перебігу вагітності, екстрагенітальна патологія, недостатній соціальний захист з боку держави.

Все це, особливо якщо пологорозрішення відбулося абдомінальним шляхом, призводить до вираженого порушення функціонування жінок.

Оптимізація якості життя, створення позитивних емоцій з метою забезпечення оптимального психофізичного середовища для емоційно-особистісного розвитку дитини та функціонування жінки – важливі завдання щодо підвищення ефективності існуючої післяпологової допомоги. Тому вважаємо, що з огляду на важливість немедикаментозних методів впливу на організм, засоби фізичної терапії мають важливе значення у профілактиці та корекції психофізіологічного стану жінки, є могутнім чинником вдосконалення процесів саморегуляції організму на всіх його рівнях [17, 18, 19].

Упродовж післяпологового періоду в жінок можна виявити зміни у всіх доменах Міжнародної класифікації функціонування – структури та функції, активності, участі. Фізичний та психічний статус жінки напряму впливають на її можливості по догляду та вихованню дитини, повернення до роботи та соціальної активності, а також на якість життя, що являє собою ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в рамках середовища, отже, вимагають певних заходів відновлення для якнайшвидшої нормалізації [8, 24].

Післяпологовим (пуерперальним) періодом називають період, що починається після народження посліду. Початковий або гострий період охоплює перші 6-12 годин після пологів. Це час швидких змін із потенціалом негайних криз, таких як післяпологова кровотеча, виворіт матки, емболія амніотичною рідиною та еклампсія [13, 14, 15].

Друга фаза – підгострий пізній післяпологовий період, який триває 2-6 тижнів. Під час цієї фази в організмі відбуваються серйозні зміни з точки зору гемодинаміки, відновлення сечостатевої системи, метаболізму та емоційного стану. Тим не менш, зміни менш швидкі, ніж у гострій післяпологовій фазі, і пацієнтка, як правило, здатна самостійно ідентифікувати проблеми. Вони можуть варіюватися від звичайного занепокоєння щодо дискомфорту в

промежині до перинатальної кардіоміопатії або важкої післяпологової депресії [13].

Третя фаза – це відстрочений післяпологовий період, який може тривати до 6 місяців [14]. Зміни під час цієї фази надзвичайно поступові, а патологія зустрічається рідко. Це час відновлення тону м'язів і сполучної тканини до довагітного стану. Незважаючи на те, що протягом цієї фази зміни незначні, слід пам'ятати, що тіло жінки повністю не відновлюється до вихідного фізіологічного стану як до вагітності приблизно до 6 місяців після пологів.

Вагітність – це стан, при якому поєднання біомеханічних, гормональних і судинних змін може призвести до широкого спектра розладів опорно-рухового апарату. Навантаження на осьовий скелет, край тазу та статеві шляхи під час виношування дитини та пологів може призвести до гострих розладів, включаючи неспецифічний біль, неврологічну компресію, руйнування суглобів та гематогенні інфекції та спричинити в опорно-руховому апараті більш або менш тривалі зміни, що зберігаються певний час після вагітності [67].

Синдром тазового поясу та біль у попереку. Біль у попереку та тазу є найпоширенішими симптомами опорно-рухового апарату під час вагітності. За оцінками, ці симптоми виникають і під час вагітності (45%), і ПП (25%), а їх тяжкість вимагає медичної допомоги в 25% і 5% випадків відповідно [68]. Як свідчать дослідження, ізольований біль у попереку виникає від 24% до 90% випадків [22]. Під час вагітності біль у попереку є наслідком багатьох факторів, включаючи зміщення центру ваги тіла вперед із втратою тону черевної стінки, яка зазвичай діє як стабілізатор хребта [16]. У тазовому поясі вагітність призводить до подальшого перевантаження суглобів і навколишніх зв'язок. Крім того, вироблення гормону релаксину під час вагітності сприяє розслабленню зв'язок з подальшим навантаженням на суглоби тазового поясу [16]. Біль, як правило, локалізується в крижово-клубовому суглобі та сідничній ділянці та іррадіює через задню поверхню стегон без справжньої корінцевої болі [22].

Оскільки мінеральна щільність кісткової тканини до вагітності зазвичай не вимірюється, неясно, чи вагітність свідчить про наявний остеопороз чи є ізольованим фактором ризику остеопорозу та пов'язаних з ним переломів [69]. Стресові переломи таза та стегна під час вагітності або відразу після пологів можуть мати різні причини залежно від метаболічного статусу пацієнта. «Втомний перелом» виникає в нормальній кістці, яка піддається перевантаженню, тоді як перелом недостатності виникає в ослабленій кістці, яка витримує нормальне біомеханічне навантаження. Мінеральна щільність тканин знижується під час вагітності та продовжується після пологів під час годування груддю, поява справжнього остеопорозу залишається незвичною. Повідомлялося про післяпологовий вертебральний остеопороз протягом 3 місяців після пологів, зазвичай під час лактації. Мінеральна щільність поперекового відділу зменшується, а стегна зазвичай ні. Клінічні прояви, пов'язані з переломами хребців, включають інтенсивний біль у спині та втрату зросту. У разі нової вагітності у третині випадків можливі переломи хребців [70].

Симптоматичне захворювання кульшового суглоба та субхондральної кістки залишається рідкісним порівняно з неспецифічним тазовим болем і зазвичай виникає в третьому триместрі вагітності або в ранньому ПП із частотою 0,06% [71]. Через зв'язок гормональних, метаболічних і механічних факторів субхондральна кістка голівки стегнової кістки може особливо постраждати від транзиторного остеопорозу стегна, остеонекрозу головки стегнової кістки або стресових переломів головки стегнової кістки.

Транзиторний остеопороз кульшового суглоба характерний для третього триместру вагітності у жінок, у третині випадків ураження є двостороннім [71]. Після раннього початку інтенсивний біль у кульшовому суглобі, що заважає ході, контрастує з відсутністю обмеження кульшового суглоба під час клінічного обстеження.

Справжній радикуліт залишається рідкісним явищем і, виникає в 1% вагітностей [72]. Зв'язок між вагітністю та грижею диска залишається

суперечливим. Деякі дослідження повідомляють про вищий ризик під час вагітності та пологів [73], тоді як інші вважають достатнім фактором ризику для цього стану молодий та середній вік у жінок, що народжують [74].

На додаток до грижі диска, збільшені епідуральні вени або варикозне розширення вен, що є наслідком масового впливу на нижню порожнисту вену, у рідкісних випадках, як повідомлялося, викликають радикулопатії у загальної [75] та вагітної популяції [76]. Повне вирішення зазвичай відбувається після пологів.

Синдром зап'ястного каналу виникає в 7–43% випадків під час вагітності та особливо поширений у другому та третьому триместрах [33]. Він є двостороннім у 70-80% випадків і виникає внаслідок гормональних змін із затримкою рідини в сухожильних оболонках, розташованих у зап'ястному каналі [77]. Симптоми зазвичай поступово зменшуються після пологів, але можуть помірно зберігатися у 50% пацієток протягом 1 року та у 30% пацієток протягом 3 років після пологів.

Парестетична мералгія та невралгія черевної стінки – вага вагітної матки та зміни грудо-поперекового положення можуть призвести до розтягування або стиснення поверхневих нервів, що проходять через черевну стінку. Можуть бути залучені латеральний шкірний нерв стегна, нижні міжреберні нерви і клубово-підчеревний нерв [78].

Незважаючи на те, що вони не викликані вагітністю, фізіологічні зміни, пов'язані із захворюванням, можуть у конкретної пацієнтки прискорити перебіг відомого або невідомого захворювання опорно-рухового апарату, зокрема артеріовенозних мальформацій, десмоїдних пухлин, ревматоїдного артрити та пов'язаних з ними захворювань.

Судинні мальформації м'яких тканин переважно розташовані в шийно-лицевих ділянках. Вони чутливі до гормональних змін і стають особливо симптоматичними протягом третього триместру вагітності, що може виявити раніше нерозпізнані мальформації або спричинити розширення вже існуючих уражень [79]. Ці симптоми можуть бути наслідком прогресивного збільшення

як об'єму крові матері, так і пов'язаного з ним венозного тиску, тоді як підвищення рівнів прогестерону та естрогену призводить до венозної дилатації та проліферації судин відповідно.

Глибокий скелетно-м'язовий фіброматоз (десмоїдна пухлина) є результатом вогнищевої проліферації доброякісної фіброзної тканини в м'язах. Основними факторами ризику захворювання є травми та вагітність. Ураження черевної стінки особливо поширене у жінок дітородного віку. Роль естрогену як фактора росту ураження припускають через збільшення розміру цих пухлин протягом третього триместру вагітності, їх високу поширеність серед жінок, які приймають протизаплідні засоби, і їх тенденцію до регресу після менопаузи [80].

Прогноз лікування ревматоїдного артриту зазвичай є сприятливим – симптоми покращуються у 75% пацієток на ранніх термінах вагітності, незважаючи на рецидив у 90% випадків після пологів. Повна ремісія спонтанно спостерігається у 16–65 % пацієнтів залежно від досліджень і визначень ремісії, а в інших випадках лікування залишається необхідним. Еволюція спондилоартропатій менш прогнозована. Незважаючи на суперечки в існуючих дослідженнях, визнається, що під час вагітності анкілозуючий спондиліт залишається стабільним у 40% випадків, покращується у 30% і погіршується у решті 30%. Погіршення є особливо значним у пацієнтів із наявним ураженням хребта, ймовірно, через комбіновану дію механічних і запальних факторів [81].

Головно-тазова диспропорція під час пологів може призвести до перинатальної асфіксії. При підозрі цей стан необхідно підтвердити для планування кесаревого розтину. У цьому випадку пацієнтам з факторами ризику планово пропонується вимірювання краю таза в різних площинах. Окрім ризику для плоду, вагінальні пологи також спричиняють значне навантаження на край таза матері та сусідні структури з подальшим ризиком здавлення нерва та розтягування суглобів.

Попереково-крижова плексопатія, яку також називають «інтрапартальна попереково-крижова плексопатія матері», є ускладненням пологів, яке виникає внаслідок здавлення попереково-крижового стовбура голівкою плода, що опускається вниз, до крила крижів [72]. Пацієнтки зазвичай повідомляють про гостру радикулопатію під час пологів з подальшим опусканням стопи в післяпологовому періоді. Ураження нервової системи відновлюються протягом кількох місяців.

Кокцигодія визначається як біль у ділянці куприка, що виникає в положенні сидячи. Пологи є частою причиною, за оцінками, пояснює 7,3% хронічної кокцигодії у жінок. Важкі пологи та коротка промежина є двома основними факторами ризику цього стану. Симптоми виникають на наступний день після пологів, як тільки пацієнтка приймає сидяче положення [72].

Окрім болю, що виникає внаслідок згаданої раніше суглобової або нервової травми, у ранньому післяпологовому періоді можуть виникнути додаткові розлади, пов'язані з пологами, такі як інфекція матері та, пізніше, специфічна аномалія зап'ястка матері через догляд за дитиною.

Інфекційний сакроілеїт є рідкісним захворюванням, він може бути пов'язаний з пологами та виникати в ранньому ПП. Гематогенне зараження суглоба є результатом простого пошкодження статевих шляхів і може супроводжуватися інфекцією сечовивідних шляхів або ендометритом; *Staphylococcus aureus* є найпоширенішим мікроорганізмом. Ураження, як правило, є одностороннім із ознаками запалення як у субхондральній кістці, так і в сусідніх м'яких тканинах [82].

«Зап'ястя дитини» (Baby wrist) – надмірне використання зап'ястя, пов'язане з доглядом за дитиною в ПП, викликає теносиновіт де Кервена, пов'язаний із зростом і вагою немовлят вище 95-го перцентилля, підкреслюючи роль механічного стресу. У деяких випадках зв'язок із синдромом зап'ястного каналу під час вагітності свідчить про внесок у захворювання гормональних змін [83]. Симптоми зазвичай зникають після відпочинку та консервативного

лікування; місцеві ін'єкції стероїдів дають кращі результати у вагітних жінок, ніж у загальній популяції.

Групою тканин, які підлягають глобальним змінам упродовж вагітності, є м'які тканини тазового дна.

Під дисфункцією МТД розуміють комплекс порушень функції зв'язкового апарату і м'язів, що утримують органи малого тазу у нормальному положенні та забезпечують утримання сечі і калу [84]. Симптоми дисфункції МТД спостерігаються у 43,1% жінок через 2 місяці після пологів, а, за відсутності своєчасної діагностики та корекції, можуть прогресувати у віддаленому періоді у 25% випадків, незважаючи на природний відновлювальний потенціал м'яких тканин пологових шляхів. Як правило, розвиток дисфункції МТД як самостійного синдрому у жінок починається в репродуктивному віці, часто вже після пологів: через 6 тижнів після пологів через природні родові шляхи у 32% жінок і після КР – у 35% [85]. Ще одним аспектом дисфункції МТД є сексуальні проблеми у післяпологовому періоді, які відчувають, за різними даними, 22-86% жінок [86].

Травма промежини, отримана під час пологів, розглядається в якості серйозного фактора ризику розвитку дисфункції МТД [67]. Однак розродження шляхом операції КР не є панацеєю в питаннях профілактики розладів функцій тазових органів, що підтверджує безпосередню роль самої вагітності у виникненні та прогресуванні дисфункції МТД [85]. Провокуючими факторами її виникнення є тривале підвищення внутрішньочеревного тиску і надлишкове розтягнення зв'язкового і м'язового апарату органів малого таза внаслідок прогресуючого збільшення розмірів матки і плода, а також зміни гормонального фону – збільшення рівня прогестерону, зниження рівня релаксину. Це призводить до зменшення уретровезікального кута, і, в подальшому, до гіпермобільності уретри. Також у міру збільшення терміну вагітності, спостерігається зміщення і компресія прямої кишки [10].

1.3. Обґрунтування особливостей реабілітаційних втручань упродовж вагітності та післяпологового періоду

Проблема вдосконалення різнобічного відновлення стану здоров'я жінок після пологів вимагає впровадження в практичну реабілітацію та акушерство нових медичних знань і технологій, зокрема, методик активної функціональної фізичної терапії з метою покращення якості життя та якнайшвидшого фізичного та психічного відновлення. Перевагами застосування засобів фізичної терапії у післяпологовому періоді є їх безпечність, можливість застосування упродовж лактації, адаптація до будь-якого фізичного стану жінки [21, 23, 25, 26]. Це визначає актуальність представленої роботи, її теоретичну та практичну цінність.

В акушерсько-гінекологічній реабілітації гостро стоїть проблема корекції дисфункції м'язів тазового дна у жінок репродуктивного віку [85]. Вчасно нескорегований пролапс тазових органів призводить до необхідності оперативного лікування, недосконалість технік якого спричиняє значну частоту рецидивів [87]. Тому важливими є рання діагностика та консервативна корекція цього синдрому – до настання етапів ускладнень і показань до хірургічного втручання.

Основними етіологічними факторами, що провокують розвиток дисфункції м'язів тазового дна у жінок репродуктивного віку, є вагітність, пологи та пов'язаний з ними пологовий травматизм [85].

Більшість досліджень, пов'язаних із профілактикою дисфункції МТД та лікуванням вже сформованої патології, проведено у жінок старше 45 років [88]. При цьому недостатньо уваги приділяється методикам раннього післяпологового відновлення та їх ефективності у віддалених періодах післяпологової реабілітації [89].

У післяпологовому періоді (незалежно від виду пологорозрішення – природнім чи абдомінальним шляхом) у жінок визначаються залишкові постуральні порушення, зумовлене гормонами розм'якшення білків сполучної

тканини, ушкодження м'яких тканин тазового дна і, за умов кесаревого розтину, – м'язів черевної порожнини, що визначає специфіку їх рухового стереотипу [85, 89]. У той же час трансформації стилю життя по типу глобальних змін фізичного та психічного стереотипу фактично за умов відсутності можливості щадного відновлення сповільнює загоєння тканин та спричиняє хронізацію вже існуючих станів або таких, які вперше виникли упродовж вагітності. Тому жінка після пологів потребує максимально дбайливого превентивно-корегуючого втручання, оскільки симптоми дисфункції з боку органів малого таза можуть значно погіршувати якість життя, незадовільно впливати на працездатність та загальний соматичний стан, а також створювати негативний настрій відносно подальшого планування вагітності внаслідок можливого потенційного погіршення стану і прогресування клінічної симптоматики.

Тому корекція ознак дисфункції організму у жінок у післяпологовому періоді є актуальним питанням реабілітаційної практики і, зокрема, фізичної терапії, вирішення якої не тільки сприятиме покращенню життя жінок на період впровадження програм, але й зменшить ймовірність та небажаних станів, асоційованих з КР, у майбутньому [21, 22]. Саме засоби фізичної терапії є безпечним максимально фізіологічним методом відновлення рухових та інших функцій, порушених внаслідок численних захворювань, травм, тощо [23, 24].

Наявність післяопераційного рубця у жінок, які перенесли абдомінальне пологорозрішення, вносить у післяпологовий період зміни у вигляді специфічного обмеження мобільності на час його формування. Цей аспект є тим паче важливим з позицій настання майбутніх вагітностей, що вимагає утворення повноцінного еластичного міцного рубця на матці та м'яких тканинах [4]. Адже у післяпологовому періоді, у зв'язку із потребою у догляді та годуванні дитини, змін внаслідок цього режимів сну та відпочинку, додатково підвищується метаболічне, фізичне, психоемоційне навантаження, що спричиняє тиск на адаптаційні можливості регуляторних систем організму

жінки на фоні перебудови та відновлення структурних та гормональних компонентів.

Отже, стан жінки напряму впливає на її можливості по догляду та вихованню дитини, повернення до роботи та соціальної активності, а також на якість життя, як особисто, так і в рамках середовища. Тому необхідні певні заходи відновлення для якнайшвидшої їх нормалізації.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ Й ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Для вирішення завдань дисертаційного дослідження використанні такі методи: теоретичного аналізу та узагальнення сучасних наукових даних, анкетного опитування, клініко-фізіологічних методів обстеження, методи математичної статистики.

Коло обраних методик комплексно характеризувало клініко-функціональний стан жінок у післяпологовому періоді, висвітлюючи всі домени МКФ:

Таблиця 2.1

Відповідність методів дослідження доменам МКФ

Домен «Структура і функція»	Домен «Активність»	Домен «Участь»
Скарги SF-36 EPDS ВАНШ болю Проба Отта Проба Шобера Проба Томаєра Проба Седіна Перінеометрія PFDI-20 PWC170 МСК	Скарги SF-36 RMDQ PMI PFDI-20 FMS	Скарги SF-36 RMDQ PMI PFIQ-7 FSFI-19

2.1.1. Теоретичний аналіз і узагальнення

На підставі аналізу 137 літературних джерел з'ясовано сучасні погляди на функціональні змін організму жінок у процесі вагітності, особливості перебігу післяпологового періоду при різних шляхах пологорозрішення та можливі методи корекції виявлених змін засобами ФТ.

Аналіз останніх досліджень свідчить, що, незважаючи на значну увагу до питання стану здоров'я вагітних жінок, відновлення їх здоров'я упродовж

післяпологового періоду залишається нагальним питанням сучасної фізіотерапевтичної практики. Проблема довготривалої ФТ жінок після КР, з урахуванням зростання його поширення, є фактично невивченою.

З огляду на вищесказане, питання корекції стану здоров'я жінок після перенесеного КР залишається актуальною проблемою реабілітації, зокрема, фізичної терапії, тому потребує подальшого осмислення, вивчення, наукового та експериментального обґрунтування та вирішення.

2.1.2. Анкетне опитування

Упродовж опитування визначали скарги: фізичні труднощі під час самообслуговування, фізичні труднощі під час догляду за дитиною, болі у спині, фізичний дискомфорт у спокої, ознаки слабкості МТД (епізоди нетримання сечі, калу, випадіння тазових органів), пригнічений настрій, швидка втомлюваність.

Психоемоційний стан жінок оцінювали за *Единбурзькою шкалою післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS)* (додаток А) [90]. Вона призначена для всіх жінок, які народили, незалежно від часу, що минув після пологів; характеризує емоційні та когнітивні симптоми післяпологової депресії. Шкала складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється у балах від 0 до 3. Про можливу депресію свідчила наявність 10 балів та вище (якщо сума балів була більше 8, то ймовірність ППД становила 86%, вище 13 – 100%).

Для дослідження неспецифічної якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки лікування або фізичної терапії був використаний опитувальник «Medical outcomes study short form» (SF-36) [91]. 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал за двома компонентами (додаток Б):

- Фізична складова здоров'я (Physical health – PH): Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування; Role-Physical (RP) – рольове

функціонування; Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю; General Health (GH) – загальний стан здоров'я.

- Психічний компонент здоров'я (Mental Health – MH): Vitality (VT) – життєздатність; Social Functioning (SF) – соціальне функціонування; Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування; Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я.

Показники кожної шкали варіювали від 0 до 100 балів, де 100 балів – найвища оцінка ЯЖ. Оцінки у балах по 8 шкалами складені таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ. Підрахунок балів здійснювали згідно з відповідною методикою, наведеної у додатку Б.

2.1.3. Клініко-фізіологічні методи обстеження

Методики визначення ознак дорсопатії

Шляхом опитування жінок визначали наявність *епізодів дорсалгії* упродовж вагітності та на момент обстеження.

Інтенсивність дорсалгії на момент обстеження характеризували за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), де 0 відповідав мінімальним, а 10 – максимальним больовим відчуттям.

Для визначання характеру та ступеня обмежень життєдіяльності внаслідок болю у спині проводили опитування за 24-бальною *анкетой Роланда-Моріса* (Roland-Morris Disability Questionnaire - RMDQ) (додаток В) [92]. Підраховували загальну кількість зазначених жінками пунктів, отримуючи суму від 0 до 24. Чим більша сума, тим більш вираженим було порушення життєдіяльності.

Оцінювання обмеження життєдіяльності жінок з болями у спині та тазі упродовж вагітності та у післяпологовому періоді здійснювали за допомогою анкетування за *Pregnancy Mobility Index (PMI)*. Опитувальник поділений на шкали щоденної домашньої мобільності (Daily mobility in the house – 7 запитань), побутової (Household activities – 9 запитань) та непобутової (Mobility outdoors – 8 запитань) активностей (додаток Г) [93]. Кожне з запитань

пропонувалося оцінити у балах за 3-бальною шкалою: 0 – немає проблем із виконанням цього завдання; 1 – деякі зусилля для виконання цього завдання; 2 – багато зусиль для виконання цього завдання; 3 – виконання цього завдання неможливо або можливо лише за допомогою інших. Чим більша сума, тим більш вираженим було порушення життєдіяльності.

Для визначення рухливості хребта було проведено ряд проб; зменшення рухомості хребта визначали за величиною відхилення від нормальних показників [94]:

- *Отта* (рухливість грудного відділу хребта в сагітальній площині): у нормі при нахилі вперед вимірювана сантиметровою стрічкою відстань між остистими відростками першого та дванадцятого грудних хребців збільшується на 4-6 см.
- *Шобера* (рухливість поперекового відділу хребта в сагітальній площині): у нормі при нахилі тулуба вперед вимірювана сантиметровою стрічкою відстань між остистими паростками дванадцятого грудного та п'ятого поперекового хребців збільшується на 6-8 см.
- *Томаєра* (загальна рухливість хребта): у нормі вимірювана сантиметровою стрічкою відстань від кінців трьох пальців витягнутих рук до підлоги при максимальному нахилі тулуба вперед дорівнює 0 см, збільшується при обмеженні згинання хребта.
- *Седіна* (рухливість хребта в сагітальній площині): у нормі вимірювана сантиметровою стрічкою відстань від остистого паростка сьомого шийного хребця до крижової кістки при нахилі вперед збільшується на 7-8 см, а при нахилі назад – зменшується на 5-6 см.

Методики визначення ознак дисфункції МТД

Тонус м'язів промежини визначали за результатами вагінальної самопальпації жінкою mm. levator ani після попереднього інструктажу. Для виконання вагінальної пальпації спочатку вводили один палець у нижню третину піхви та стискали МТД навколо пальця. Якщо відчутні скорочення були відсутні, то вводили другий палець і повторно стискали МТД.

Скорочення повторювали по 10 сек. з інтервалом 30 сек. Отриманий результат оцінювали за Modified Oxford Scale (MOS) (табл. 2.2) [95].

Таблиця 2.2

Інтерпретація результатів тестування за MOS та перінеометрії [95]

MOS		Перінеометрія	Характеристика сили скорочень м'язів
Оцінка, бали	Характеристика	Середній тиск, реєстрований датчиком, мм рт. ст. / бали	
0	Немає помітних скорочень	55 (вихідний) / 0	Відсутня
1	Ледь відчутні скорочення	56–60 / 1–2	Дуже слабка
2	Слабкі скорочення, які відчуються як невеликий тиск на палець	61–65 / 3–4	Слабка
3	Помірної сили скорочення та відчутний рух вгору і вперед	66–75 / 5–6	Помірна
4	Хорошої сили скорочення, рух вгору, обхоплюючий тиск відчувається по всьому пальцю	76–85 / 7–8	Хороша
5	Дуже сильне скорочення, можливо проти енергійного опору	86–100 / 9–10	Сильна

Силу м'язів промежини методом *перінеометрії* визначали за допомогою цифрового перінеометра iEASE XFT0010. Виконували тестування таким чином: після введення балона перінеометра у презервативі у піхву жінка стискала МТД якнайсильніше (не напружуючи інші м'язи) і витримувала скорочення упродовж 10 сес (базовий тиск у балоні становив 55 мм рт. ст.). Потім розслаблялася на 10 сек (згідно з голосовими підказками приладу), далі повторювала стискання та розслаблення п'ять разів. Після цього на дисплеї апарата відображався рівень тренуваності МТД за шкалою від 1 до 9 балів. Результати перінеометрії оцінювали за шкалою, наведеною в табл. 2.1 [96].

Наявність та ступінь порушення функції МТД проводили за анкетною *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)* (додаток Д) [97]. Її питання структуровані за трьома блоками:

- Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6) – оцінка симптомів пролапсу органів таза (питання 1-6);
- Colorectal-Anal Distress Inventory 8 (CRADI-8) – аноректальні симптоми (питання 7-14);
- Urinary Distress Inventory (UDI-6) – порушення функцій сечового міхура (питання 15-20).

Середнє арифметичне від усіх питань конкретної групи множили на 25, розкид показників становив 0-100 балів. Відсутні відповіді розцінювалися як середнє арифметичне для блоку питань. Розкид кінцевих результатів становив від 0 до 300 балів. Оцінюючи результати тестування, позитивною відповіддю вважали значення ≥ 1 бала. Наявність позитивної відповіді на 1 питання у трьох розділах або на 2 питання у двох розділах опитувальника PFDI-20 вважали межовим показником між нормою та патологією.

Вплив симптомів, пов'язаних із дисфункцією МТД (пов'язаних із сечовим міхуром, кишечником або пролапсом статевих органів), на повсякденну активність, соціальну та емоційну сфери жінок проводили за анкетною *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)* (додаток Е) [97]. Вона структурована на розділи Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7), Colorectal-Anal Impact Questionnaire (CARDI-7), Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ-7). Здійснювали підрахунок суми балів з 7 питань для кожної колонки UIQ-7, CARDI-7, POPIQ-7. Середній бал для кожної колонки множили на 100 і ділили на 3. Розкид балів для кожного розділу варіював від 0 до 100. Максимальне сумарне значення за всіма розділами опитувальника складало 300 балів.

Підрахунок індексу жіночої сексуальної функції здійснювали за допомогою опитувальника *Female Sexual Function (FSFI-19)*, що включає 19 питань, які характеризують параметри сексуальної функції. Бали за кожним

параметром множилися на поправний коефіцієнт-фактор. Чим більше значення підрахованого індексу, тим вищим був рівень задоволеності пацієнток якістю сексуального життя (додаток Ж) [98].

2.1.4. Методи визначення фізичного стану

Тривалий період зміненого рухового стереотипу упродовж вагітності та швидка його зміна упродовж післяпологового періоду спричинили зміни фізичного стану жінок. Враховуючи те, що низкою дослідників доведено значний сприятливий вплив функціонального тренування на розвиток фізичних якостей людини [99, 100], а функціональне тренування повинно проводитися на основі встановлення рухової дієздатності, для її оцінки застосовували ряд тестів *Functional Movement Screen (FMS)*. FMS включає сім основних рухових патернів, якість виконання яких оцінювали за шкалою від 0 (невиконання) до 3 (оптимальна техніка виконання) балів: глибоке присідання (Deep Squat); крок через бар'єр (Hurdle Step); лінійний випад (In Line Lunge); мобільність плечей (Shoulder Mobility); активне піднімання прямої ноги (Active Straight Leg Raise); стабільність тулуба при розгинанні рук; колова стабільність (Rotary Stability) (додаток И) [101, 102]. Підрахунок балів за три вправи (4, 6, 7) давав підстави вважати тест як зарахований або незарахований. Якщо жінка не виконувала частину тесту, то загальний рахунок дорівнював 0.

Фізичну працездатність жінок визначали за результатами проби PWC₁₇₀ за допомогою велоергометрії [94, 103]. Пробу проводили за такою методикою.

Навантаження 1: потужність (N_1) встановлювали з розрахунку 1,5 кгм/хв. на 1 кг маси тіла жінки. Тривалість педалювання – 5 хв., швидкість – 60 обертів за хвилину. Наприкінці першого навантаження вимірювали частоту серцевих скорочень (f_1) та артеріальний тиск (АТ). Проводили відпочинок упродовж 3 хв.

Навантаження 2: потужність (N_2) встановлювали за таблицею, тривалість педалювання – 5 хв. Наприкінці другого навантаження також вимірювали частоту серцевих скорочень (f_2) та АТ. Після другого

навантаження визначали час відновлення, систолічний та діастолічний АТ, частоту серцевих скорочень. Подвійний добуток обчислювали як добуток систолічного АТ та частоти серцевих скорочень [103].

PWC_{170} (кгм/хв.) розраховували за формулою:

$$PWC_{170} = N_1 + (N_2 - N_1) \times \frac{170 - f_1}{f_2 - f_1} \quad (2.1)$$

Результати оцінки характеризували згідно з табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Оцінка фізичної працездатності жінок за даними проби PWC_{170} [103]

Вік, роки	Фізична працездатність				
	Низька	Нижче середньої	Середня	Вище середньої	Висока
20-29	< 500	450 - 549	550 – 749	750 – 849	> 850
30-39	< 400	400 - 499	500 – 699	700 – 799	> 800

Максимальне споживання кисню (МСК), що характеризує аеробні можливості людини, встановлювали за формулою В.Л. Карпмана для нетренованих осіб [94]:

$$МСК = 1,7 \times PWC_{170} + 1240 \quad (2.2)$$

Результат характеризували за таблицею 2.4.

Таблиця 2.4

Принципи оцінювання параметрів МСК [94]

Вік, роки	МСК (мл/хв*кг)				
	Дуже високе	високе	Середнє	Низьке	Дуже низьке
<20	>44	38-44	31-37	24-30	<24
20-29	>41	36-41	30-35	23-29	<23
30-39	>39	35-39	28-34	22-27	<22

2.1.5. Методи математичної статистики

Статистична обробка отриманих даних проведена за допомогою пакету програм Statistica 10 (STATSOFT). Для статистичної перевірки гіпотези про

вірогідність розбіжностей між параметрами різних груп розраховували t -критерій Стьюдента. Для опису отриманих параметрів були визначені середньоарифметичне значення (M), стандартне відхилення (SD), стандартна помилка середнього. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

2.2. Організація дослідження

Дисертація виконана на базі кафедри фізичної терапії, ерготерапії Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника та медичної практики «Центр відновної медицини і реабілітації «Аравмед»» у 2019-2023 роках. Відповідно до мети та завдань дослідження була розроблена послідовність проведення наукового пошуку, обраний об'єкт спостереження й окреслене коло адекватних методів дослідження.

На першому етапі (вересень-грудень 2019 року) проведено вивчення й аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел, окреслено коло методів дослідження жінок, опановано методики дослідження.

Робота базується на детальному обстеженні 112 жінок після пологів.

Критерії включення в групу дослідження:

- післяпологовий період після вагінальних пологів (група порівняння) або планового КР (основні групи);
- перший перенесений КР (основні групи);
- фізіологічний перебіг післяпологового періоду;
- відсутність гострої або загострення хронічної екстрагенітальної патології на момент обстеження;
- інформована згода на участь у дослідженні (у контрольних обстеженнях для жінок групи порівняння та основної групи 1).

Критерії виключення:

- вагітність із загрозою переривання або наявність екстрагенітальної патології, що потребувало довготривалого стаціонарного лікування та зміни внаслідок цього фізичного та функціонального стану організму жінки;

- діастаз білої лінії живота II-III ступеня;
- пологорозрішення при багатоплідній вагітності;
- ускладнений післяпологовий період;
- повторна вагітність або переривання вагітності упродовж періоду спостереження;
- професійні заняття спортом до вагітності та у післяпологовий період спостереження.

Групу порівняння (ГП) склали 47 жінок (віком $26,3 \pm 1,3$ роки), у яких відбулись вагінальні пологи (ВП), проведені згідно з клінічним протоколом «Фізіологічні пологи» [104]; динаміка їх стану демонструвала відновлення стану організму після пологів природнім шляхом.

Основну групу склали 65 жінок, пологорозрішених абдомінальним шляхом згідно з клінічним протоколом «Кесарів розтин» [105], які були поділені на дві підгрупи сліпим рандомізованим методом.

Основну групу 1 (ОГ1) склали 32 жінки віком $25,8 \pm 0,9$ років, яким були надані загальні рекомендації за самоглядом у післяпологовому періоді після КР (дотримання гігієни, обмеження рухової активності внаслідок наявності післяопераційного рубця тощо). Для підтримки та покращення стану жінок у довготривалій перспективі вони були також ознайомлені з рекомендаціями ВООЗ щодо здорового харчування [106] та нормальних величин фізичної активності [107]; динаміка їх стану демонструвала природнє відновлення стану організму після абдомінального пологорозрішення.

Основну групу 2 (ОГ2) склали 33 жінки віком $26,1 \pm 1,5$ років, для яких було розроблено програму ФТ, ефективність якої представлена у цьому дослідженні.

На другому етапі (січень 2019 року – січень 2020 року) проведено опитування та початкове клініко-фізіологічне обстеження жінок за показниками психоемоційного стану, якості життя, функціонування хребта та МТД, фізичного стану; на основі отриманих даних теоретично обґрунтована програма ФТ.

На третьому етапі (лютий 2020 року – лютий 2021 року) була проведена апробація розробленої програми ФТ та виконані повторні обстеження жінок для визначення динаміки досліджуваних показників упродовж післяпологового періоду.

Обстеження жінок проводили 4 рази:

- Первинне обстеження – 5-7 день після виписування з стаціонару;
- у пізньому післяпологовому періоді (ППП) (6-8 тижнів після пологів);
- 6 місяців після пологів;
- 12 місяців після пологів.

Таблиця 2.5

Схема визначення динаміки стану жінок у ПП

Назва методу	Період спостереження (контроль динаміки)			
	Первинне обстеження	ППП	6 міс	12 міс
Скарги	+	+	+	+
EPDS	+	+	+	+
SF-36	+	+	+	+
Наявність та інтенсивність дорсалгії	+	+	+	+
RMDQ	+	+	+	+
PMI	+	+	+	+
Проба Отта		+	+	+
Проба Шобера		+	+	+
Проба Томаєра		+	+	+
Проба Седіна		+	+	+
Тонусометрія		+	+	+
Перінеометрія		+	+	+
PFDI-20		+	+	+
PFIQ-7		+	+	+
FSFI-19		+	+	+
FMS		+	+	+
PWC ₁₇₀		+	+	+
MCK		+	+	+

Враховуючи, що частина методик обстеження не могла бути виконана фізично внаслідок неповного формування післяопераційного рубця у жінок

після КР, неповного загоєння м'язів промежини у жінок ГП, ризику ускладнень післяпологового періоду внаслідок надмірного навантаження під час виконання певних стандартних проб (кровотеча, розходження швів, тощо) контрольні вимірювання здійснювали за такою схемою (табл. 2.5).

На четвертому етапі дослідження (березень 2021 року – червень 2023 року) здійснено оцінку результатів отриманих даних, зіставлено їх з початковими параметрами. Проведено аналіз результатів, зроблено загальні висновки, оформлено текст дисертаційної роботи. Упродовж виконання наукової роботи її основні результати були представлені під час проведення наукових конференцій, висвітлювалися в публікаціях у фахових виданнях.

РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

3.1. Результати опитування

Суб'єктивний стан жінок після виписування з пологового будинку при первинному обстеженні як після вагінального, так і після абдомінального пологорозрішення, характеризувався рядом скарг, які свідчили про фізичні та психічні зміни (рис. 3.1).

Таблиця 3.1

Скарги жінок після пологів (M±SD)

Скарги жінок	ГП, n=47	ОГ1, n=32	ОГ2, n=33
фізичні труднощі під час самообслуговування	63,8	100*	93,9*
фізичні труднощі під час догляду за дитиною	70,2	100*	100*
фізичний дискомфорт у спокої	38,3	78,1*	81,8*
пригнічений настрій	42,6	65,6*	66,7*
швидка втомлюваність	74,5	93,8*	87,9*
ознаки слабкості МТД	66	62,5	63,6

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Отже, аналіз скарг показав, що після пологів у жінок, незалежно від шляху пологорозрішення, спостерігалось пригнічення психоемоційного стану. Нашим дослідженням підтверджено, що після пологів стан жінок свідчив про високий ризик виникнення післяпологової депресії в усіх групах, що встановлено за опитувальником EPDS (внаслідок виявлення високого відсотку жінок з ознаками депресії), що було зумовлено гормональними змінами, неприємними відчуттями у процесі пологів тощо (табл. 3.2).

Психоемоційний стан жінок після пологів за EPDS ($M \pm SD$)

EPDS, бали	Первинне обстеження
ГП, n=47	8,13±0,59
ОГ1, n=32	8,56±0,65
ОГ2, n=33	7,48±0,52

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Дослідження ЯЖ після пологів показало її погіршення за шкалами опитувальника SF-36. Фізична складова здоров'я (Physical health) у всіх жінок після пологів показала очікувано низький рівень.

Аналіз динаміки результатів за шкалою фізичного функціонування PF (рис. 3.1), що характеризує ступінь, у якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, тримання та годування дитини тощо) після виписування з пологового будинку в обох групах жінок був низьким, але в жінок після КР цей рівень був достовірно гіршим ($p < 0,05$), ніж при ВП, очевидно, внаслідок раннього операційного періоду, фізичних обмежень, пов'язаних із наявністю свіжого післяопераційного шва.

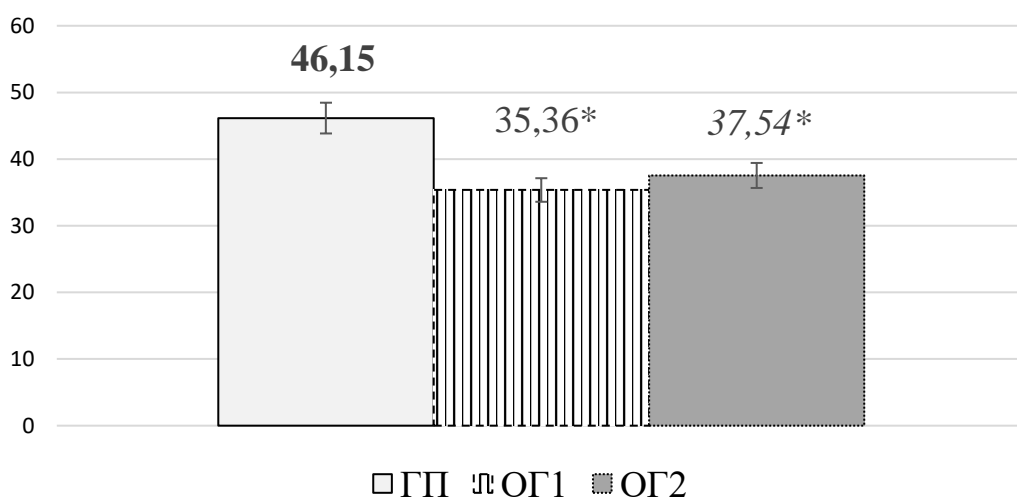


Рис. 3.1. Результатів шкали РН опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Крива розподілу результатів субшкали RP, що характеризує вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання побутової діяльності) у жінок, які перенесли ВП, виявила низький результат при первинному обстеженні (рис. 3.2).

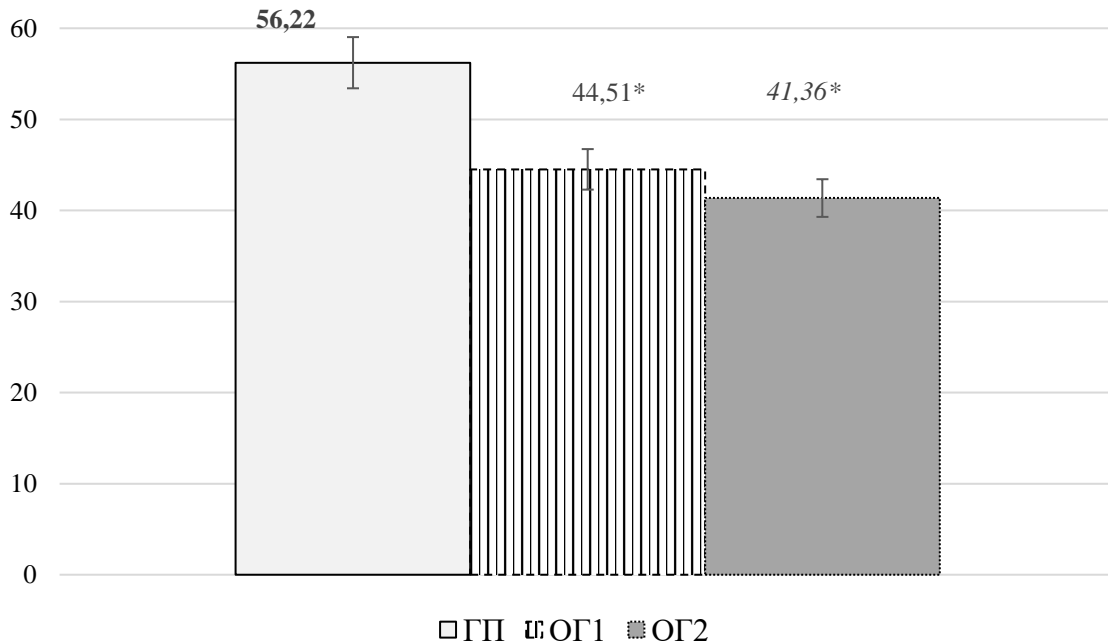


Рис. 3.2. Результати шкали RP опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

У групах жінок, які перенесли КР, у після пологів спостерігалось статистично значуще відставання рівня рольового функціонування від ГП ($p < 0,05$), очевидно у зв'язку із значними руховими обмеженнями внаслідок наявності рубця черевної порожнини та перебігом післяопераційного періоду.

При тестуванні жінок за шкалою ВР, що визначає інтенсивність болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому та професійну, враховували, що в жінок больові відчуття у післяпологовому періоді можуть бути у ділянці спини, таза, промежини, живота, а після КР – у ділянці шва. При первинному обстеженні жінки всіх обстежених груп відчували біль та дискомфорт, згладжений у жінок після КР прийомом знеболюючих засобів (рис. 3.3).

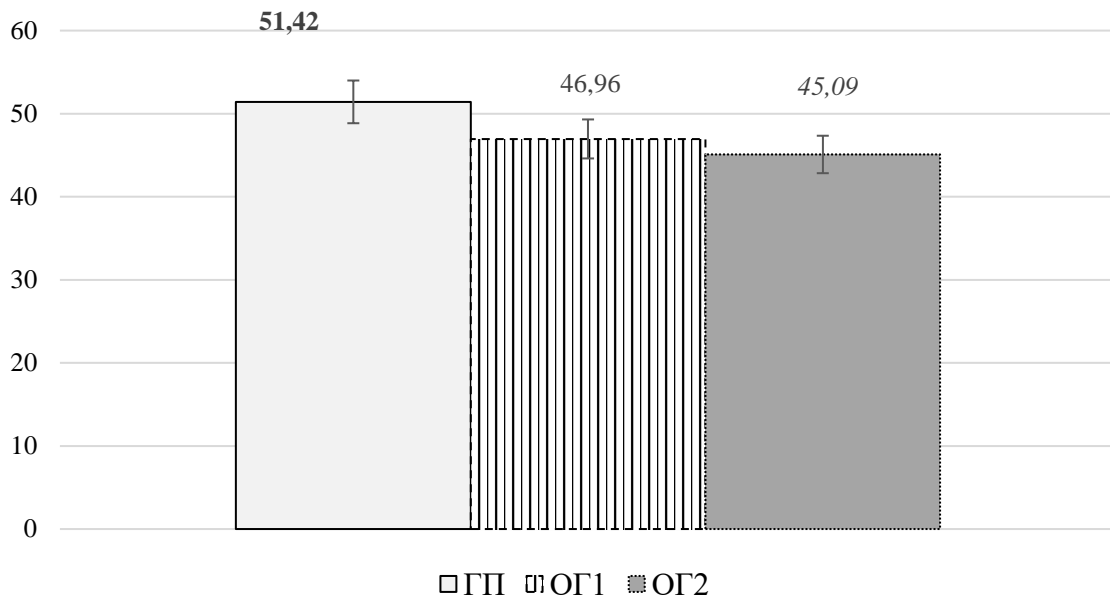


Рис. 3.3. Результати шкали ВР опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

При самооцінці жінками загального стану свого здоров'я в даний момент і перспектив відновлення за шкалою GH жінки ГП показали задовільний вихідний результат (рис. 3.4). Жінки після КР значно відставали за вихідним результатом ($p < 0,05$).

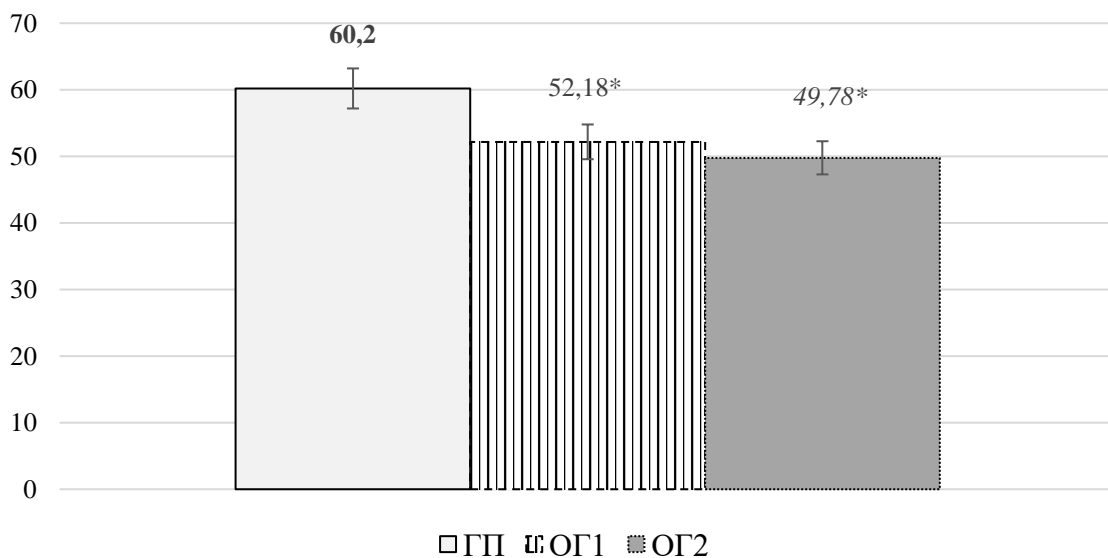


Рис. 3.4. Результати шкали GH опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Результати опитування за шкалою VT – життєздатність, що має на увазі відчуття себе повною сил та енергії або, навпаки, знесиленою, засвідчило, що жінки після пологів почувуються дуже виснаженими, особливо після КР, що характеризувалось статистично значуще гіршим результатом їх відносно стану жінок після ВП ($p < 0,05$) (рис. 3.5).

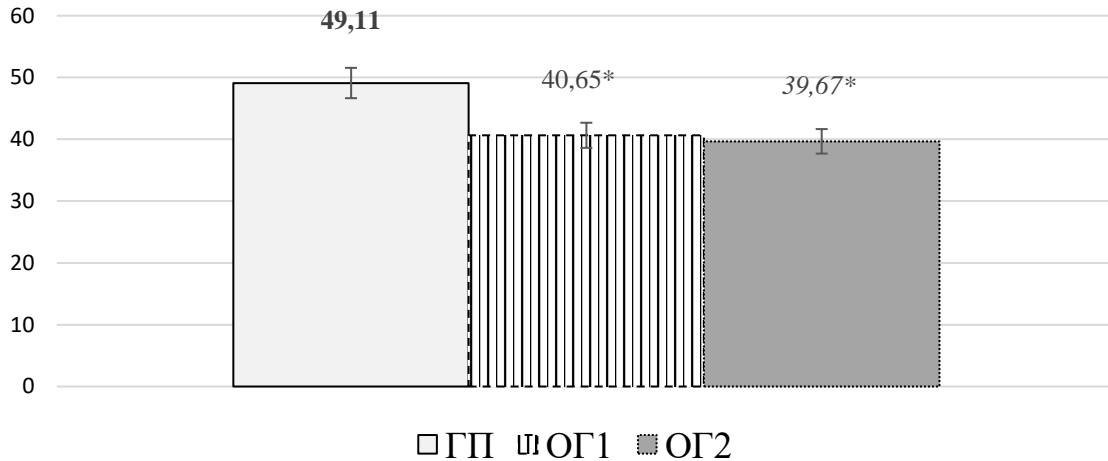


Рис. 3.5. Результати шкали VT опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами GP та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Результати шкали SF – соціальне функціонування, що визначається ступенем, у якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність, засвідчили відносно однаково задовільний стан усіх груп жінок після пологів ($p > 0,05$ між представницями всіх груп) (рис. 3.6).

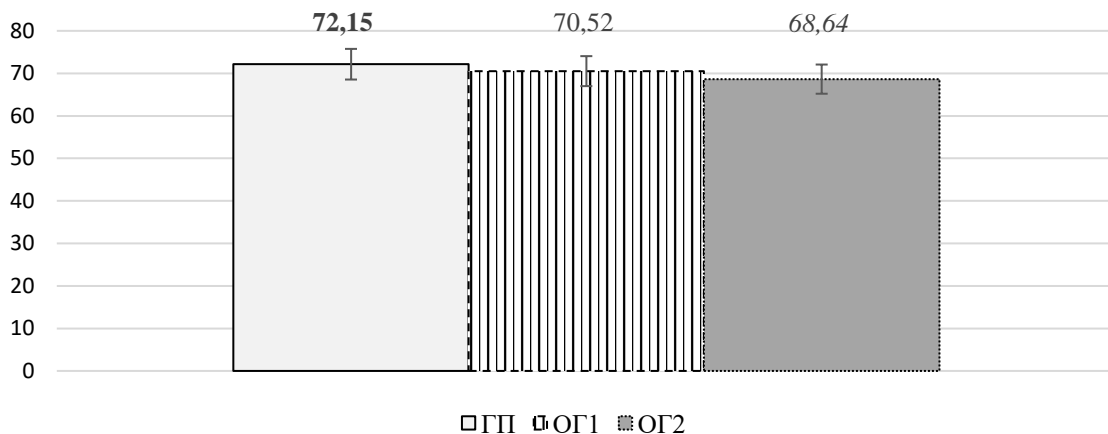


Рис. 3.6. Результати шкали SF опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами GP та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Шкала RE характеризує вплив емоційного стану на рольове функціонування; передбачає оцінку ступеня, у якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання тощо). Її профіль у жінок після пологів характеризував стан ризику виникнення післяпологової депресії (рис. 3.7).

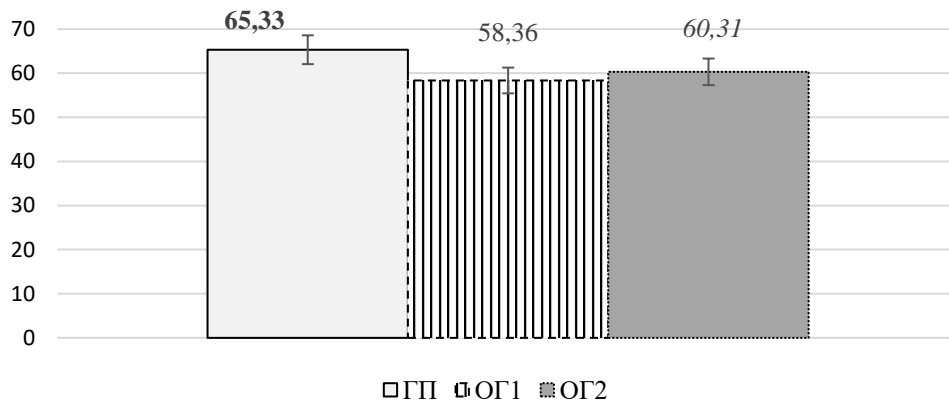


Рис. 3.7. Результати шкали RE опитувальника SF-36 у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами GP та OG; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами OG1 та OG2).

Самооцінка жінками стану психічного здоров'я за шкалою МН підтвердила наявність пригніченого психоемоційного стану (рис. 3.8).

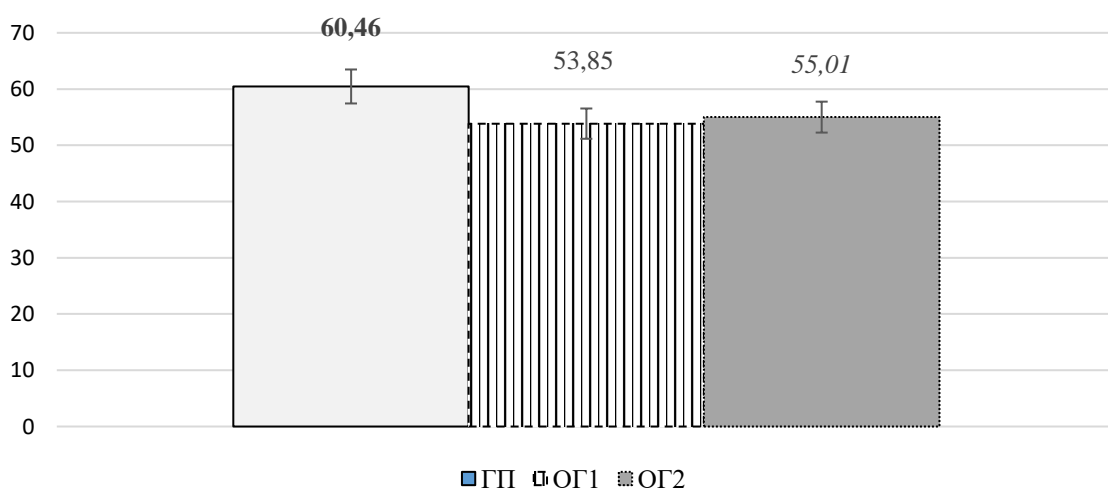


Рис. 3.8. Результат шкали МН опитувальника SF-36 у жінок у ПП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами GP та OG; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами OG1 та OG2)

Шкала характеризує настрої (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій); його пригнічення в ранньому післяпологовому періоді може бути наслідком виражених больових відчуттів та фізичного дискомфорту.

3.2. Результати визначення ознак дорсопатії

Під час з'ясування анамнезу ознак дорсопатій упродовж вагітності, більшість обстежених жінок зазначали болі у спині: на періодичні епізодичні болі скаржилися 57% (25 жінок) в ГП, 50% (16 жінок) в ОГ1 та 55% (18 жінок) в ОГ2. Регулярні тривалі болі у спині визначали 26% (12 жінок), 34% (11 жінок) та 30% (10 жінок) представниць відповідних груп. Отже, загальна поширеність ознак дорсопатій у обстежених жінок упродовж вагітності сягала майже 55%.

Після пологів частота поширеності дорсалгії зменшилась вже на момент виписування зі стаціонару, очевидно, внаслідок зникнення компонента вагового перевантаження (рис. 3.9). Факторами, які посилювали або провокували дорсалгію, жінки називали тривале лежання, сидіння або стояння, перенесення візочка, піднімання і перенесення дитини, догляд за нею.

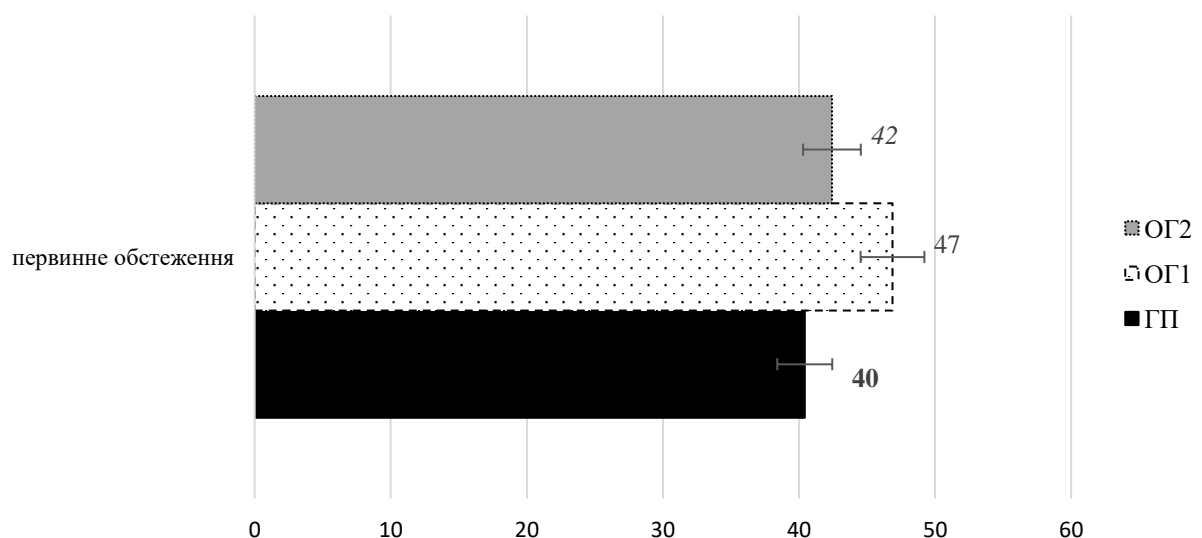


Рис. 3.9. Частота виявлення симптомів дорсалгій у жінок (у %) після пологів (ВП та КР).

При визначенні інтенсивності болю у спині за ВАШ під час первинного обстеження всі жінки з дорсалгіями характеризували її інтенсивність як середню (рис. 3.10). Абсолютний цифровий показник ОГ був статистично значуще більшим за параметри ГП, $p < 0,05$ (що свідчить про необхідність раннього, з першого дня після пологів, початку реабілітаційних заходів у жінок після КР). Очевидно, наявність дорсалгії в ранніх періодах після пологів пов'язаний зі зміною біомеханічного розподілу навантаження на таз, хребет, іррадіацією збудження по нервових сплетіннях малого таза внаслідок травмування тканин упродовж пологів.

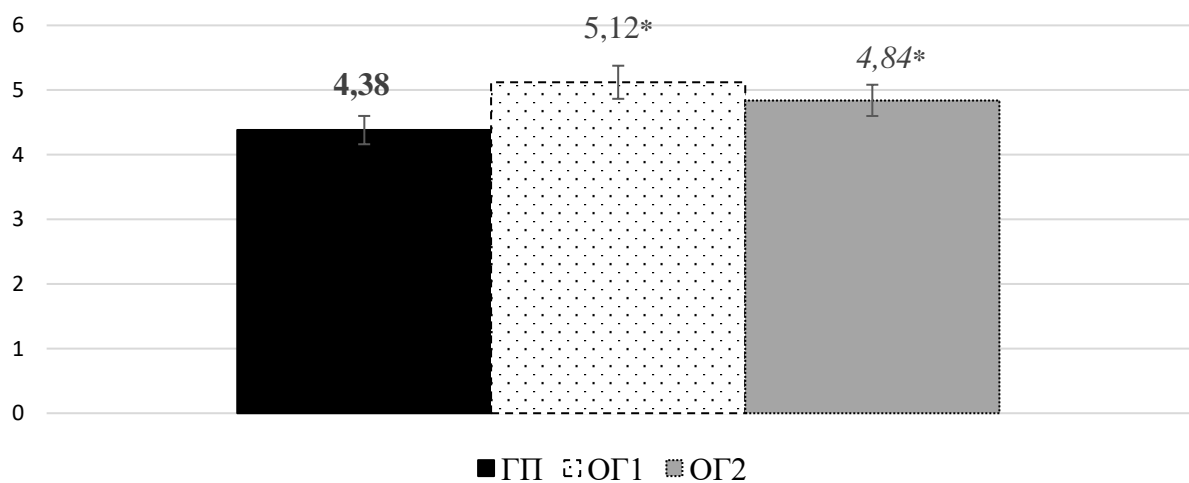


Рис. 3.10. Інтенсивність дорсалгії за ВАШ (бали) у жінок після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

При первинному обстеженні виявлено обмеження рухливості хребта за всіма пробами в усіх жінок, незалежно від наявності дорсалгії (табл. 3.3). Очевидно, це було наслідком тривалої зміни рухового патерну тулуба та перерозподілу біомеханічного навантаження, залишковими запальними та больовим відчуттями в органах малого таза, а для жінок ОГ – ще й наявністю неповністю сформованого післяопераційного рубця черевної порожнини, який обмежує рухи тулуба та зумовлює анталгічне вимушене положення тіла (що зумовило статистично гірший результат за всіма пробами відповідно до показників ГП при першому обстеженні, $p < 0,05$).

Таблиця 3.3

Результати проб для визначення гнучкості хребта жінок після пологів (ВП та КР) (M±SD)

Проби для визначення гнучкості хребта, см	ГП (n=47)	ОГ1 (n=32)	ОГ2 (n=33)
Отта	4,04±0,15	3,17±0,13*	3,85±0,12*●
Шобера	6,31±0,22	5,19±0,12*	5,39±0,08*
Томайєра	5,23±0,07	8,13±0,22*	5,09±0,11●
Сєдіна			
нахил вперед	6,24±0,16	5,25±0,09*	6,12±0,15●
нахил назад	4,30±0,15	3,46±0,19*	3,92±0,11*●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Порушення у доменах «Структура та функції» МКФ (біль, зменшення рухливості хребта) логічно призвело до порушень у доменах активності та участі.

При визначенні обмеження життєдіяльності внаслідок болю у спині за RMDQ після пологів клінічно значущі зміни спостерігались в усіх групах жінок з дорсалгіями при першому обстеженні (рис. 3.11).

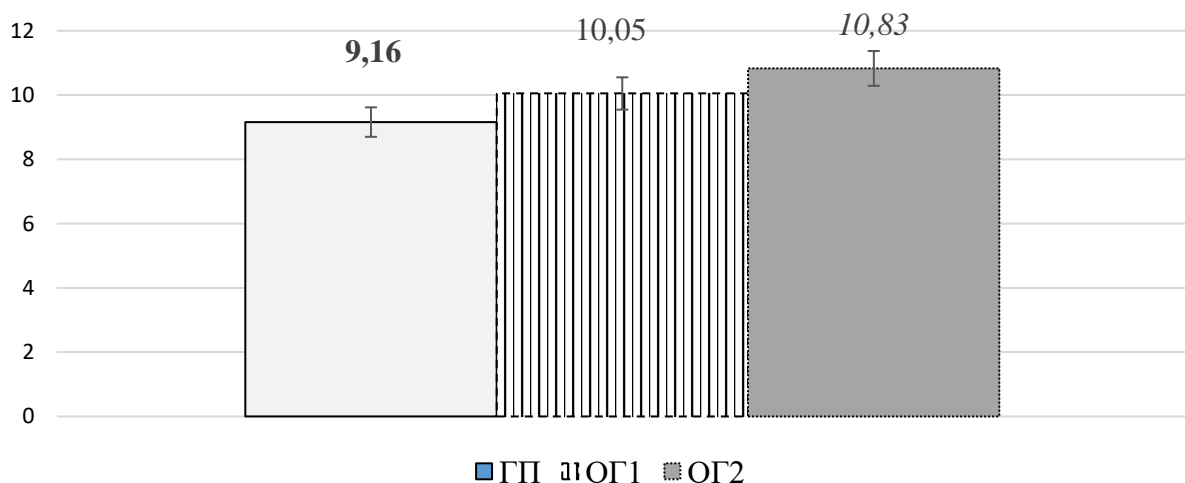


Рис. 3.11 Результати опитування за RMDQ (кількість позитивних відповідей) у жінок з дорсалгіями після пологів (ВП та КР) (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Жінки зазначали, що біль у спині впливав на їх активність, але підвищені вимоги внаслідок змін у соціальному статусі заважали фізіологічному загоєнню у випадку наявності патології через постійне фізичне напруження, піднімання вантажів (дитина, візок).

Результати тестування за RMDQ перекликаються з динамікою показників підшкал РМІ (табл. 3.4). У всіх групах жінок спостерігалось лінійне покращення показників активності та мобільності на фоні зниження болю у спині. При первинному обстеженні на фоні ФТ жінки ОГ2 продемонстрували статистично кращий результат за першою та другою шкалами РМІ відносно жінок ОГ1, який досягали рівнів ГП ($p > 0,05$), незважаючи на неповне загоєння післяопераційного рубця.

Таблиця 3.4

Результати РМІ жінок після пологів (ВП та КР) (M±SD)

Шкала РМІ, трансформовані бали	ГП (n=47)	ОГ1 (n=32)	ОГ2 (n=33)
щоденна домашня мобільність	67,23±5,18	82,61±5,09*	76,15±2,67*
побутова активність	60,16±5,25	74,39±4,18*	65,18±3,04●
непобутова активність	52,11±4,15	67,16±4,27*	62,27±3,16*

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

3.3. Результати визначення ознак дисфункції м'язів тазового дна

Домен МКФ «Структура і функція» характеризували за параметрами тону та сили м'язів промежини. Саме стан цих м'язів є морфофункціональним підґрунтям виникнення клінічних ознак та ускладнень дисфункції МТД – пролапсу тазових органів, нетримання сечі та калу тощо.

Під час обстеження у ППП тону м'язів промежини був знижений у всіх групах обстежених жінок (рис. 3.12). Жінки після вагінальних пологів показали статистично значуще ($p < 0,05$) гірший результат у порівнянні із

жінками, які перенесли КР (що підтверджує роль вагінальних пологів як предиктора дисфункції МТД).

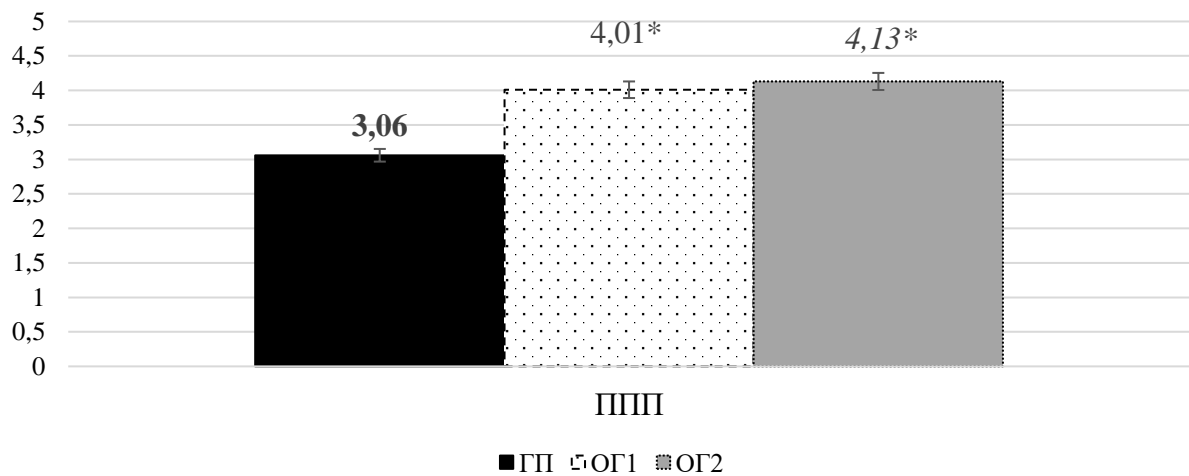


Рис. 3.12. Параметри тонуусу mm. levator ani у жінок у ППП після ВП та КР за MOS, бали (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Результати проведеної перінеометрії підтвердили тенденції, виявлені під час визначення тонуусу mm. levator ani (рис. 3.13).

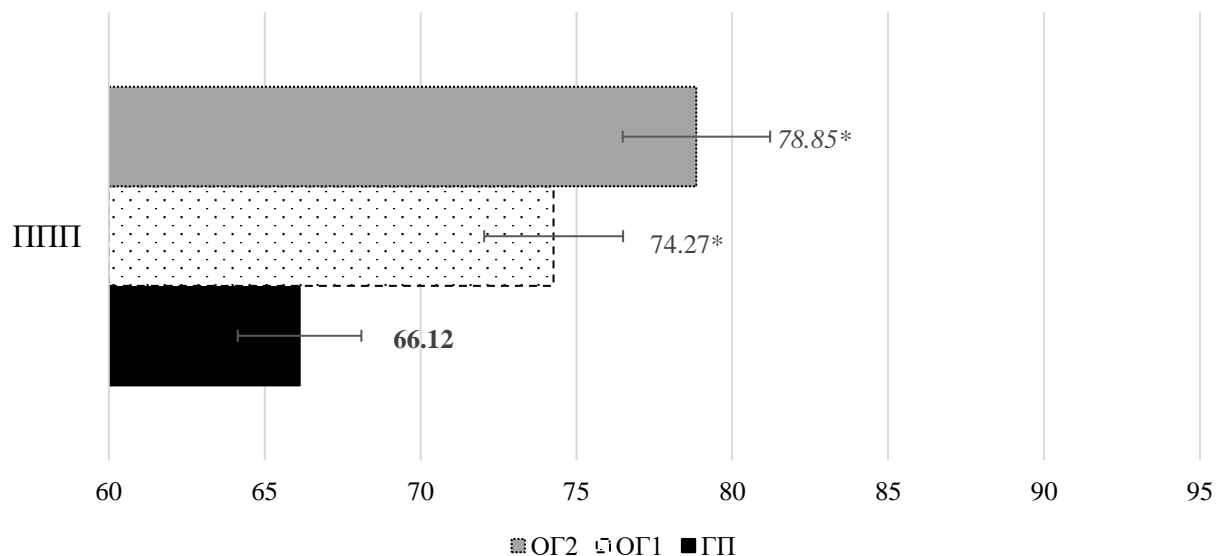


Рис. 3.13. Параметри сили м'язів промежини у жінок у ППП після ВП та КР за результатами перінеометрії, мм рт.ст. (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

При первинному обстеженні у жінок ГП виявлено силу м'язів промежини, абсолютне цифрове значення якої відповідало нижнім параметрам помірної сили, у той час як у жінок після КР – хорошої. Водночас у жінок ОГ2 виявлено ознаки ефективності застосованої з раннього ПП програми фізичної терапії, оскільки саме вони мали статистично значуще кращий результат у порівнянні із ГП та ОГ1.

При аналізі шкал, які характеризують наявність та вираженість ознак, пов'язаних із слабкістю МТД, за PFDI-20 при першому обстеженні у всіх групах жінок були виявлені симптоми, пов'язані із пролапсом тазових органів, нетриманням сечі та калу за PFDI-20 (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Результати анкетування за PFDI-20 у жінок у ППП після ВП та КР
(M±SD)**

Блоки запитань, середній бал	ГП(n=47)	ОГ1 (n=32)	ОГ2 (n=33)
POPDI-6	0,63±0,05°	0,85±*0,05	0,72±0,04*●
CRADI-8	0,60±0,10°	1,04±0,03*	0,62±0,06*●
UDI-6	0,85±0,08°	1,17±0,06*	1,04±0,05*●
Total	2,08±0,15°	3,03±0,10*	2,39±0,09*●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Найважчими змінами характеризувались жінки після ВП ($p < 0,05$ відносно параметрів ОГ1 та ОГ2), які отримали розтягнення тканин промежини під час пологів; при цьому найвираженішими були зміни з боку підшкал POPDI-6 та UDI-6. Ранній початок відновного втручання показав наявність переваг розробленої програми на фоні відносно збережених тканин промежини у жінок ОГ2 – їх стан наприкінці ППП характеризувався статистично значуще кращим станом за всіма досліджуваними підшкалами відносно ГП та ОГ1.

Визначення динаміки впливу симптомів, пов'язаних із дисфункцією МТД, на повсякденну активність, соціальну та емоційну сфери жінок за PFIQ-

7 засвідчило такі закономірності (таблиця 3.6). Жінки КГ виявили найвищий рівень у порівнянні з іншими групами вплив на всі види активностей, особливо за підшкалою CARDI-7 ($p<0,05$), що, очевидно, було пов'язано з їх найбільшим поширенням та інтенсивністю, визначеними за PFDI-20. Відповідно найменшим впливом (внаслідок меншої поширеності) характеризували вплив симптомів дисфункції на всі види активності ОГ2.

Таблиця 3.6

Результати анкетування за PFIQ-7 у жінок у ППП (M±SD)

Блоки запитань, середній бал	ГП (n=47)	ОГ1 (n=32)	ОГ2 (n=33)
UIQ-7	1,52±0,07	1,37±0,06*	1,22±0,06*●
CARDI-7	1,76±0,06	1,61±0,05*	1,49±0,05*●
POPIQ-7	1,46±0,10	1,24±0,05*	1,14±0,03*●
Total	4,73±0,12	4,2±0,11*	3,86±0,08*●

Примітки: * – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

У ППП стан сексуальної функції був найгіршим у жінок, які народжували вагінальним шляхом – за FSFI-19 вони показали статистично гірший результат ($p<0,05$) у порівнянні із жінками, які перенесли КР (очевидно, внаслідок неповного структурно-функціонального загоєння м'яких тканин промежини) (рис. 3.14).

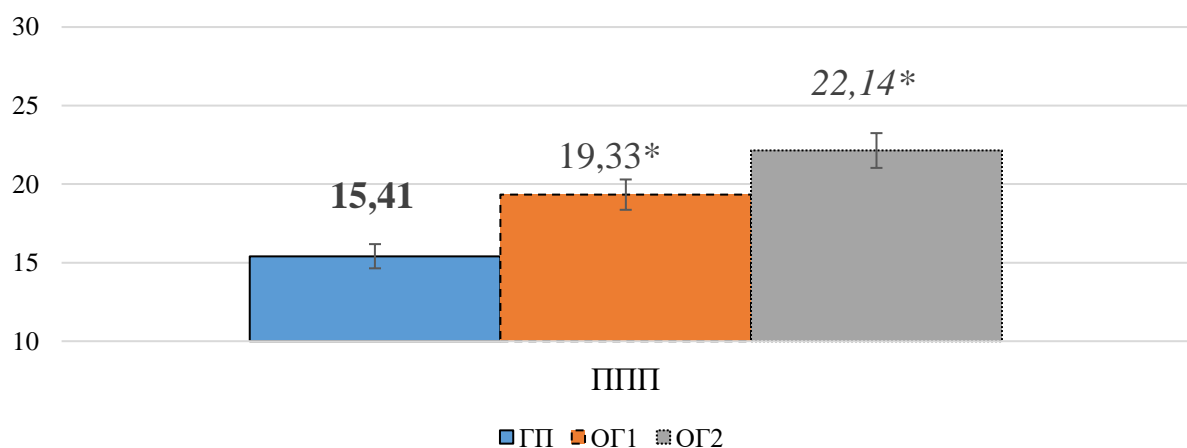


Рис. 3.14 Параметри оцінювання сексуальної функції у жінок у ППП після ВП та КР за FSFI-19, бали (* – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

3.4. Результати визначення показників фізичного стану

Стан рухової дієздатності жінок у ПП, незалежно від шляху пологорозрішення, характеризувався відносно низькими показниками FMS (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Параметри FMS жінок у ППП після ВП та КР (M±SD)

Тест FMS	ГП (n=47)	ОГ1 (n=32)	ОГ2 (n=33)
глибоке присідання	1,47±0,12	1,16±0,13*	1,52±0,12●
крок через бар'єр	2,02±0,11	1,84±0,13	2,15±0,11
лінійний випад	1,72±0,11	1,34±0,13*	1,73±0,11●
мобільність плечей	1,77±0,12	1,69±0,12	1,88±0,11
активне піднімання прямої ноги	1,55±0,12	1,50±0,12	1,76±0,10●
стабільність тулуба при розгинанні рук	1,55±0,12	1,63±0,12	1,91±0,12*●
колова стабільність	1,68±0,12	1,59±0,14	1,85±0,13

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Це було зумовлено тривалим періодом зниженої фізичної активності, змінами у біомеханіці тіла, морфо-функціональною післяпологовою перебудовою організму на фоні збільшеного психологічного та фізичного навантаження внаслідок зміни соціальної ролі, догляду за дитиною, лактації, що відображено у результатах FMS. Аналіз динаміки структурного розподілу отриманих результатів показав такі тенденції Під час виконання тестових вправ FMS при первинному обстеженні деякі жінки не могли виконати окремі завдання тесту, пояснюючи це дискомфортом, неприємними відчуттями у ділянці живота і таза, що викликали страх та змушували припиняти рух. Очевидно, це було пов'язано із низькою мобільністю рубця, структурною перебудовою м'яких тканин, ознаками дорсопатії, детренованістю як загальною, так і внаслідок вагітності та післяпологового періоду.

Особливості фізичного стану жінок у післяпологовому періоді визначались анамнезом зміненого упродовж вагітності рухового стереотипу та (для жінок ОГ) наявністю післяопераційного рубця черевної порожнини. Зокрема, це проявлялось у знижених параметрах фізичної працездатності за результатами проби PWC_{170} . Наприкінці ППП результати PWC_{170} у жінок ОГ1 були на низькому рівні, ГП та ОГ2 – на рівні нижче середнього (рис. 3.15)

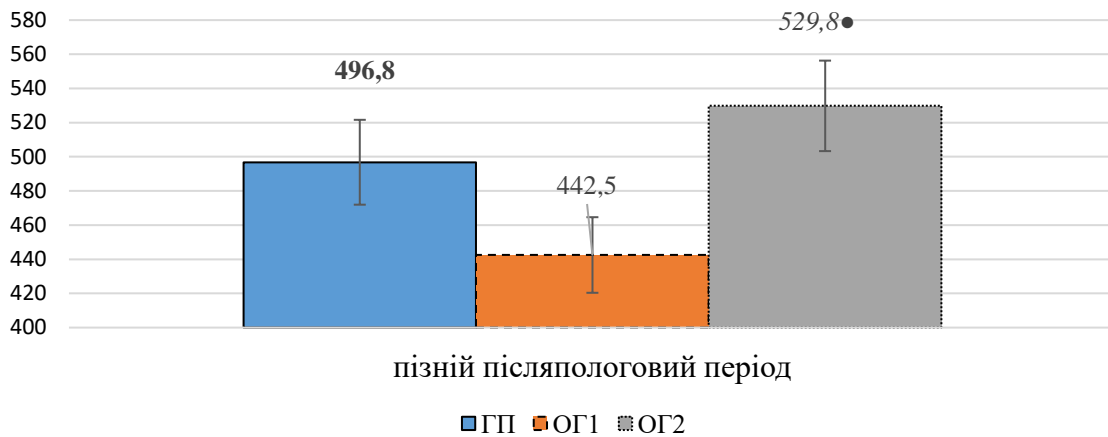


Рис. 3.15. Стан фізичної працездатності за PWC_{170} (кгм/хв) у жінок у ППП після ВП та КР ((* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Результати визначення МСК, які характеризують аеробну потужність та кардіореспіраторні резерви, у ППП в усіх групах жінок були на низькому рівні (рис. 3.16).

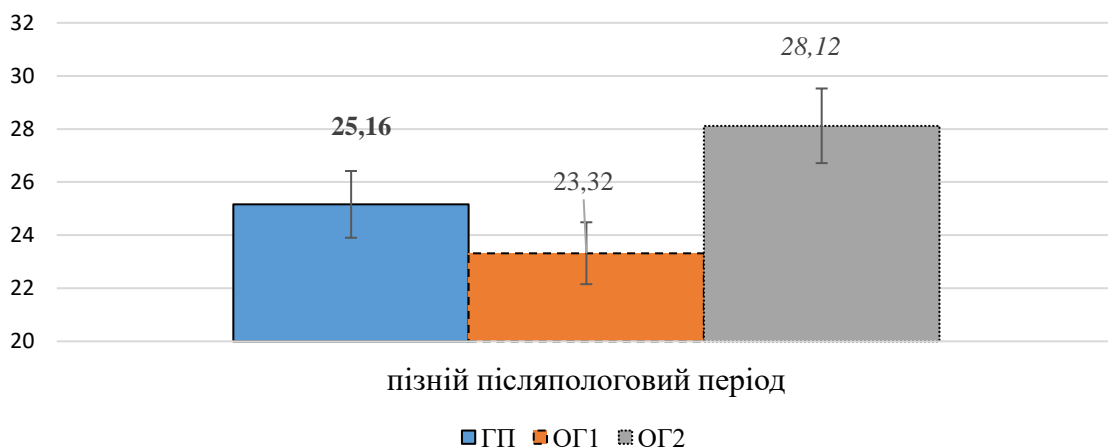


Рис. 3.16. Стан МСК (кгм/хв) у жінок у ППП після ВП та КР ((* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Виявлені на цьому етапі дослідження перераховані вище зміни організму жінок після кесаревого розтину, що відображають порушення функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в усіх доменах МКФ, були аргументом і підставою для розробки комплексної програми фізичної терапії з метою корекції фізичного та психоемоційного стану жінок.

РОЗДІЛ 4. РОЗРОБКА ТА ОБГРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

4.1. Загальні принципи створення програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину

При розробці довготривалої програми ФТ для жінок після кесаревого розтину ми керувалися результатами проведених анкетувань та клініко-фізіологічних обстежень. Отримані дані, наведені в розділі 3, є базою висновку про те, що обстежені жінки потребують втручання у стан здоров'я з метою його покращення.

Теоретичним підґрунтям для розробки програми став той факт, що, докладно визначаючи перебіг передопераційної підготовки до КР, послідовність оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, клінічний протокол «Кесарів розтин» [105] та клінічна постанова, заснована на доказах «Кесарів розтин» [12] фактично не приділяють уваги післяпологовому відновленню фізичного стану жінок. У ньому зазначені тільки загальні рекомендації щодо майбутніх вагітностей з позицій міцності рубця на матці та особливості контрацепції у післяпологовому періоді. Загальні рекомендації без уточнення відновлення фізичного стану також надаються жінкам у рамках клінічного протоколу «Фізіологічні пологи» [104]. Інших стандартизованих рекомендацій, зокрема, реабілітаційних, щодо ведення жінок у ПП нами при аналізі даних літератури не було виявлено.

Тому при розробці програми фізичної терапії враховували методичні принципи створення програм різнонаправленої реабілітації щодо різних діагностованих нами аспектів відновлення стану жінок у післяпологовому періоді [7, 8, 20, 25].

Згідно Класифікатора функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я [108] у жінок у ПП нами були виявлені порушення, які відповідали наступним доменам:

- Функція: b130 Функції енергії та спонукання до дії; b134 Функції сну; b152 Емоційні функції; b280 Сприйняття болю; b455 Функції толерантності до фізичного навантаження; b525 Функції дефекації; b620 Функції сечовипуску; b640 Сексуальні функції; b670 Відчуття, пов'язані зі статевими та репродуктивними функціями; b730 Функції м'язової сили; b740 Функції м'язової витривалості; b840 Відчуття, пов'язані зі шкірою;
- Структура: s599 Структури, пов'язані з травною, метаболічною та ендокринною системами, інші уточнені; s620 Структура тазового дна; s630 Структура репродуктивної системи; s698 Структури, пов'язані з сечостатевою та репродуктивною системами, інші уточнені; s740 Структура ділянки таза; s760 Структура тулуба;
- Активність і участь: d430 Підіймання і перенесення об'єктів; d449 Перенесення, переміщення та поводження з об'єктами, інше уточнене та неуточнене; d450 Ходьба; d510 Миття; d540 Користування одягом і взуттям; d598 Самообслуговування, інше уточнене; d650 Догляд за домашніми об'єктами; d660 Допомога іншим; d640 Виконання домашньої роботи; d649 Завдання по господарству, інші уточнені та неуточнені; d840 Підготовка до роботи.

Для їх корекції у рамках розробленої програми фізичної терапії застосовувались такі засоби:

- кінезітерапія (терапевтичні вправи, функціональне тренування);
- масаж живота (для профілактики злукового процесу навколо післяопераційного шва) та загальний;
- ортезування черевної стінки;
- кінезіологічне тейпування живота та спини;
- освіта (навчання) жінок.

Формат втручань: очний (у реабілітаційному закладі), самостійні заняття, телереабілітація (режим відеозв'язку онлайн, контроль та відповіді на поточні запитання за допомогою месенджерів).

Завданнями програми фізичної терапії були:

- профілактика злукового процесу черевної порожнини;
- покращення настрою, психологічного стану, зниження тривожності та ризику розвитку післяпологової депресії;
- покращення функції внутрішніх органів та загальної тренованості; зниження ризику хронічних захворювань;
- нормалізація функції органів та м'язів тазового дна;
- профілактика та корекція післяпологового діастазу м'язів живота;
- покращення якості життя з урахуванням фізіологічних та патологічних змін в організмі жінок після пологів, лактації, зміни способу життя з врахуванням контекстуальних факторів;
- повернення до звичної побутової та професійної активності з високим рівнем працездатності та психоемоційного стану.

Процес ФТ був сформований згідно з послідовним визначенням та досягненням індивідуальних коротко- та довготривалих цілей реабілітації, сформульованих у SMART-форматі.

Логіка та послідовність застосовуваних заходів визначались особливостями фізіологічних процесів в організмі жінок, які відбулись упродовж вагітності та ПП (рис. 4.1).

Внаслідок розтягування зв'язкового апарату внутрішніх статевих органів, розслаблення черевного преса, тазового дна та піхви у ранньому та на початку пізнього ПП відзначається велика рухливість матки та піхви. Після пологів відбувається поступова інволюція матки (відновлюється епітелій слизової оболонки, структура міометрію), але епітелізація плацентарної площадки протікає значно повільніше, ніж решти внутрішньої поверхні матки. Тому ранні надмірні навантаження можуть зашкодити процесам загоєння внутрішніх ранових поверхонь, внаслідок розтягнутості та розпушення зв'язкового апарату може відбутися опущення матки та стінок піхви (що зумовлює щадність рухового режиму та обмеження рухів МТД, черевної стінки та тулуба).



Рис. 4.1. Особливості виявлених порушень стану здоров'я жінок після КР та методи їх корекції засобами фізичної терапії

З іншого боку, тривале перебування у положенні лежачи сприятиме уповільненню кровотока, утворенню тромбів у великих судинних магістралях, атонії кишечника та закрепам, затримці сечовипускання та й загалом матиме несприятливий вплив на інволюцію статевих органів та загальний стан породіллі [11, 22]. Тому проведення ФТ з ранніх періодів ПП є цілком обґрунтованою.

ТВ посилюють периферичний кровообіг та газообмін, покращують загальний стан жінки, прискорюють фізіологічну інволюцію пологового апарату, інтенсифікують обмінні процеси, нормалізують апетит та сон [26, 26].

Статичні та динамічні дихальні ТВ призводять до відновлення навички повного дихання за участю в ньому діафрагми та передньої черевної стінки, що усуває застій у черевній порожнині, прискорюючи венозний кровообіг, посилює приплив венозної крові до серця та зміцнює стінки черевної порожнини.

На початку ПП ТВ для черевного преса та тазового дна сприяють швидкому відновленню розтягнутих м'язів, фасцій, м'язових тканин промежини та шкіри черевної стінки, що призводить до нормалізації топографії органів черевної порожнини та малого тазу. ТВ за участю косих м'язів живота забезпечують швидше скорочення міометрію, відновлення тонуусу зв'язкового апарату та опорних тканин та нормальне її розташування. ТВ стимулюють діяльність кишечника, спорожнюють сечовий міхур, усувають застійні явища в ділянці тазова [109].

ТВ до певної міри підвищують лактаційну здатність внаслідок рефлекторного скорочення м'язового апарату молочних залоз, сприяють покращенню крово- та лімфообігу в ділянці передньої поверхні грудної клітки, зменшуючи ризик маститу [110].

У міру формування рубця передньої черевної стінки він обмежує виконання активностей повсякденного життя, таких як вставання-сідання перенесення вантажів, догляд за дитиною. Засобами фізичної терапії намагались створити еластичний м'який рухомий, але міцний рубець, який не

буде заважати рухам у ближній перспективі, не ускладнить перебіг та пологорозрішення при наступних вагітностях у майбутньому. Це досягалось обмеженням його надмірної рухомості (як фактора, що сповільнює загоєння та стоншує волокна новоутвореної сполучної тканини) при здійсненні повсякденної активності) носінням бандажа передньої черевної стінки, обмеження рухової активності та навчанням специфічного рухового стереотипу. У міру дозрівання рубця надмірну рухомість рубця обмежували кінезіологічним тейпуванням передньої черевної стінки, свідомим обмеженням рухів у рамках навчання з поступовим додаванням ТВ для передньої черевної стінки. Мобільність та еластичність досягали локальною мобілізацією рубця масажем для профілактики злукового процесу. У період повністю сформованого рубця фіксували досягнуту еластичність тканин вправами на розтягнення передньої черевної стінки.

Групами м'язів, що найбільше тривало перерозтягувалися статичною вагою, яка поступово збільшувалася, були м'язи тазового дна та передньої черевної стінки. Відповідно, слабкість МТД проявлялась у вигляді ознак їх слабкості (тобто порушення опорної та замикальної функції вихідних каналів органів малого таза (піхви, уретри, прямої кишки)). Застосування ТВ для МТД (зокрема вправ Кегеля), живота, стегон, сідниць, попереку, сприяло тонізації та зміцненню розтягнутих м'язів.

Слабкість м'язів черевної порожнини проявлялась високим ризиком абонаявності діастазу білої лінії живота, відвисанням передньої черевної стінки, атонічними явищами з боку органів черевної порожнини. У розробленій нами програмі це корегувалось ортезуванням (бандажуванням) черевної порожнини, кінезіологічним тейпуванням білої лінії живота та передньої черевної стінки, ТВ для м'язів передньої черевної стінки, тулуба, нижніх кінцівок.

Біль у спині є частим післяпологовим станом, асоційованим із слабкістю, перерозтягненням та біохімічною зміною білків сполучної тканини [11]. Вирішенню цієї проблеми в рамках створеної нами програми сприяло

застосування післяпологового ортезу (бандажа), кінезіологічного тейпування, ТВ, функціонального тренування, масажу спини.

Зміни загального рухового стереотипу (діагностованого за FMS) та фізичної працездатності, що виникли внаслідок тривалого вимушеного положення тулуба упродовж вагітності для виконання активностей повсякденного життя, додаткового навантаження вагою на опорно-руховий апарат, загальною зміною фізичної активності у бік її зменшення, больовими та дискомфортними післяпологовими відчуттями були кореговані в рамках апробованої програми ТВ та функціональним тренуванням на «PROCEDOS PLATFORM 9™ Pro» та «PROCEDOS WALL9».

У процесі розробки програми фізичної терапії жінок після КР дотримувались вимог адекватності фізіотерапевтичних навантажень; систематичності їх застосування; поступового розширення засобів для забезпечення комплексного впливу на органи черевної порожнини, тазового дна та опорно-руховий апарат; підбору терапевтичних вправ та функціонального тренування відповідно до виду індивідуальних рухових обмежень жінок; намагались досягти покращення їх психологічного стану [19, 22].

Програму фізичної терапії жінок після КР впроваджували упродовж року. Тривалість програми була зумовлена тривалою структурною та гормональною перебудовою організму жінок після вагітності, постійним зростанням рівня їх фізичного навантаження за умов відсутності або неповної можливості ізольованого відновлення (без догляду за дитиною, лактації), недостатньою дослідженістю стану жінок упродовж тривалого післяпологового періоду.

Розроблена програма фізичної терапії тривала 12 місяців, починаючи з раннього післяпологового періоду (рис. 4.2).

Упродовж перших двох місяців, які відповідали ППП (та періоду передбачуваної повної перебудови організму жінки до вихідного рівня). Відновні втручання проводили у реабілітаційному центрі двічі на тиждень,

один раз – у форматі телереабілітації (такий формат буз найзручніший з позицій потреб догляду за дитиною, підвищував комплаєнтність жінок). Його основними завданнями були:

- створення еластичного м'якого післяопераційного рубця;
- нормалізація функціонування органів черевної порожнини (профілактика та корекція післяпологових закрєпів);
- прискорення нормалізації функціонування органів малого таза – профілактика так корекція ознак дисфункції МТД, відновлення оваріально-менструального циклу;
- профілактика післяпологового діастазу білої лінії живота;
- профілактика та корекція ознак післяпологової депресії;
- адаптація до виконання та полегшення виконання активностей повсякденного життя, обов'язків по догляду за дитиною з врахуванням особливостей перебігу абдомінального пологорозрішення;
- адаптація систем організму до зростаючих фізичних навантажень на фоні гормональної та структурної перебудови, лактації;
- опанування запропонованих методик фізіотерапевтичного втручання.

Упродовж наступних 6 місяців рухові заняття проводили у змішаному форматі: перші три місяці: тричі на тиждень в реабілітаційному центрі, наступні три місяці один раз на тиждень у реабілітаційному центрі, двічі на тиждень – у форматі телереабілітації. Його завданнями були:

- покращення функціонального стану основних систем організму, виведення їх функціонування на рівень до вагітності на фоні завершення післяпологової перебудови;
- покращення постави;
- покращення психоемоційного стану;
- покращення фізичних якостей;
- полегшення виконання активностей повсякденного життя та обов'язків по догляду за дитиною.

Місяць ПП	Засоби ФТ	Дозування та формат	Методи контролю
1	Терапевтичні вправи, функціональне тренування	Двічі на тиждень – очно, один раз на тиждень – телереабілітація (тривалість – 1 год).	Початковий – повне обстеження за обраним колом методик. Поточний – контроль адекватності рівня фізичного навантаження, ефективності методик ФТ, які застосовуються. Досягнення короткотермінових цілей ФТ – відповідно до індивідуальних цілей.
	Навчання	Очно під час відвідування реабілітаційного центру	
2	Ортезування черевної порожнини	Постійно самостійно під час побутових та підвищених фізичних активностей	
	Кінезіологічне тейпування	Тривалість носіння аплікації – 5 днів, кількість циклів - 4, з перервою 2 дні	
	Масаж	2-й місяць після пологів, 10 сеансів, через день	
3 4 5 6 7 8	Функціональне тренування, терапевтичні вправи	перші три місяці: тричі на тиждень в реабілітаційному центрі, наступні три місяці - один раз на тиждень у реабілітаційному центрі, двічі на тиждень – у форматі телереабілітації	
	Масаж	5-й місяць, 10 сеансів, через день	
	Навчання	Очно під час відвідування реабілітаційного центру, у форматі телереабілітації	
	9 10	Функціональне тренування, терапевтичні вправи	Телереабілітація з періодичним очним контролем (1 раз на два тижні) Самостійних занять – мінімум тричі на тиждень
		Масаж	9 місяць, 10 сеансів, через день
11	Навчання	У форматі телереабілітації за потребою	
12			Поточний – контроль адекватності рівня фізичного навантаження, ефективності методик ФТ, які застосовуються. Досягнення короткотермінових цілей ФТ – відповідно до індивідуальних цілей. Кінцевий - повне обстеження за обраним колом методик. Досягнення довготермінових цілей ФТ – відповідно до індивідуальних цілей.

Рис. 4.2. Схема розробленої програми фізичної терапії жінок у ПП, які перенесли КР

Упродовж останніх 4 місяців програми заняття проводили у формі телереабілітації та самостійних занять з періодичним очним контролем (1 раз на два тижні). Основними завданнями підтримуючого етапу були:

- закріплення отриманих результатів покращення стану;
- подальше покращення і стабілізація функції внутрішніх органів, зокрема – малого тазу;
- підтримання досягнутого рівня фізичної працездатності;
- подальше покращення фізичних якостей та загальної витривалості;
- корекція психоемоційного стану.

Формат телереабілітації здійснювали за допомогою додатків «Zoom», «Viber», «Telegram», які мають можливості відеозв'язку, проводили онлайн тренування, у процесі яких жінки повторювали вправи з фізичним терапевтом, вивчали техніку нових вправ, мали можливість зробити відеозапис занять та повторювати їх самостійно. Навчання та консультування жінок онлайн проводили у форматі «запитання-відповідь» згідно з індивідуальними потребами, які виникали в них упродовж ПП. Перевагами телереабілітації у ПП було можливість гнучкого пристосування часу до режиму дня та потреб дитини, що збільшувало комплаєнтність жінок.

Здійснювали постійний поточний контроль (зокрема, навчали жінок самоконтролю) рівня навантажень за суб'єктивними та об'єктивними ознаками втоми, можливими загостреннями супутньої патології внутрішніх органів, станом післяопераційного рубця, відновленням функціонування органів малого тазу, черевної порожнини, оваріально-менструального циклу.

4.2. Програма кінезітерапії

Рухові заняття проводили з метою прискорення відновлення у ПП, покращення настрою, зниження ризику післяпологової депресії та тривожності, розширення загальних функціональних резервів організму, зниження маси тіла, усунення закрепку та затримки сечовипускання на ранніх

етапах, профілактики утворення злук черевної порожнини, ліквідації застійних явищ, зміцнення м'язів черевного преса і тазового дна, усунення дисфункції МТД, за зокрема, поліпшення сексуального здоров'я, покращення фізичних якостей, що є необхідним для догляду за дитиною, і, таким чином, поліпшення якості життя жінок (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Основні види ТВ, застосовуваних для корекції виявлених порушень у жінок після КР

Виявлена проблема	Анатомічна ділянка виконання ТВ	Орієнтовне відсоткове співвідношення від загальної кількості вправ в основній частині заняття на початку, в середині та наприкінці ФТ	Особливості
Болі в спині	Спина (включно з шийним відділом)	20% - 10% - 10%	Функціональне тренування. Терапевтичні вправи з опором, обтяженням, для розвитку гнучкості. Терапевтичні вправи прикладного характеру (з фітболом, стрічковими еспандерами, гантелями).
	Нижні кінцівки		
	Живіт		
	Верхні кінцівки		
Дисфункція МТД	Живіт	10% - 10% - 5%	Функціональне тренування. Терапевтичні вправи для розвитку гнучкості (рис. 4.3). Терапевтичні вправи прикладного характеру (з фітболом, стрічковими еспандерами). Дихальні ТВ (черевне дихання). Вправи для м'язів тазового дна (вправи Кегеля)
	Промежина		
	Нижні кінцівки, сідниці, кульшові суглоби		
	Спина (поперек)		
Після-операційний рубець, слабкість м'язів черевної стінки	Живіт	5% - 10% - 10%	Дихальні ТВ (черевне дихання). Вправи для м'язів тазового дна (Кегеля) Терапевтичні вправи для розвитку гнучкості. Терапевтичні вправи прикладного характеру
	Промежина		
	Спина (поперек)		

Продовження табл. 4.1			
Психоемоційне напруження	Спина (вся), шия	15% - 10%- 5%	ТВ для розслаблення та розвитку гнучкості. Силові вправи з опором (подолання перешкод, досягнення умовної мети) Дихальні терапевтичні вправи. ТВ з прив'язкою до рухів догляду за дитиною (рис. 4.4)
	Тулуб		
	Кінцівки		
Зміни рухового стереотипу, зниження фізичної працездатності	Кінцівки	50% - 60%- 70%	Функціональне тренування. Терапевтичні вправи для розвитку сили, витривалості (аеробні), гнучкості, рівноваги, координації (рис. 4.5). Терапевтичні вправи прикладного характеру (з фітболом, стрічковими еспандерами, гантелями, обтяжувачами). Дихальні ТВ
	Тулуб		

Дотримувались загальної структури рухового заняття (тривалістю 1 година): вступна (5-10 хв.), основна (40 хв.), заключна (5-10 хв.) частини. Орієнтовне співвідношення різних видів вправ наведено у табл. 4.2.



Рис. 4.3 Приклади ТВ для розвитку гнучкості

Особливістю занять у після виписування жінки з пологового будинку було обмеження навантажень, пов'язаних із напруженням передньої черевної стінки та МТД:

- більшість вправ виконували у вихідних положеннях сидячи та лежачи, незначна кількість – стоячи;

- вправи виконували з неповною амплітудою, з невеликою кількістю повторень;
- обмежували рухи, які б сприяли напруженню післяопераційного шва (пов'язані із надмірним скороченням або розтягненням м'язів передньої черевної стінки);
- жінок навчали стратегіям дотримання оптимального динамічного стереотипу з уникненням перевантаження м'язів живота та тазового дна під час активності щоденного життя та специфічних рухів по догляду за дитиною – піднімання, годування, перенесення дитячого візочка, тощо (не піднімати важкі предмети, не нахилятися (присідати для піднімання предметів, уникати тривалого стояння, ходіння), просити про допомогу членів родини при потребі перенесення вантажу);
- Контролювали суб'єктивні відчуття натягнення рубця – відчуття болю не більше 4-5 балів за візуальною аналоговою шкалою.



Рис. 4.4. Приклади ТВ та функціонального тренування з імітацією ваги дитини за прив'язкою до рухів догляду(укладання спати, перенесення дитини)

Дихальні вправи призначались упродовж всього періоду впровадження програми фізичної терапії; вони були обов'язковим елементом вступної та заключної частини рухових занять. Крім того, призначення ТВ з черевним диханням сприяло мобілізації черевної стінки, зменшувало застійні явища в черевній порожнині, сприяло психоемоційній релаксації.



Рис. 4.5. Приклади ТВ для розвитку балансу та рівноваги з імітацією ваги дитини

Вправи з напруженням м'язів тазового дна (зокрема, вправи Кегеля) (Kegel) [111] – це спеціальні вправи для МТД, які передбачали скорочення м'язів промежини (ізолювано від м'язів сідниць та стегон) у різних вихідних положеннях – лежачи на спині, на боці, з зігнутими та розведеними нижніми кінцівками, припіднятим тазом, стоячи з нахилом тулуба вперед, «тазовий ліфт» тощо. Їх метою було зменшення проявів дисфункції та слабкості МТД, прискорення їх загоєння, покращення якості статевого життя (рис. 4.6).



Рис. 4.6. Варіанти ускладнених вихідних положень ТВ для м'язів тазового дна

ТВ прикладного характеру із використанням опору (з еластичними стрічковими еспандерами), обтяження (гантелі, обтяжувачі, бодібар) призначали з кінця ППП. Дозування навантаження здійснювали за рахунок збільшення ваги (0,5 кг – 1 кг – 2 кг – 3 кг) та стандартного опору-розтяжності стрічки еспандера (рис. 4.7).



Рис. 4.7. Приклади ТВ силового характеру (із використанням бодібара, гантелей, еспандера)

Акцент у програмі було зроблено на розвиток гнучкості, мобільності та сили жінок, з урахуванням протипоказаних у ранніх періодах після КР рухів, безпечних вихідних положень. Для імітації рухів по догляду за дитиною (наприклад, купання, перенесення) під час занять упродовж перших шести місяців було використано тренувальний мішок для кросфіта вагою 5 кг.

Аеробні навантаження рекомендували здійснювати за рахунок прогулянок з дитиною з контролем кількості пройдених кроків та/або відстані за допомогою фітнес-трекера, спеціальних додатків смартфона тощо.

Для оцінювання величини аеробних навантажень застосовували стандартну формулу $ЧСС_{max} = 220 - \text{вік}$; цільова ЧСС: 60-90% від $ЧСС_{max}$.

У процесі фізичної терапії за допомогою кінезітерапії (очної або у форматі телереабілітації) та рекомендованих самостійних занять одним з довготермінових завдань було досягнення та утримання рівнів тижневого навантаження жінок різної спрямованості згідно рекомендацій ВООЗ – аеробної фізичної активності помірної інтенсивності не менше 150-300 хв. на тиждень або аеробної фізичної активності високої інтенсивності не менше 75-150 хв.; мінімум двічі на тиждень – силові тренування [107].

Дозування навантажень здійснювали за рекомендаціями American College of Sports Medicine's exercise testing and prescription [112] – частотою (Frequency), інтенсивністю (Intensity), часом (Time), типом (Type) (FITT), об'ємом (Volume) та поступовим їх підвищенням (Progression) – FITT-VP (табл. 4.2).

**Рекомендації American College of Sports Medicine щодо призначення
фізичних вправ згідно FITT-VP [111]**

Частота тренувань	≥ 5 р/тиждень помірних фізичних навантажень АБО ≥ 3 р/тиждень інтенсивних вправ АБО Поєднання вправ помірної та високої інтенсивності $\geq 3-5$
Інтенсивність	Вправи помірної та високої інтенсивності Примітка: легка та помірна інтенсивність фізичних вправ призначається особам у недостатній фізичній формі (помірна = 40–59% резерву ЧСС або резерву споживання кисню; висока = 60–89% від вищезазначених показників)
Тривалість	30–60 хв./д для вправ помірної інтенсивності 20–60 хв./д для вправ високої інтенсивності АБО Поєднання вправ помірної та високої інтенсивності.
Тип або режим	Регулярні заняття вправами, які залучають основні групи м'язів; безперервні, ритмічні.
Об'єм	Ціль: 500–1000 МЕТ-хв/тиждень Примітка: кількість кроків становить 7000/день
Підвищення навантажень	Поступове збільшення тривалості вправ, їхньої частоти та інтенсивності.
Силові вправи	Принаймні 2–3 р/тиждень; 2–4 підходи; 60–70% від максимальної ваги або один підхід з максимальною вагою; 8–12 повторень.
Вправи для покращення нервово-м'язової провідності	$\geq 2-3$ д/тиждень $\geq 20-30$ хв/добу

Принципи проведення ТВ, функціонального тренування у схемі розробленої програми ФТ представлено у рис. 4.2

Темп виконання терапевтичних вправ: на ранній періодах фізичної терапії – комфортний для жінки, адаптований для її фізичних можливостей, з подальшим поступовим прискоренням.

У пізньому ПП основою кінезітерапії як основного метода, який впливав на м'язову дисфункцію, було виконання ТВ, вдосконалення рухових навичок та умінь у вигляді функціонального тренування на платформах «PROCEDOS PLATFORM 9™ Pro» та «PROCEDOS WALL9» (Prosedos. Powered by Gray's Institute) з метою нормалізації рухового стереотипу, відновлення м'язів тазового дна, тулуба, кінцівок з адаптацією до побутових рухів по догляду за дитиною.

Система для функціонального тренування «PROCEDOS» представляє собою декілька платформ з візуальними орієнтирами напрямку рухів у різних площинах. Платформи створені фахівцями з функціонального тренінгу Gray Institute з огляду на реабілітаційні та спортивні проблеми, з якими стикаються фізичні терапевти та тренери упродовж своєї професійної активності [113]. В Україні вже є досвід успішного застосування платформ «PROCEDOS» у реабілітаційній практиці [114, 115, 116].

Для функціонального тренування жінок використовували платформи «PROCEDOS»:

- платформа для підлоги «PROCEDOS PLATFORM 9™ Pro» (рис. 4.8);
- платформа для підлоги з дзеркальною розміткою для фізичного терапевта «PROCEDOS PLATFORM RED CLASS LEADER» (рис. 4.9);
- настінна платформа «PROCEDOS WALL9».



Рис. 4.8 Функціональне тренування із імітацією ваги дитини на платформі «PROCEDOS» на підлозі

Орієнтуючись на спеціальні позначки на платформі, жінки змінювали положення рук, ніг, грудної клітки, тазу, орієнтуючись на звичні рухи активностей повсякденного життя та догляду за дитиною. Лінії розмітки, кути,

напрямки руху дають чітку візуальну інформацію та зворотний контроль щодо ефективності тренувань, симетричності рухів.

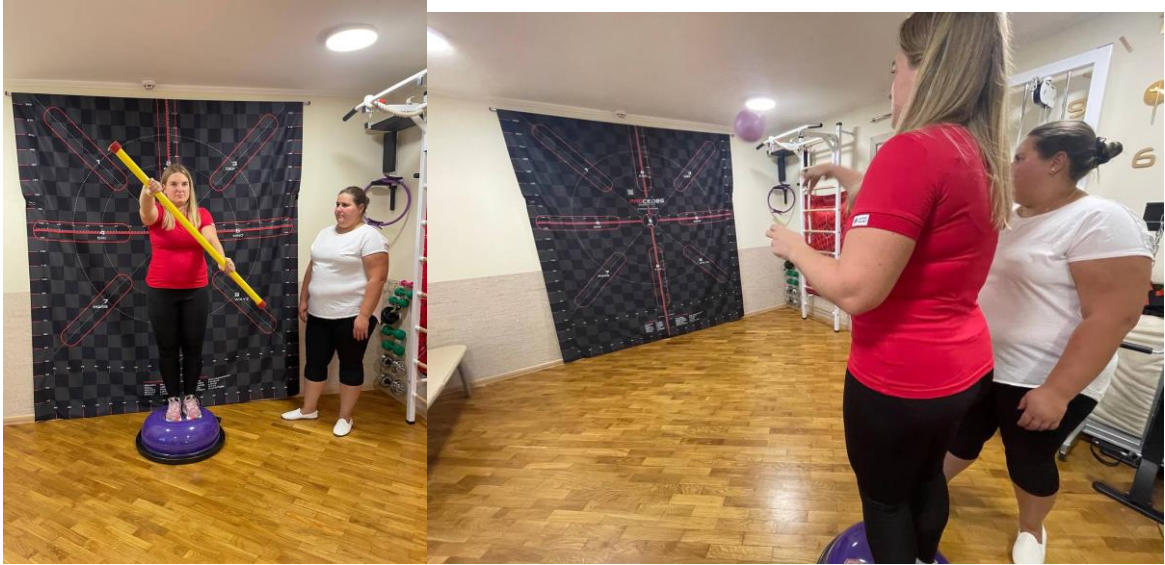


Рис. 4.9. Приклади вправ функціонального тренування із використанням настінної платформи «PROCEDOS»

Під час тренування були задіяні всі ділянки тіла жінок, симетрична розмітка дозволяє створити рівномірне навантаження усіх груп м'язів, у результаті кожен рух стає максимально ефективним. Різноманітні рухи рук, ніг і тіла допомагали задіяти всі м'язи, суглоби, зв'язки і досягти гнучкості та еластичності. Платформи «PROCEDOS» дозволяли модифікувати та виконувати такі базові рухи функціонального тренування [113]:

- нахил (обертання навколо осі суглоба);
- присід (вертикальне переміщення таза);
- випад (крок ногою вздовж осі руху та повернення у вихідне положення);
- важіль (переміщення драйвера відносно точки опори до двох чи більше цілей, без повертання у вихідне положення);
- дотягування (рух частини тіла в напрямку до обраної цілі);
- піднімання (прикладання сили до предмета для переміщення з однієї точки до іншої проти гравітації);
- жим (прикладання сили до предмету для його переміщення до тіла);
- стрибок (рух проти гравітації на одній чи двох ногах з приземленням на одну чи дві ноги);

- реакція (рух з завданням та акцентом на когнітивний розвиток).

4.4. Масаж

В акушерсько-гінекологічній практиці, зокрема, у ППП, масаж як сукупність прийомів дозованого механічного впливу на різні ділянки поверхні тіла, що виконується руками фізичного терапевта або спеціальними пристроями та засобами, призначається за такими основними показаннями [117]: злукові зміни в малому тазі; хронічні запальні захворювання статевих органів; порушення менструального циклу (дис-, аменорея тощо); гіпофункція яєчників; опущення матки, її неправильне положення; гіпо- та атонія мускулатури матки; стресове нетримання сечі; патологія фертильної функції; асоційовані з патологією статевої сфери супутні порушення (больові синдроми, у тому числі попереку, ділянки таза, невротичні розлади, захворювання сечовидільної системи та кишечника); наслідки хірургічних втручань з приводу патології статевих органів [118].

Протипоказання до призначення масажу в жінок у ППП визначали відповідно до трьох груп (більшість протипоказань визначалась як критерії виключення з дослідження) [119]:

- специфічні – пов'язані із перебігом ППП та патологічними станами акушерсько-гінекологічного профілю: гостра та підгостра форми запальних захворювань зовнішніх та внутрішніх статевих органів, зокрема інфекційних; нагнійні процеси органів малого таза; загострення хронічного запалення органів малого таза; новоутворення органів малого таза та черевної порожнини; наявність ознак гострого запального процесу будь-якої локалізації, що супроводжується гіпертермією, лейкоцитозом тощо; ендочервіцит та ерозія шийки матки; ендометріоз; патологічні виділення з порожнини матки (бактеріальні, нагнійні, кров'яністі); менструація; вагітність або підозра на неї; поява болю або дискомфорту під час масажу;

- загальні: гострі гарячкові стани; кровотечі та схильність до них; захворювання органів кровотворення та крові; психічні захворювання; декомпенсовані захворювання серця, легень, інших внутрішніх органів; гострі респіраторні захворювання; порушення роботи кишечника (нудота, блювання, рідкий стілець);
- локальні: місцеві нагнійні процеси; інфекційні та грибкові захворювання шкіри, нігтів, волосся; гострі запалення кровоносних та лімфатичних судин, тромбози, виражене варикозне розширення вен; алергічні захворювання зі шкірними висипаннями.

Передумовами для проведення масажу була його фізіологічна дія, що сприяє прискоренню нівелювання післяпологових змін в організмі жінки [117, 118, 119]:

- сприяє підвищенню працездатності м'язів, при цьому прискорюється відновлення після посиленого фізичного навантаження внаслідок догляду за дитиною або після фізіотерапевтичного тренування. Під впливом масажу підвищується еластичність м'язів, їхня скоротливість. У ППП масаж сприяє відновленню тону м'язів передньої черевної стінки, розслабленню інших груп м'язів, зняттю відчуття втоми, що часто виникає в жінок у ППП;
- покращується кровопостачання суглобів, зміцнюється їх зв'язковий апарат, що у ППП має особливе значення для суглобів хребта та таза. У жінки після пологів суглоби паравертебральних м'язів піддаються підвищеному навантаженню, що є однією з причин виникнення болю у спині та тазового болю;
- позитивний вплив на шкіру: вона очищається від лусочок епідермісу, що відторгаються, сторонніх частинок пор шкіри, тощо; покращується секреторна функція потових та сальних залоз, їх очищуються протоки від секрету; активується лімфо- та кровообіг шкіри, усуваються явища венозного застою, посилюється кровопостачання шкіри, внаслідок чого покращується її трофіка; підвищується тонус шкіри та м'язів. Завдяки

масажу шкіра стає більш еластичною, пружною, гладкою, підвищується її опірність до механічних та температурних впливів. У ППП це особливо актуально для ділянок, що піддавалися найбільшому розтягненню упродовж вагітності (живота, стегон, сідниць);

- змінюючи силу, характер, тривалість масажу, можна знижувати чи підвищувати збудливість нервової системи. При ніжному повільному погладжуванні знижується збудливість тканин, які масажуються, що має заспокійливий вплив на нервову систему; при енергійному і швидкому погладжуванні підвищується подразливість тканин, що масажуються. Після пологів на ранніх періодах масаж має на меті заспокоїти і розслабити жінку; у подальших періодах доцільним є нормалізуючий збалансований вплив на нервові процеси.
- нормалізуючий вплив на всі обмінні та видільні процеси. Під впливом масажу посилюється сечовиділення. У крові збільшується кількість гемоглобіну, еритроцитів та лейкоцитів. Масаж не викликає у м'язах збільшення кількості молочної кислоти, чим, зокрема, пояснюється сприятливий вплив на втомлені м'язи.

Завданнями масажу у ППП було:

- покращення крово- та лімфообігу, процесів обміну та регенерації в органах малого таза та черевної порожнини;
- зменшення застійних явищ у кровоносній та лімфатичній системах органів малого таза та черевної порожнини;
- усунення спайок зв'язкового апарату матки;
- ліквідація (розсмоктування) інфільтрату в навколоматковій клітковині;
- нормалізація оваріально-менструальної функції;
- відновлення нормального фізіологічного положення матки;
- нормалізація тону та моторики маткових труб, міометрія;
- нормалізація перистальтики кишечника, покращення секреторної функції органів шлунково-кишкового тракту;
- прискорення відновлення репродуктивної функції жінки;

- зменшення больового синдрому різної локалізації (спина, ділянка таза, черевна порожнина тощо);
- покращення психоемоційного стану;
- прискорення відновлення, усунення втоми після фізіотерапевтичних тренувань та внаслідок фізичного навантаження, пов'язаного з доглядом за дитиною.

Критерії початку масажу в пізньому ПП (через 6-8 тижнів після пологів): повна нормалізація оваріально-менструального циклу, формування повноцінного рубця м'яких тканин після КР (з відсутністю ознак запалення).

Схема масажу у ППП у жінок після КР представлена у табл. 4.3.

Таблиця 4.3

Схема масажу жінок у ППП

Пізній ПП (упродовж 2-го місяця після пологів)	3-6 місяць після пологів	7-12 місяць після пологів
Масаж живота (10 сеансів, через день) Масаж спини (10 сеансів, через день) Маніпуляції з рубцем (щоденно)	Загальний масаж (5 місяць, 10 сеансів, через день)	Загальний масаж (9 місяць, 10 сеансів, через день)

Масаж живота проводили за загальними правилами класичного масажу у положенні жінки лежачи на спині, під колінами – валик, використовуючи прийоми погладження, розтирання, розгинання, вібрації. Напрямки масажних рухів – за годинниковою стрілкою, від пупка до підреберних та здухвинних ділянок. Тривалість – 5-7 хвилин (в залежності від конституції жінки). Уникали глибоких та таких, що спричиняють неприємні відчуття, прийомів.

Проводили маніпуляції щодо формування еластичного рубця м'яких тканин. Цьому навчали кожну жінку для самостійного виконання, контролювали правильність здійснення. Ділянку рубця змащували кремом або нейтральною рослинною олією, проводили його обережне переминання,

розтягування, м'яке зміщення пальцями у різних напрямках. Критерієм правильності виконання були відсутність болю, надмірного відчуття розтягнення рубця, поява ознак його подразнення або запалення [120].

Масаж спини проводили за загальними принципами, у положенні лежачи на животі, під гомілками – валик. Тривалість масажу спини – 30-40 хв. (у залежності від конституції жінки). У процесі масажу акцентували увагу на ділянках м'язового гіпертонусу, тригерних зон, локальної м'язової болючості.

Сеанс загального масажу починали з масажу спини, далі переходили на надпліччя, шию, поперек та верхню частину сідниць. Потім масували ноги та нижню частину сідниць. Після перевертання жінки на спину виконували масаж живота, ніг та грудної клітки (крім молочних залоз). Тривалість загального масажу становила 60-90 хв. (в залежності від конституції жінки).

4.4. Принципи ортезування черевної порожнини

Внаслідок розтягування зв'язкового апарату внутрішніх статевих органів, розслаблення черевного преса, тазового дна та піхви відзначається велика рухливість матки та піхви. Млявість черевних покривів, знижений тонус м'язів передньої черевної стінки призводять до відвисання живота та зміни положення внутрішніх органів та внутрішньочеревного тиску, збільшення навантаження на органи малого таза та на МТД [16, 26].

Ортезування черевної порожнини у ПП у жінок після КР призначалось з метою:

- зменшення надмірного розтягнення післяопераційного рубця внаслідок КР;
- підтримка перерозтягнутої передньої черевної стінки;
- профілактика діастазу білої лінії живота;
- підтримка та розвантаження поперекового відділу хребта;
- профілактика опущення внутрішніх органів;
- полегшення виконання активностей повсякденного життя внаслідок зменшення болю та дискомфорту відчуттів.

Протипоказаннями до носіння післяпологового бандажа були: неприємні відчуття у ділянці післяопераційного шва, запалення рубця, контактний дерматит, алергія на матеріали ортеза, метеоризм та здуття живота. Ці протипоказання є відносними та тимчасовими, корегувались зміною режиму носіння бандажа, корекцією харчування, адекватним доглядом за рубцем, зміною ортеза.

Основними умовами носіння були комфортні відчуття у ділянці шва та черевної порожнини.

Для корекції післяпологових змін застосовували декілька варіантів післяпологових бандажів, в залежності від особистих бажань жінки (рис. 4.4): універсальний (підходить для періоду вагітності, пояс фіксується фурнітурою у верхній і нижній частинах живота); у вигляді широкої стрічки (підходить для післяопераційного періоду, сприяє профілактиці кил післяопераційного шва); бандаж у вигляді трусиків з фіксацією на талії та на стегнах (зручний для носіння, непомітний під одягом).

Всі вироби відповідали антропометричним параметрам жінок (що відповідали стандартним розмірам ортезів).

Носіння ортезів рекомендували з раннього ПП, якщо у жінки не було дискомфортних відчуттів подразнення післяопераційного шва. Крайнім часом початку носіння ортезу був 10-14 день (знімання шкірних післяопераційних швів, неповне загоєння яких заважало носінню ортеза).

Ортез одягали у положенні лежачи на спині, після видиху животом, у положенні з припіднятим тазом. Не рекомендували затягати ортез занадто сильно, щоб не викликати біль та не травмувати внутрішні органи. Тривалість носіння становила до 6 годин на добу, у період максимальної щоденної активності (дгляд за дитиною, її перенесення, прогулянки). Сон в ортезі був протипоказаний.

Курс ортезування тривав орієнтовно 1,5 місяця. Його припиняли за умови нормального самопочуття жінки, відновлення передньої черевної

стінки та індивідуального стану загоєння післяопераційного шва (що було підтверджено консультацією лікаря).



Рис. 4.9. Ортези (бандажі) черевної порожнини після КР

4.5. Принципи кінезіологічного тейпування

Кінезіологічне тейпування представляє собою метод відновного втручання, сенс якого полягає в аплікації на шкіру спеціальних гіпоалергенних стрічок, покритих термоактивним клеєм. Механізм дії кінезіотейпів пов'язаний з їх впливом на м'язову тканину, механічним впливом на м'які тканини (зокрема, обмеженням надмірної патологічної рухомості), лімфодренажним ефектом, дією на нейро-рефлекторні зони Захар'їна-Геда.

Метод кінезіотейпінгу застосовується під час вагітності для корекції больових відчуттів в ділянці попереку [121, 122, 1123]; з лімфодренажною метою [124], для покращення стану тканин після ушкоджень різного походження [125, 126].

Кінезіологічне тейпування проводили з метою:

- профілактики післяопераційного діастазу білої лінії живота;
- нормалізації тонусу передньої черевної стінки;
- сприяння створенню еластичного рубця м'яких тканин;
- стимуляції пропріоцепторів м'яких тканин черевної стінки;
- підтримки перерозтягнутої передньої черевної стінки;
- зменшення болю та дискомфорту у поперековій ділянці.

Аплікацію кінезіотейпа наносили на чисту, знежирену шкіру без волосяного покриву. Тривалість носіння аплікації становила 4-5 днів. Жінок

інформували щодо особливостей носіння кінезіотейпа – контроль наявності алергічних реакцій або подразнення шкірки, особливості гігієни ділянок з аплікаціями (мінімальне намочування, промокання вологого кінезіотейпа (не витирання рушником)). Враховували протипоказання для аплікацій: алергічні реакції, локальні захворювання шкіри, варикозна хвороба високого ступеня, декомпенсація захворювань внутрішніх органів, дискомфортні відчуття або посилення болю під час носіння кінезіотейпа.

Кінезіотейпування для укріплення передньої черевної стінки та профілактики післяпологового діастазу проводили за такою схемою (рис. 4.10). У положенні жінки стоячи здійснювали перехресну проклейку кінезіотейпів з середнім натяжінням по центру.



Рис. 4.10. Кінезіотейпінг живота для профілактики післяпологового діастазу, укріплення передньої черевної стінки

Аплікацію для зменшення болю та дискомфорту в поперековій ділянці (рис. 4.11) проводили при нахилі жінки вперед (розтягнення поперекових м'язів). Аплікацію паравертебральних м'язів здійснювали у напрямку від сидниць, поперекової ділянки – з помірним натяжінням по центру.

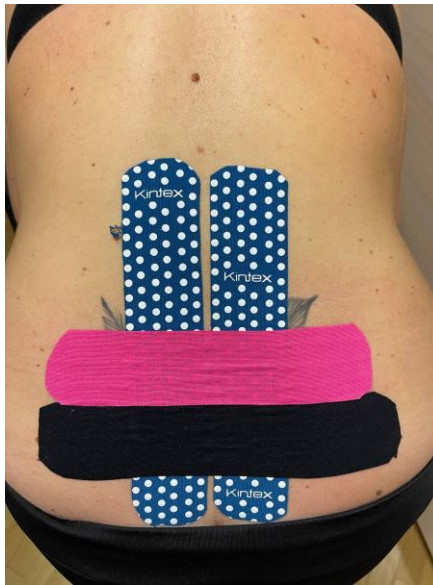


Рис. 4.11. Кінезіотейпінг поперек у жінок у ПП

Часові рамки призначення кінезіологічного тейпування у програмі ФТ представлені на рис. 4.2.

4.6. Навчання жінок

Навчання пацієнтів (Patient Education) – це заходи, які проводяться працівниками галузі охорони здоров'я, є інструментом підвищення ефективності ведення пацієнтів, покращення результатів та задоволення пацієнтів, зменшення болю та дискомфорту, зниження витрат на охорону здоров'я [127]. Це надання пацієнтам інформації, яка може покращити їхній стан здоров'я або змінити їхнє ставлення до свого здоров'я, передбачає, що пацієнт стане активним учасником реабілітаційного процесу, нестиме відповідальність за себе без відповідного контролю з боку медичного працівника [128]. Їх навчають розумінню даної проблеми, інформують щодо мети виконання завдань та вправ, техніці їх виконання.

Навчання жінок було постійним компонентом програми фізичної терапії. Його напрямками було:

- інформування жінок щодо фізіологічних особливостей перебігу післяпологового періоду, зокрема, щодо можливості погіршення

- психоемоційного стану, небезпек, пов'язаних з цим станом та методам його подолання (зокрема, в рамках розробленої програми);
- інформування щодо ефективності та механізму дії застосованих засобів фізичної терапії відповідно до виявлених порушень з метою підвищення комплаєнтності пацієнток, вироблення у них свідомого активного ставлення до виконання запропонованих заходів;
 - створення відповідностей вправ функціонального тренування до рухів активностей повсякденного життя та догляду за дитиною;
 - рекомендації щодо виконання режиму дня (з врахуванням потреб дитини): обов'язкові періоди відпочинку, сну;
 - упродовж перших тижнів рекомендували частину побутового навантаження виконувати за допомогою родини (до моменту загоєння післяопераційного рубця); носити вільний одяг, щоб не подразнювати рубець; зберігати предмети догляду в межах досяжності; не піднімати нічого важче за дитину;
 - навчання принципам збалансованого харчування згідно з рекомендаціями ВООЗ – вживання достатньої кількості овочів та фруктів, зменшення кількості швидкозасвоюваних вуглеводів та солі, вживання достатньої кількості білків [106] з врахуванням стану лактації (уникання продуктів, які збільшують здуття живота, викликають закреп, можуть спричинити алергію, проникають у молоко та можуть спричинити інший негативний вплив на організм дитини);
 - дотримання дозування фізичної активності, що має сприятливий вплив для профілактики захворювань та має додатковий сприятливий вплив на організм людини [107, 112];
 - інформування щодо ризиків недотримання правил збалансованого харчування та ризиків низької фізичної активності;
 - рекомендації щодо нормалізації сну з врахування активностей дитини.

Представлена програма фізичної терапії жінок після КР з врахуванням наявності порушень фізичної та психоемоційної сфери, розроблена на основі результатів визначення психоемоційного стану жінок, якості їх життя, оцінки фізичного статусу та фізичної працездатності, наявності ознак дорсопатії та дисфункцій МТД має комплексний характер, отже, може бути використана для прискорення відновлення стану їх здоров'я.

РОЗДІЛ 5. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК УПРОДОВЖ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

5.1. Динаміка результатів опитування

Покращення суб'єктивного стану здоров'я у жінок у процесі ПП проявлялось у вигляді зменшення кількості та структури скарг (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Динаміка скарг жінок у ПП під впливом ФТ (M±SD)

Скарги жінок	1-ше обстеження	ППП	6 міс	12 міс
фізичні труднощі під час самообслуговування				
ГП, n=47	63,8	29,8°	0	0
ОГ1, n=32	100*	68,8*°	0	0
ОГ2, n=33	93,9*	39,4*°●	0	0
фізичні труднощі під час догляду за дитиною				
ГП, n=47	70,2	10,6°	0	0
ОГ1, n=32	100*	62,5*°	21,9	0
ОГ2, n=33	100*	30,3*°●	0	0
фізичний дискомфорт у тілі у спокої				
ГП, n=47	38,3	0°	0	0
ОГ1, n=32	78,1*	21,9*°	0	0
ОГ2, n=33	81,8*	0°●	0	0
пригнічений настрій				
ГП, n=47	42,6	23,4°	10,6	0
ОГ1, n=32	65,6*	46,9*°	21,9*	9,4*
ОГ2, n=33	66,7*	15,2°●	0●	0
швидка втомлюваність				
ГП, n=47	74,5	42,6°	6,4	0
ОГ1, n=32	93,8*	78,1*°	31,3**	15,6*
ОГ2, n=33	87,9*	33,3°●	0●	0
ознаки слабкості МТД				
ГП, n=47	66	38,3°	12,8	6,4
ОГ1, n=32	62,5	40,3*°	18,8	9,4
ОГ2, n=33	63,6	18,2*°●	6,06*●	0*

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Опитування жінок показало, що вже наприкінці ППП, незалежно від типу пологорозрішення, стан жінок покращився порівняно з первинним обстеженням (табл. 5.1); проте найгірший стан продемонстрували жінки після КР, які відновлювались самостійно – у цій групі виявлялась найбільша кількість жінок з порушенням фізичного та психічного стану. Через 6 місяців після пологів в групі жінок після ВП та ОГ1 визначалась незначна кількість скарг на пригнічений настрій, зниження працездатності, у той же час було відмічено прискорення темпів відновлення жінок з ОГ2 порівняно з представницями КГ та ОГ1. До кінця першого року після пологів скарги жінок були поодинокими, в групі ОГ2 їх фактично не виявлялось.

Динамічне спостереження за жінками показало, що у ГП та ОГ1, представниці яких відновлювались самостійно, кількість жінок з психоемоційним пригніченням до кінця пізнього післяпологового періоду зменшилась, що проявилось у зниженні середнього балу за EPDS, продовжуючи нормалізовуватись упродовж року після пологів. Проте найкращий результат під час всіх контрольних обстежень виявили жінки ОГ2, що можна пов'язати із найкращим самопочуттям внаслідок застосування програми ФТ, а також безпосереднім позитивним впливом фізичних вправ на зменшення суб'єктивного фізичного дискомфорту та психоемоційний стан.

Таблиця 5.2

**Динаміка розподілу структури відповідей та значень EPDS у жінок у ПП
(M±SD)**

EPDS, бали	1-ше обстеження	ППП	6 міс	12 міс
ГП, n=47	8,13±0,59	6,40±0,34°	6,19±0,33	4,81±0,26°
ОГ1, n=32	8,56±0,65	7,16±0,33*°	6,41±0,27°	5,56±0,33*°
ОГ2, n=33	7,48±0,52	5,58±0,34*°●	4,85±0,27*°●	3,28±0,22*°●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Упродовж року після пологів у жінок відбувалось покращення якості життя, що встановлено за опитувальником SF-36. При цьому найшвидший та найінтенсивніший приріст фізичної складової здоров'я переважно відбувався у період між раннім та пізнім післяпологовим періодами, потім дещо сповільнюючись.

До моменту повторного обстеження у ППП у жінок ОГ2 вже виявились переваги розробленої програми ФТ: вони досягли за фізичним функціонуванням рівня жінок ГП та повторювали цю тенденцію впродовж всіх опитувань. Водночас у жінок ОГ1, хоча й спостерігалось покращення стану впродовж року, однак його темп був значно повільніше, а результати проміжних та кінцевого досліджень – статистично значуще гіршими, ніж ГП та ОГ2 ($p < 0,05$) (рис. 5.1).

При ВП фізичне функціонування покращувалось лінійно (внаслідок поступового відновлення взаємопов'язаних фізичного та гормонального станів, зміни життєвого стереотипу внаслідок народження дитини та її розвитку), досягаючи максимальних показників через рік спостереження.

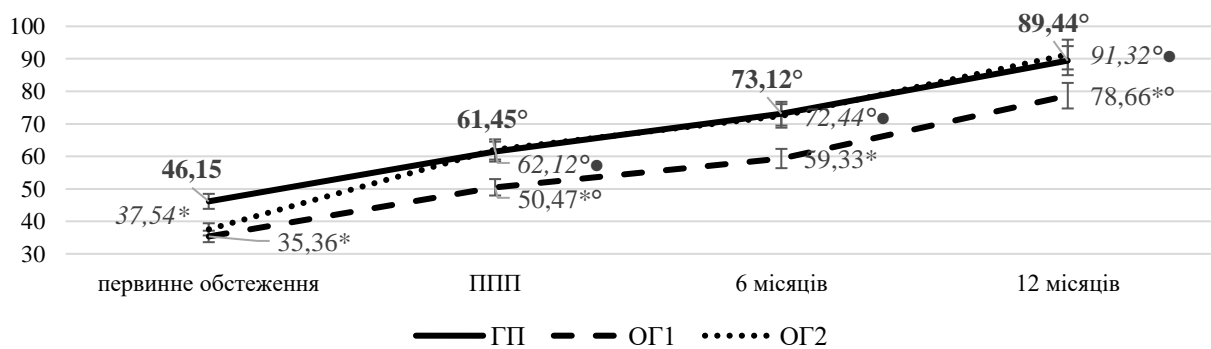


Рис. 5.1. Динаміка результатів шкали РН опитувальника SF-36 у жінок у ППП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Крива розподілу результатів субшкали RP у жінок, які перенесли ВП, засвідчила поступове відновлення їх рольового функціонування упродовж року спостереження (рис. 5.2). У групах жінок, які перенесли КР, при всіх

повторних обстеженнях результати ОГ2 за цією шкалою були статистично значуще кращими від параметрів ОГ ($p < 0,05$), а з шостого місяця зрівнялись з параметрами ГП.

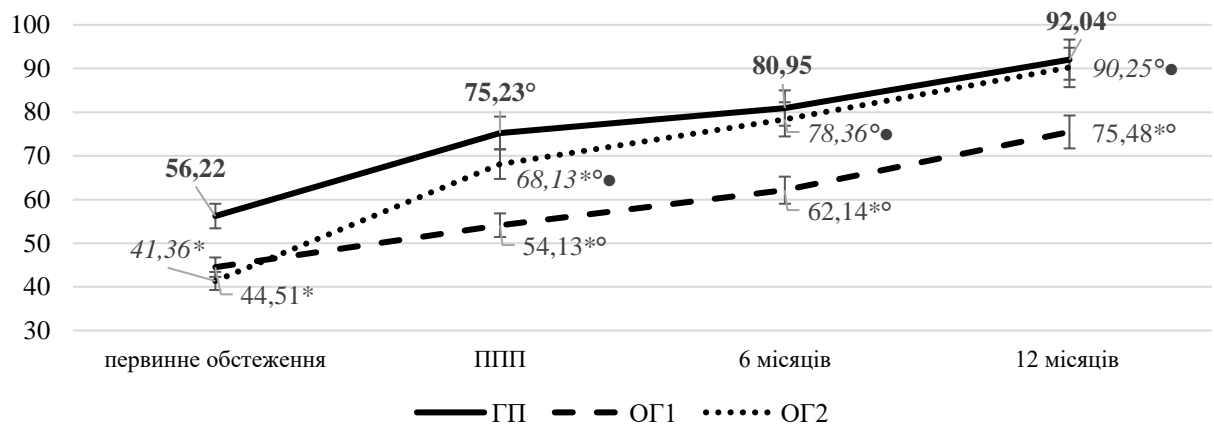


Рис. 5.2. Динаміка результатів шкали RP опитувальника SF-36 у жінок у ППП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

У ППП визначалась різниця між жінками ГП та ОГ2 у порівнянні із ОГ1, у групі яких продовжував зберігатися біль та дискомфорт ($p < 0,05$). Ця різниця поступово згладжувалась; через рік спостереження різниці між групами жінок не спостерігалось ($p > 0,05$)

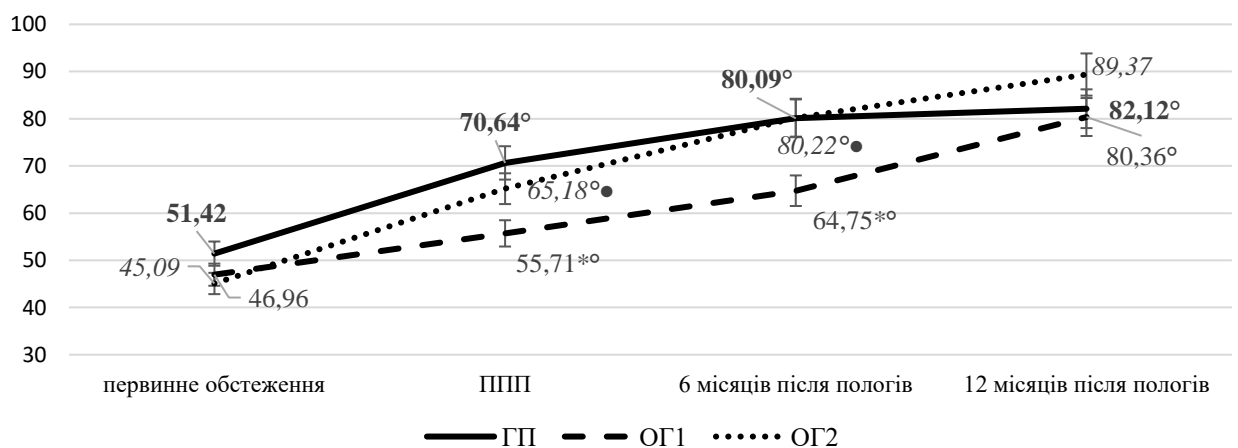


Рис. 5.3. Динаміка результатів шкали ВР опитувальника SF-36 у жінок у ППП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

При самооцінці загального стану свого здоров'я в поточний момент та перспектив відновлення за шкалою GH жінки ГП показали задовільний вихідний результат та швидкий впевнений приріст вже в ППП (рис. 5.4). Жінки після КР значно відставали за вихідним результатом ($p<0,05$); при повторному дослідженні тільки представниці ОГ2 наблизились до ГП і далі від них не відставали ($p<0,05$), у той час як в ОГ1 відновлення було значно повільнішим.

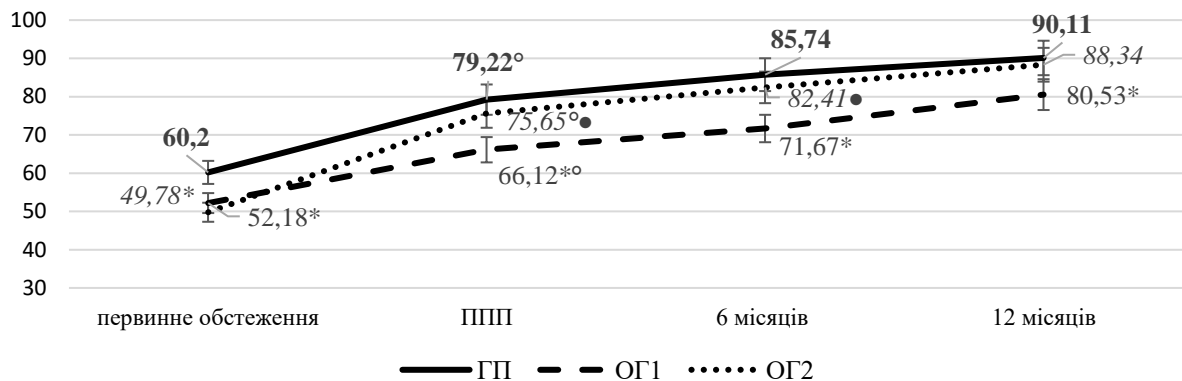


Рис. 5.4. Динаміка результатів шкали GH опитувальника SF-36 у жінок у ППП після ВП та КР (* – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2)

До кінця пізнього ППП стан жінок ГП та ОГ2 за шкалою VT почав покращуватися ($p<0,05$), ця тенденція зберігалася до кінця спостереження.

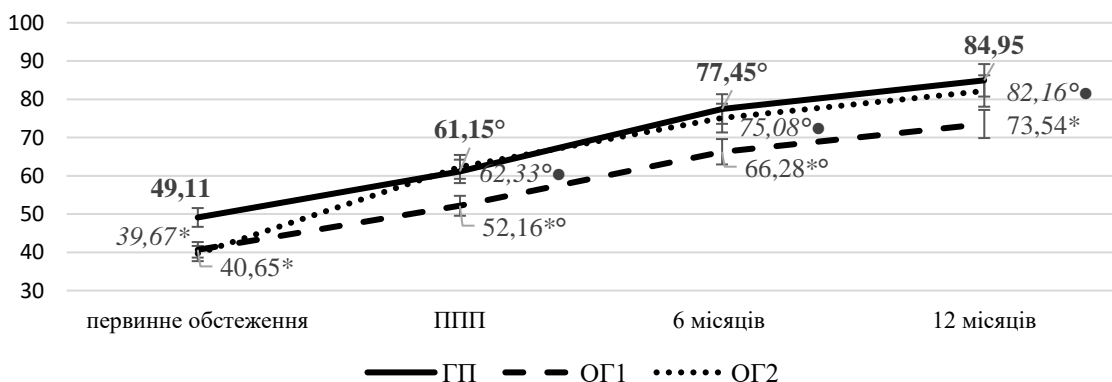


Рис. 5.5. Динаміка результатів шкали VT опитувальника SF-36 у жінок у ППП після ВП та КР (* – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p<0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Стан представниць ОГ1 хоча і теж постійно покращувався, проте при жодному контрольному спостереженні не досяг рівнів жінок ГП та ОГ2

Результати шкали SF упродовж спостереження покращувався і через рік після пологів досяг високого рівня, не відрізняючись між собою при різних шляхах пологорозрішення ($p > 0,05$ між представницями всіх груп) (рис. 5.6).

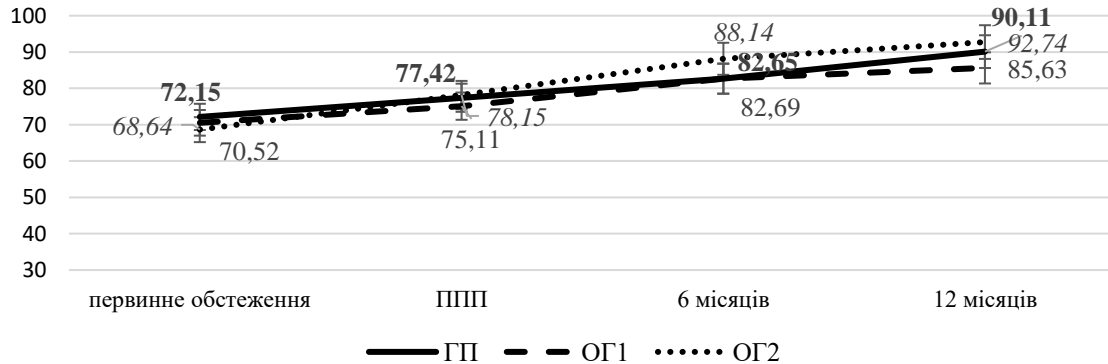


Рис. 5.6. Динаміка результатів шкали SF опитувальника SF-36 у жінок у ППІ після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2)

Покращення психоемоційного стану в жінок ГП та ОГ2 відбувалось повільно, але поступально (рис. 5.7).

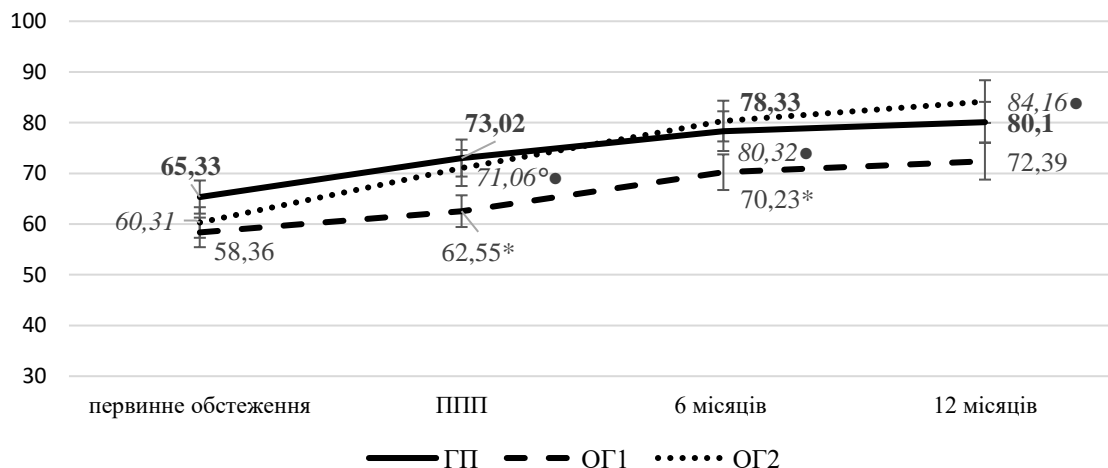


Рис. 5.7. Динаміка результатів шкали RE опитувальника SF-36 у жінок у ППІ після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

У той час як у жінок ГП1 психоемоційне відновлення перебігало повільніше, не досягаючи параметрів інших груп (що перекликається за опитуванням за EPDS). Це свідчить про додаткову потребу у проведенні психоемоційної корекції жінок та залученні елементів психокорекції до програм відновлення їх здоров'я

До кінця ППП психоемоційний стан жінок ГП та ОГ2 покращився, у той час як параметри ОГ1 були статистично гіршими ($p < 0,05$), зрівнялися тільки на 6 місяці (рис. 5.8).

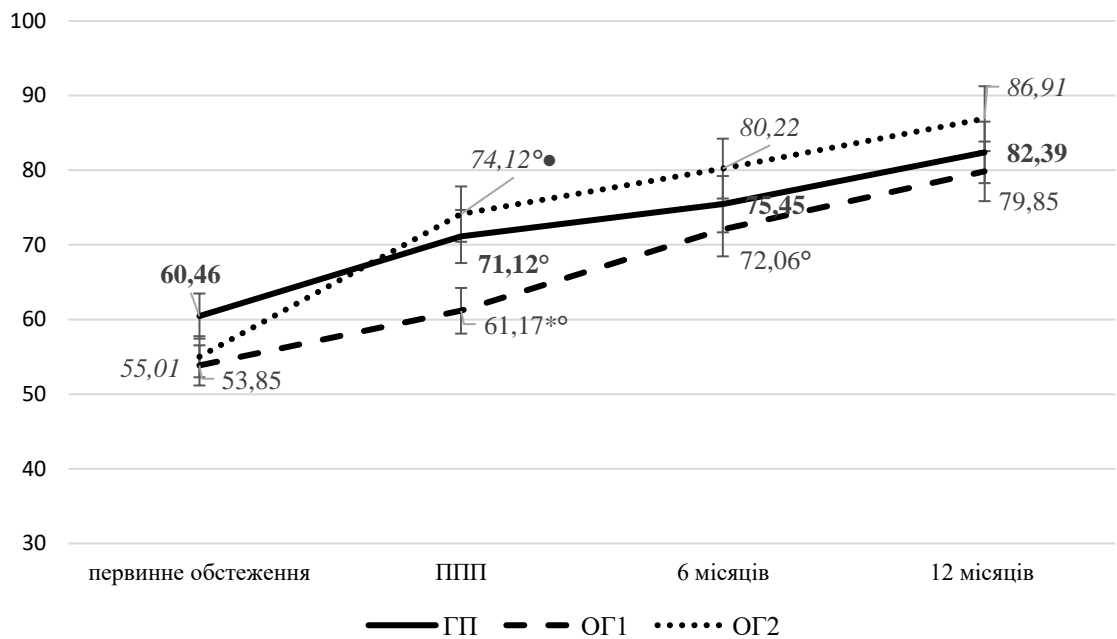


Рис. 5.8. Динаміка результатів шкали МН опитувальника SF-36 у жінок у ПП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

5.2. Динаміка результатів визначення ознак дорсопатії

Аналізуючи динаміку розповсюдженості дорсалгії упродовж року після пологів можна визначити, що під час усіх обстежень були виявлені жінки з її ознаками. Найчастіше вони визначались групі ОГ1, які відновлювались після КР самостійно. Водночас застосування програми ФТ призвело до швидкого та вираженого ефекту зменшення поширеності болю серед жінок ОГ2.

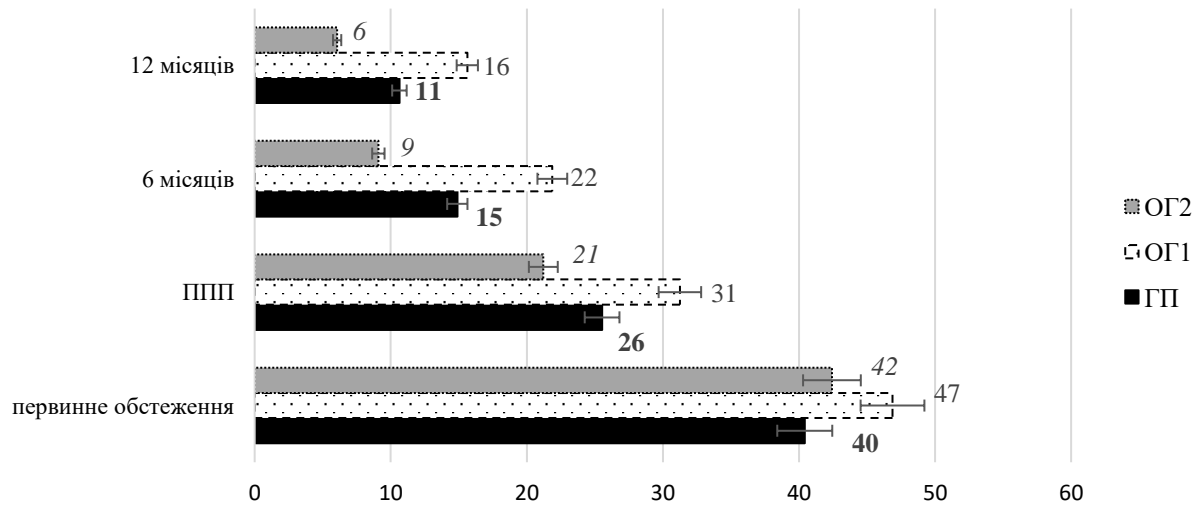


Рис. 5.9. Частота виявлення симптомів дорсалгій у жінок (у %) у ПП після ВП та КР.

При другому дослідженні середній рівень болю зберігався тільки у жінок ОГ1; представниці ГП та ОГ2 характеризували його як незначний. Аналіз динаміки інтенсивності болю у спині виявив, що жінки ОГ1 досягли незначного рівня болю тільки через 6 міс після пологів. Представниці ОГ2 при другому та третьому дослідженнях виявили статистично значуще менший рівень дорсалгії у порівнянні із жінками інших груп ($p < 0,05$) (рис. 5.10).

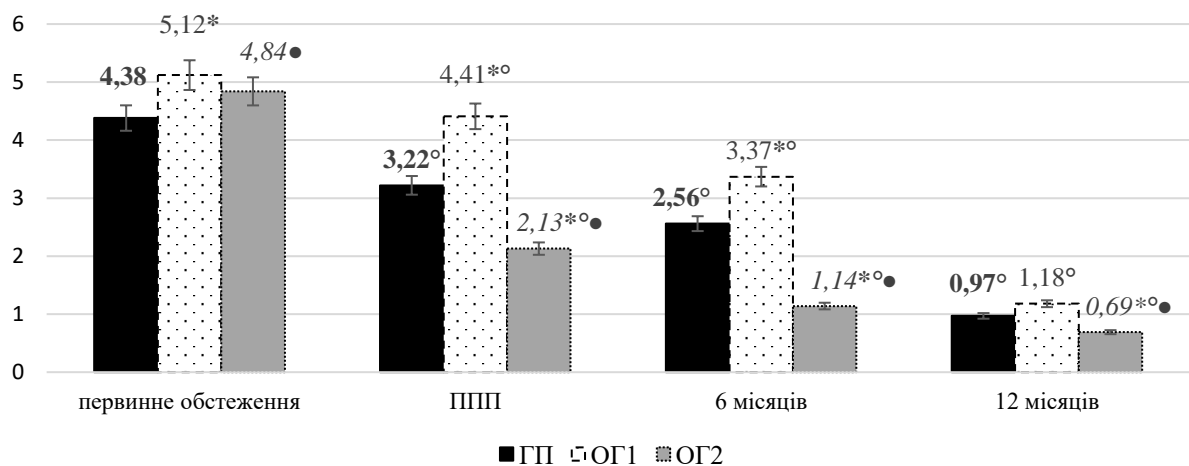


Рис. 5.10. Динаміка результатів визначення інтенсивності дорсалгії за ВАШ (бали) у жінок у ПП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Аналіз динаміки проб щодо визначення рухомості хребта показав такий результат (табл. 5.3). Жінки ГП змогли швидше досягнути показників коридору норми за пробами Отта та Шобера – вже наприкінці пізнього післяпологового періоду. Жінкам ОГ2 вдалося нормалізувати рухливість хребта да зрівнятися з показниками ГП через 6 міс. після пологів, представницям ОГ1 – через рік.

Таблиця 5.3

Динаміка результатів проб для визначення гнучкості хребта жінок у ІІІ після ВП та КР (M±SD)

Проби для визначення гнучкості хребта, см	ІІІІ	6 місяців	12 місяців
Отта			
ГП (n=47)	4,04±0,15	5,12±0,09°	5,26±0,12
ОГ1 (n=32)	3,17±0,13*	4,89±0,09*°	5,11±0,13
ОГ2 (n=33)	3,85±0,12*●	5,18±0,07°●	5,43±0,09°●
Шобера			
ГП (n=47)	6,31±0,22	6,70±0,15	6,91±0,10
ОГ1 (n=32)	5,19±0,12*	6,03±0,18*°	6,58±0,15*°
ОГ2 (n=33)	5,39±0,08*	6,82±0,13°●	7,32±0,13°●
Томайєра			
ГП (n=47)	5,23±0,07	2,05±0,14°	0,16±0,05°
ОГ1 (n=32)	8,13±0,22*	4,16±0,13*°	1,26±0,07*°
ОГ2 (n=33)	5,09±0,11●	1,63±0,09*°●	0,09±0,03°●
Седіна			
Нахил вперед			
ГП (n=47)	6,24±0,16°	7,01±0,26°	7,15±0,12
ОГ1 (n=32)	5,25±0,09*	6,14±0,11*°	7,02±0,16°
ОГ2 (n=33)	6,12±0,15●	7,13±0,20°●	7,68±0,11*●
Нахил назад			
ГП (n=47)	4,30±0,15	5,05±0,23°	5,36±0,26
ОГ1 (n=32)	3,46±0,19*	4,42±0,33*°	5,17±0,09°
ОГ2 (n=33)	3,92±0,11*°●	5,10±0,18°●	5,62±0,17°●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Крім того, за абсолютним цифровим результатом наприкінці дослідження результати всіх проб у жінок ОГ2 були статистично значуще кращими, ніж у жінок ОГ1, а за пробою Шобера та нахилом вперед при виконанні проби Седіна – у жінок ГП ($p < 0,05$).

Впровадження розробленої програми ФТ, насамперед – функціонального тренування, адаптованого до рухів по догляду за дитиною, виявило швидкий статистично значуще кращий ($p < 0,05$) у порівнянні із ГП та ОГ1 ефект у жінок ОГ2 вже при другому обстеженні на показники обмеження життєдіяльності, зберігаючи його при наступних контрольних замірах. Через рік спостереження в осіб усіх груп виявлено поодинокі ознаки дорсопатій за RMDQ на рівні, який не досягав клінічної значущості, але їх кількісні характеристики в осіб ОГ2 були статистично значуще кращими, ніж у осіб ГП та ОГ1 ($p < 0,05$) (рис. 5.11).

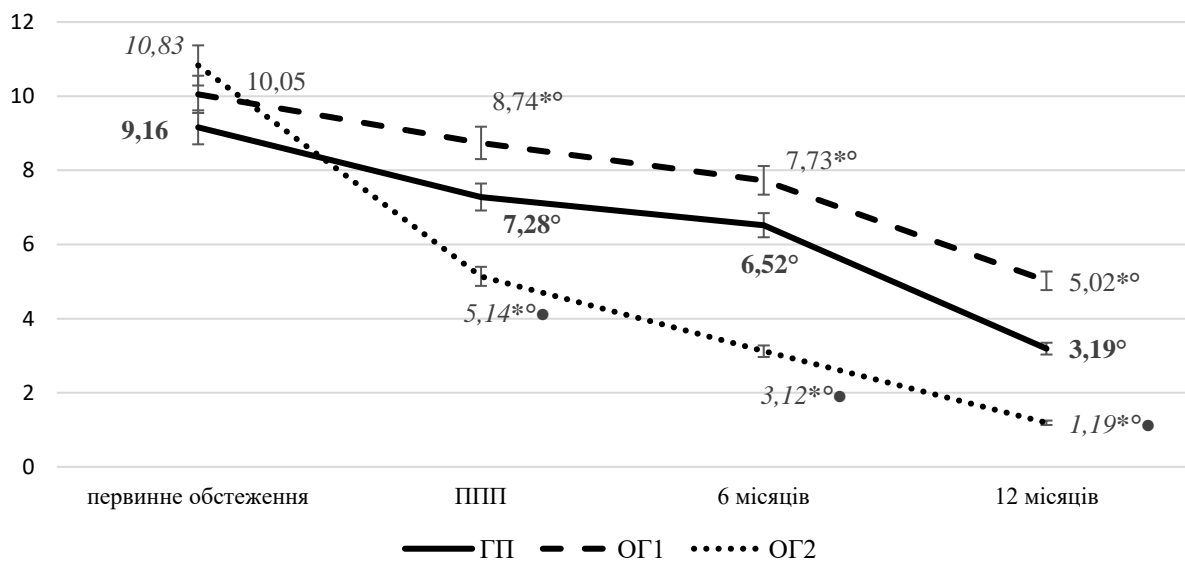


Рис. 5.11. Динаміка результатів опитування за RMDQ (кількість позитивних відповідей) у жінок з дорсалгіями у ПП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; • – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

За результатами РМІ при другому обстеженні параметри жінок ГП та ОГ2 статистично значуще не відрізнялись між собою, а під час третього та

четвертого обстежень показники ОГ2 були кращими параметрів ГП та ОГ1 ($p < 0,05$) (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Динаміка результатів РМІ жінок у ІІІ після ВП та КР (M±SD)

Шкала РМІ, трансформовані бали	Первинне обстеження	ІІІІ	6 міс.	12 міс.
щоденна домашня мобільність				
ГП (n=47)	67,23±5,18	45,16±4,62°	15,36±2,13°	6,35±0,69°
ОГ1 (n=32)	82,61±5,09*	59,09±5,11*°	28,14±3,50*°	10,48±1,12*°
ОГ2 (n=33)	73,15±2,67●	40,16±3,51°●	10,39±1,21*°●	4,48±0,56*°●
побутова активність				
ГП (n=47)	60,16±5,25	38,67±2,29°	11,28±2,15°	5,12±0,39°
ОГ1 (n=32)	74,39±4,18*	49,55±5,21*°	21,16±3,22*°	8,77±0,48*°
ОГ2 (n=33)	65,18±3,04●	35,48±3,82°●	7,42±1,31*°●	2,42±0,12*°●
непобутова (зовнішня) активність				
ГП (n=47)	52,11±4,15	31,36±3,48°	15,78±1,46°	7,16±0,63°
ОГ1 (n=32)	67,16±4,27*	47,37±4,25*°	29,11±2,12*°	10,56±0,82*°
ОГ2 (n=33)	62,27±3,16*	29,18±3,56°●	8,25±0,69*°●	4,09±0,16*°●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

5.3 Динаміка результатів визначення ознак дисфункції м'язів тазового дна

Загальний аналіз динаміки отриманих у процесі обстеження жінок результатів характеризував перебіг фізіологічного відновлення тканин тазового дна в усіх групах дослідження та корегуючий вплив на них фізіотерапевтичного втручання у представниць ОГ2.

Обстеження, проведене через 6 місяців після пологорозрішення, виявило, що в ГП та ОГ2 відбулось статистично значуще покращення тонусу відносно попереднього показника ($p < 0,05$). У порівнянні із першим

обстеженням приріст показників в ГП становив 26,8%, ОГ1 – 3,0%, ОГ2 – 5,1%. Це продемонструвало, з одного боку, темпи природної регенерації тканин тазового дна (у жінок ГП та ОГ1) та ефективність застосованих засобів фізичної терапії (у представниць ОГ2, результати яких були кращими, ніж в інших групах, $p < 0,05$). Величина досліджуваного параметру в ГП була статистично значуще меншою ($p < 0,05$), ніж ОГ1 та ОГ2 (що асоціюється з найнижчим тонусом при первинному обстеженні) (рис. 5.12).

Динаміка віддалених результатів показала, що через 12 міс після пологів показники тонузу МТД в ГП не досягли рівня показників жінок, які перенесли КР ($p < 0,05$), виявлено сповільнення темпу відновлення у порівнянні із першим півріччям ПП. Параметри ОГ2 були найкращими серед всіх груп жінок ($p < 0,05$ відносно КГ, ОГ1), що засвідчує переваги створеної програми фізичної терапії. Покращення досліджуваного показника відносно першого обстеження в ГП становило 32,4%, ОГ1 – 9,7%, ОГ2 – 15,0%.

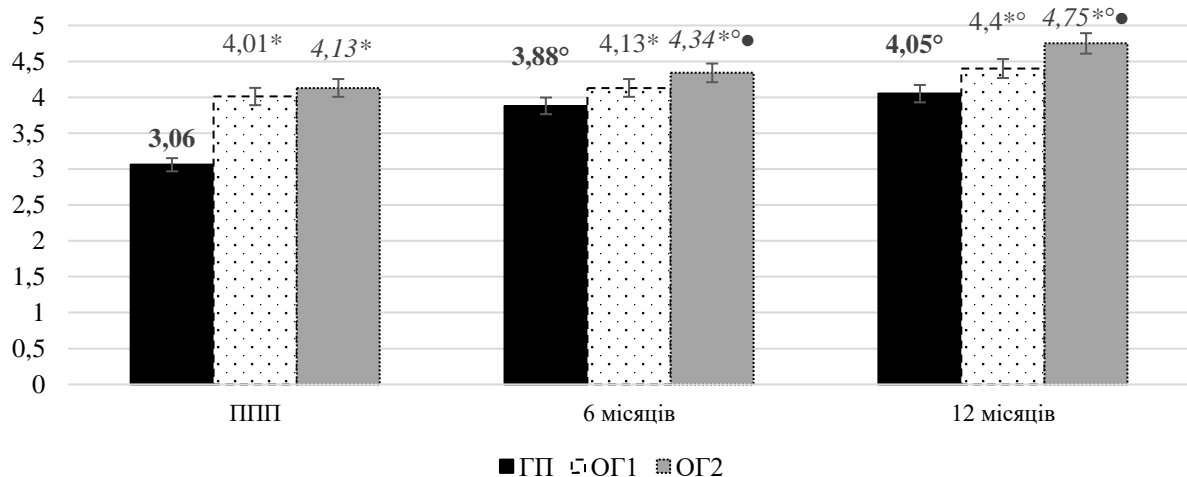


Рис. 5.12. Динаміка параметрів тонузу mm. levator ani у жінок у ПП після ВП та КР за MOS, бали (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; • – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

При повторному обстеженні через 6 місяців у жінок КГ сила м'язів промежини покращилась на 12,4%, демонструючи динаміку фізіологічного відновлення тканин після вагінальних пологів, досягнувши верхніх цифрових

значень рівня помірної сили. В ОГ1 приріст сили становив 8,5%, ОГ2 – 5,9% (будучи за цифровим рівнем статистично значуще кращим за КГ, $p < 0,05$), тримаючись на рівні хорошої сили (рис. 5.13).

Під час обстеження через 1 рік після пологів жінки ГП за цифровим значенням результату перінеометрії досягли нижньої межі хорошої сили м'язів промежини, покращивши свій результат відносно вихідного показника на 21,7%, значуще не відрізняючись між жінок ОГ1 ($p > 0,05$). Параметри ОГ1 покращились на 15,5%, ОГ2 – на 16,5% (було досягнуто рівня сильного скорочення м'язів промежини та статистично значущого покращення відносно результатів КГ та ОГ1, $p < 0,05$; цифрові показники показали перевагу програми, застосованої від початку раннього ПП).

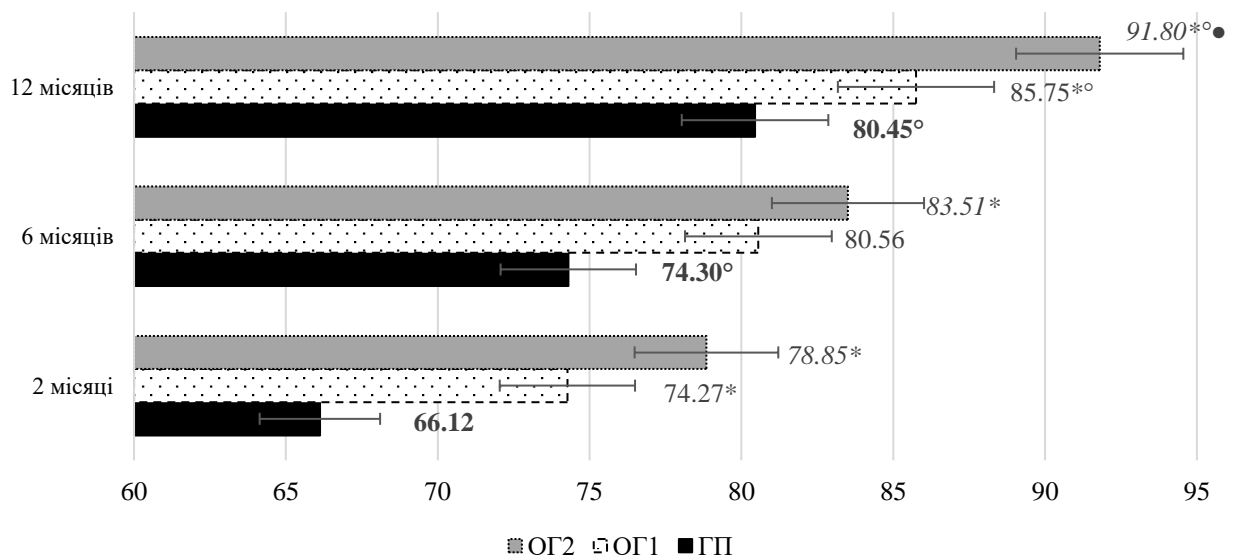


Рис. 5.13. Динаміка параметрів сили м'язів промежини у жінок у ПП після ВП та КР за результатами перінеометрії під впливом ФТ, мм рт.ст. (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; [°] – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; [●] – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Через 6 місяців після пологів жінки ГП за підшкалами POPDI-6 та CRADI-8 досягли параметрів ОГ1, відстаючи від них за рівнем UDI-6. Збереженою була перевага відносно інших груп у жінок ОГ2 ($p < 0,05$).

Через рік після пологів жінки, які народжували вагінально, та ті, які відновлювались самостійно після КР, зрівнялися між собою за поширеністю та вираженістю суб'єктивних ознак PFD. Представниці ОГ2 виявили найкращий результат за всіма підшкалами PFDI-20 ($p < 0,05$) – у цій групі були виявлені тільки поодинокі симптоми порушень. Сумарне за всіма компонентами PFDI-20 покращення стану через 6 місяців після пологів у ГП становило 40,1%, ОГ1 – 39,6%, ОГ2 – 66,5%; через 12 місяців – відповідно – 86,7%, 85,8%, 90,4%.

Таблиця 5.5

Динаміка результатів анкетування за PFDI-20 у жінок у ГП після ВП та КР (M±SD)

Блоки запитань, середній бал	ГП(n=47)			ОГ1 (n=32)			ОГ2 (n=33)		
	ППП	6 міс	12 міс	ППП	6 міс	12 міс	ППП	6 міс	12 міс
POPDI-6	1,16± 0,11	0,63± 0,05°	0,13± 0,06°	0,85± 0,05*	0,58± 0,06°	0,11± 0,03°	0,72± 0,04*●	0,24± 0,05*●°	0,05± 0,02*●°
CRADI-8	0,93± 0,05	0,60± 0,10°	0,11± 0,05°	1,04± 0,03*	0,56± 0,07°	0,14± 0,06°	0,62± 0,06*●	0,20± 0,05*●°	0,07± 0,04*●°
UDI-6	1,33± 0,09	0,85± 0,08°	0,22± 0,07°	1,17± 0,06*	0,69± 0,05*°	0,19± 0,04°	1,04± 0,05*●	0,36± 0,04*●°	0,10± 0,03*●°
Total	3,47± 0,13	2,08± 0,15°	0,46± 0,09°	3,03± 0,10*	1,83± 0,12*°	0,43± 0,08°	2,39± 0,09*●	0,80± 0,09*●°	0,23± 0,05*●°

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

При повторному обстеженні фізіологічне відновлення зменшило прояви м'язової дисфункції тазового дна, жінки КГ та ОГ1 зазначали їх однаковий вплив на різні аспекти свого життя ($p > 0,05$), що зберігалось і під час кінцевого обстеження. Представниці ОГ2 зберігали перевагу також при цьому обстеженні та через рік після пологів за всіма підшкалами PFIQ-7. Сумарне за всіма компонентами PFIQ-7 покращення стану через 6 міс. після пологів у КГ

становило 38,5%, ОГ1 – 32,1%, ОГ2 – 64,2%; через 12 місяців – відповідно – 70,6%, 65,7%, 90,9%.

Таблиця 5.6

Динаміка результатів анкетування за PFIQ-7 у жінок у ПП після ВП та КР (M±SD)

Блоки запитань, середній бал	ГП (n=47)			ОГ1 (n=32)			ОГ2 (n=33)		
	ППП	6 міс	12 міс	ППП	6 міс	12 міс	ППП	6 міс	12 міс
UIQ-7	1,52± 0,07	0,99± 0,08°	0,37± 0,05°	1,37± 0,06*	1,04± 0,05°	0,41± 0,05°	1,22± 0,06*●	0,48± 0,03*°●	0,08± 0,02*°●
CARDI-7	1,76± 0,06	1,03± 0,06°	0,61± 0,07°	1,61± 0,05*	0,95± 0,07°	0,57± 0,05°	1,49± 0,05*●	0,52± 0,05*°●	0,15± 0,03*°●
POPIQ-7	1,46± 0,10	0,89± 0,11°	0,41± 0,05°	1,24± 0,05*	0,86± 0,08°	0,46± 0,07°	1,14± 0,03*●	0,38± 0,04*°●	0,12± 0,05*°●
Total	4,73± 0,12	2,91± 0,12°	1,39± 0,12°	4,2± 0,11*	2,85± 0,11°	1,44± 0,11°	3,86± 0,08*●	1,38± 0,09*°●	0,35± 0,08*°●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

При обстеженні, проведеному через 6 місяців після пологів, жінки ГП хоч і покращили свій результат за FSFI-19 (20,5% відносно першого обстеження), проте у цифровому значенні не досягли параметрів ОГ1 (покращили результат на 17,2%) та ОГ2 (приріст становив 22,2%, був статистично значуще кращим, ніж у інших груп жінок, $p < 0,05$) (рис. 5.14).

Результати віддаленого періоду після пологів (12 місяців) загалом характеризувався збереженням тенденції до покращення статевої функції: приріст відносно першого обстеження у жінок ГП становив 62,4%, ОГ1 – 25%, ОГ2 – 33,2%. При цьому знову підтверджено ефективність застосування засобів фізичної терапії, оскільки саме у жінок ОГ2 спостерігався найкращий результат серед усіх груп ($p < 0,05$ відносно ГП, ОГ2).

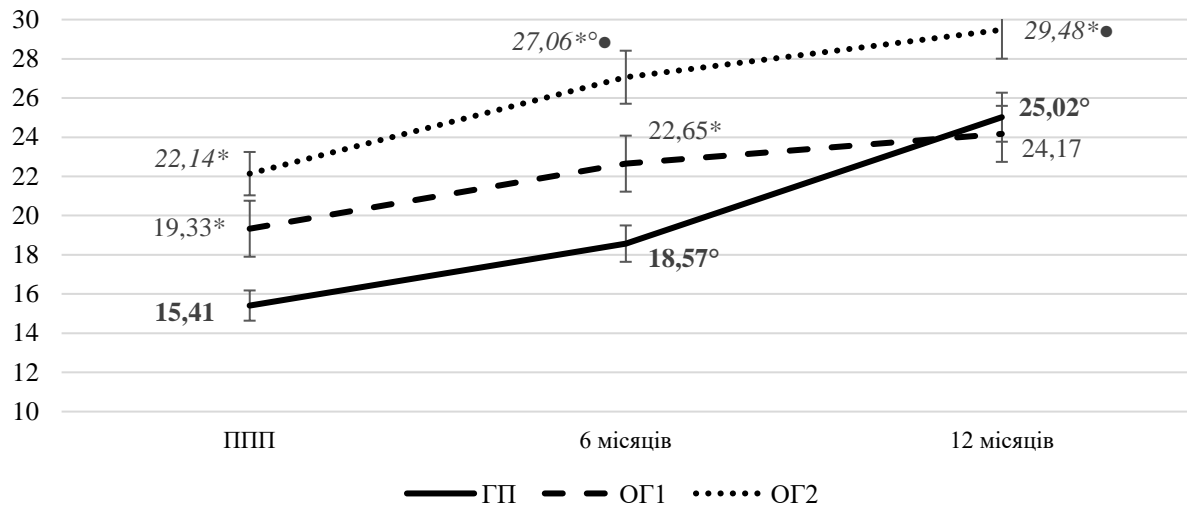


Рис. 5.14 Динаміка параметрів оцінювання сексуальної функції у жінок у ПП після ВП та КР за FSFI-19, бали (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; • – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2)

5.4. Динаміка результатів визначення показників фізичного статусу

Фізична працездатність є відображає стан життєдіяльності людини, що має у своїй основі рух та виявляється у різних формах м'язової активності; залежить від здатності та готовності людини до фізичної праці та визначається особливостями її фізіологічних механізмів та закономірностей. Ця якість є визначальною у багатьох видах виробничої та побутової діяльності, необхідних у повсякденному житті, і відбиває стан фізичного розвитку та здоров'я людини, у жінок у післяпологовому періоді напряму визначає повноцінність взаємодії з новонародженою дитиною.

Аналіз абсолютних цифр, отриманих при статистичній обробці отриманих результатів, виявив такий результат. У всіх групах обстежених жінок, незалежно від проведення відновних втручань, упродовж періоду спостереження відбувалось поступове покращення результатів всіх тестових рухів. Жінки ГП, які не мали післяопераційного рубця та обмеження внаслідок цього рухової активності, при первинному обстеженні мали переваги перед

жінками ОГ1, які не проходили відновного втручання, за тестами «Глибоке присідання» та «Лінійний випад» ($p < 0,05$) (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Динаміка параметрів FMS жінок у ПП після ПР та КР (M±SD)

ГП (n=47)			ОГ1 (n=32)			ОГ2 (n=33)		
ППП	6 міс	12 міс	ППП	6 міс	12 міс	ППП	6 міс	12 міс
глибоке присідання								
1,47± 0,12	1,94± 0,11°	2,19± 0,09°	1,16± 0,13*	1,66± 0,14*°	2,03± 0,12°	1,52± 0,12●	1,94± 0,13°●	2,42± 0,10*°●
крок через бар'єр								
2,02± 0,11	2,21± 0,10	2,45± 0,08°	1,84± 0,13	2,13± 0,12°	2,34± 0,10	2,15± 0,11	2,42± 0,09°●	2,82± 0,07*°●
лінійний випад								
1,72± 0,11	2,04± 0,10°	2,21± 0,10	1,34± 0,13*	1,72± 0,11*°	2,06± 0,11°	1,73± 0,11●	2,03± 0,12°●	2,48± 0,09*°●
мобільність плечей								
1,77± 0,12	2,06± 0,10°	2,32± 0,09°	1,69± 0,12	1,97± 0,10°	2,25± 0,10	1,88± 0,11	2,27± 0,11°●	2,58± 0,09*°●
активне піднімання прямої ноги								
1,55± 0,12	2,19± 0,09°	2,47± 0,07°	1,50± 0,12	1,91± 0,11*°	2,28± 0,11*°	1,76± 0,10●	2,36± 0,08°●	2,76± 0,07*°●
стабільність тулуба при розгинанні рук								
1,55± 0,12	2,09± 0,11°	2,49± 0,07°	1,63± 0,12	1,94± 0,12°	2,41± 0,11°	1,91± 0,12*●	2,45± 0,09*°●	2,67± 0,08*°●
колова стабільність								
1,68± 0,12	1,96± 0,11°	2,36± 0,08°	1,59± 0,14	1,94± 0,12°	2,22± 0,11°	1,85± 0,13	2,27± 0,10*°●	2,61± 0,09*°●

Примітки: * – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ;

° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження;

● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2.

Раннє застосування (з раннього ПП) програми фізичної терапії з акцентом на функціональне тренування з урахуванням специфіки рухового обмеження після КР у жінок ОГ2 виявило позитивні зміни вже при первинному обстеженні: вони продемонстрували кращий результат за тестами

«Крок через бар'єр», «Активне піднімання прямої ноги», «Стабільність тулуба при розгинанні рук» у порівнянні із жінками ОГ1 ($p < 0,05$).

Через 6 місяців після пологів у всіх групах обстежених жінок відбулось статистично значуще покращення параметрів тестів FMS відносно вихідних даних. Проте в ОГ1 воно відбувалось найповільніше: результати тестів «Глибоке присідання», «Лінійний випад», «Активне піднімання прямої ноги» були статистично значуще гіршими за параметри ГП ($p < 0,05$). Під час цього контролю у жінок ОГ2 результати вправ «Стабільність тулуба при розгинанні рук» та «Колова стабільність» були кращими за ГП ($p < 0,05$), всіх тестів FMS – кращими в ОГ1 ($p < 0,05$).

Через 1 рік спостереження при оцінці рухової дієздатності всіх груп жінок встановлено, що у ГП не було статистично значущого приросту відносно попереднього результату (6 місяців після пологів) за тестом «Лінійний випад», а у ОГ1 – за тестами «Крок через бар'єр», «Мобільність плечей» ($p > 0,05$). У той же час результати ОГ2 були статистично значуще кращими за всіма тестами відносно параметрів ОГ1 та ГП ($p < 0,05$), що стверджує ефективність розробленої програми та демонструє потребу в активному відновленні стану здоров'я жінок після пологів.

Динаміка покращення результатів упродовж періоду спостереження у всіх групах жінок зумовлена зменшенням частки представниць з незадовільним результатом або невиконанням тесту та збільшенням частки жінок із середнім та високим результатом. Через 12 міс після пологів серед жінок ОГ2 фактично не виявлялось жінок з незадовільним результатом виконання тесту, що і обґрунтовувало їх найкращий результат серед всіх груп.

Через 6 місяців після пологів результат PWC_{170} представниць ОГ1 досяг рівня нижче середнього, ГП та ОГ2 – середнього (з статистично значущою перевагою жінок, які займалися за розробленою програмою ФТ) (рис. 5.15).

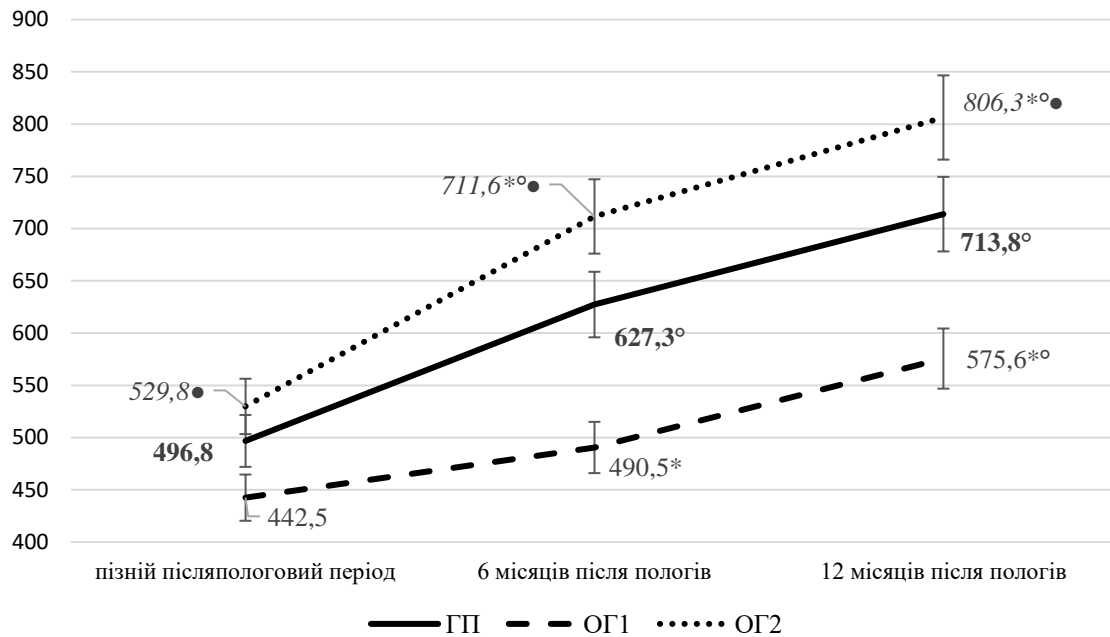


Рис. 5.15. Динаміка фізичної працездатності за PWC_{170} (кгм/хв) у жінок у післяпологовому періоді після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Через рік після пологів жінки, які відновлювались самостійно після ВП та КР, характеризувались середнім рівнем працездатності (з найнижчим цифровим виразом у представниць ОГ1). Жінки ОГ2 під впливом розроблених заходів виявляли найкращий показник працездатності за PWC_{170} – на рівні вище середнього.

Через 6 місяців після пологів показники МСК всіх груп визначались на середньому рівні, зі статистично значущою перевагою представниць ОГ2 (рис. 5.16). Тільки жінки цієї групи через рік після пологів під впливом фізичної терапії змогли покращити результат МСК до високого рівня, на відміну від представниць інших груп, де результати залишились на середньому рівні.

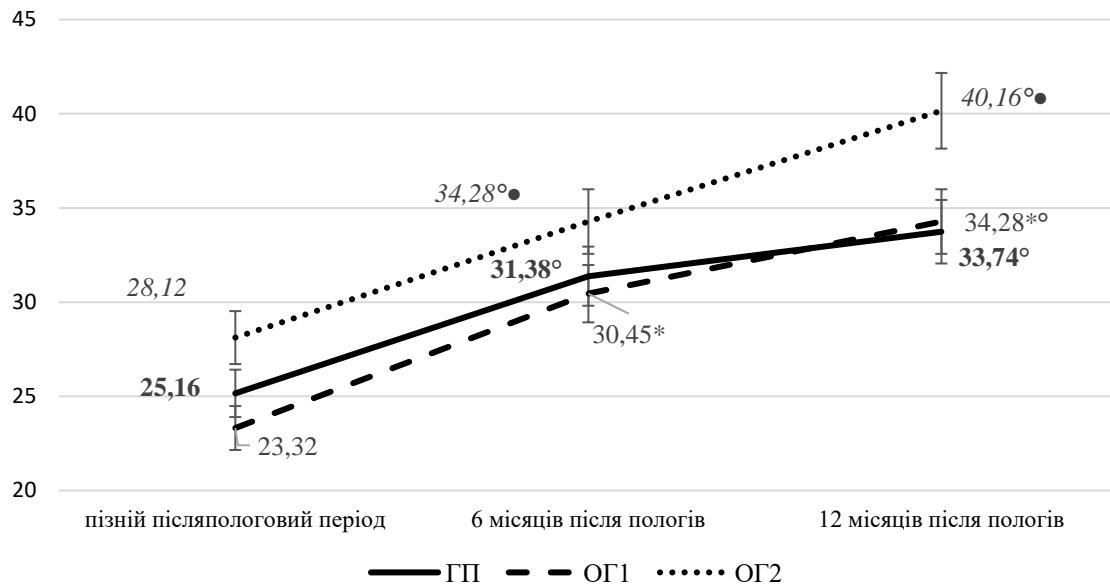


Рис. 5.16. Динаміка МСК (кгм/хв) у жінок у ПП після ВП та КР (* – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; ● – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

Застосування комплексної програми фізичної терапії призвело до статистично значущого покращення досліджуваних показників та дало можливість зробити наступні висновки.

ВИСНОВКИ

1. Чітко намічена в усьому світі тенденція до подальшого збільшення частоти кількості пологів шляхом кесаревого розтину призводить до того, що проблеми реабілітації жінок після їх оперативного розродження набувають важливого медичного і соціального значення. Оскільки кесарів розтин є серйозною операцією на органах черевної порожнини, то процес реабілітації породіллі стає відповідно складнішим, ніж при нормальних вагінальних пологах, що зумовлює актуальність вирішення проблем їх післяпологового відновлення.
2. Післяпологовий період у жінок, незалежно від виду пологорозрішення, характеризувався наявністю скарг, пов'язаних із фізичними обмеженнями рухів внаслідок слабкості, больових відчуттів, пригніченням психоемоційного стану, причому, за виключенням ознак слабкості м'язів тазового дна, всі інші були більш вираженими у жінок після КР. Психоемоційний стан жінок усіх груп характеризувався пригніченням за результатами анкетування за Edinburgh Postnatal Depression Scale, що свідчило про ризик виникнення післяпологової депресії. Погіршення якості життя після пологів, визначене за опитувальником SF-36, характеризувало її стан як низький; жінки, які перенесли кесарів розтин, за шкалами Physical health, Role-Physical, General Health, Vitality виявили гірший результат, ніж ті, які перенесли вагінальні пологи. У пізньому післяпологовому періоді спостерігалися ознаки дорсопатій, які у більшості жінок визначались ще в період вагітності. Інтенсивність дорсалгії за візуальною аналоговою шкалою була помірною, на її фоні (а також внаслідок незавершених перебудов у стані організму, наявності рубця) проявлялось обмеження гнучкості хребта, визначене за пробами Отта, Шобера, Томайєра, Седіна. Ознаки дорсопатії обмежували життєдіяльність жінок (за результатами Roland-Morris Disability Questionnaire), їх щоденну домашню мобільність, побутову та непобутову активність (за Pregnancy Mobility Index). Зниження тонусу (за тонусометрією mm. levator ani) та слабкості (за перінеометрією)

м'язів тазового дна було структурним підґрунтям для ризику пролапсу тазових органів (за PFDI-20) та негативного впливу цих ознак на повсякденну активність, соціальну та емоційну сфери жінок (за PFIQ-7). Результати розпитування за FSFI-19 показали, що статева функція в жінок після пологів також була зниженою. Погіршення фізичного стану жінок у післяпологовому періоді визначено за параметрами Functional Movement Screen, які демонструють фізичні можливості з позицій їх прикладного застосування в рухах, наближених до повсякденної діяльності. Стан жінок всіх груп характеризувався зниженням фізичної працездатності (за PWC₁₇₀ та максимального споживання кисню). Виявлені на цьому етапі дослідження перераховані вище зміни організму жінок після кесаревого розтину, що відображають порушення функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я в усіх доменах МКФ, аргументували необхідність і слугували підставою для розробки комплексної програми фізичної терапії з метою корекції фізичного та психоемоційного стану жінок.

3. Представлена програма фізичної терапії жінок після КР з урахуванням наявності порушень фізичної та психоемоційної сфери, розроблена на основі результатів визначення психоемоційного стану жінок, якості їх життя, оцінки фізичного стану та фізичної працездатності, наявності ознак дорсопатії та дисфункцій м'язів тазового дна, має комплексний характер та включає наступні елементи, що є обґрунтованими з позицій фізіологічного післяпологового відновлення та особливостей стилю життя жінок у пізньому післяпологовому періоді: кінезітерапію (терапевтичні вправи різної спрямованості, функціональне тренування), масаж, ортезування черевної порожнини, кінезіологічне тейпування, навчання жінок. Комплексний характер розробленої програми фізичної терапії полягає в тому, що вона передбачає вплив на здоров'я жінок з позицій наявності змін у всіх доменах МКФ – прискорення відновлення фізіологічного післяпологового періоду на рівні «Структура і функція», покращення

виконання активностей з урахуванням наявності післяопераційного рубця та змін, зумовлених вагітністю («Активність»), покращення якості життя жінок та стану їх здоров'я з позицій материнства (догляд за дитиною) та потребою у виконанні активностей повсякденного життя та професійної діяльності.

4. Після тривалого впровадження розробленої нами програми фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді, які перенесли кесарів розтин, визначено її виразний сприятливий вплив на аналізовані показники фізичного та психічного стану організму. В усіх обстежених жінок відбувалось нормальне фізіологічне загоєння, особливості якого, проте, залежали від шляху пологорозрішення та ефективності реабілітаційного втручання. Через рік спостереження у жінок ОГ2 були відсутні скарги, які вони асоціювали з пологами, – на фізичну слабкість, психоемоційне пригнічення, фізичний дискомфорт, слабкість м'язів тазового дна. Динаміка суб'єктивного сприйняття свого стану у жінок ОГ1 зберігала певні обмеження – при їх розпитуванні через рік спостереження у них виявлялись представниці з змінами фізичного та психічного статусу. Суб'єктивний статус жінок ОГ2 відновився найшвидше серед усіх груп. Аналіз динаміки показників Edinburgh Postnatal Depression Scale показав, що психоемоційний стан жінок ОГ2 зазнав найвираженіших порівняно з іншими жінками позитивних змін вже наприкінці пізнього післяпологового періоду, продовжуючи зберігати цю тенденцію упродовж всього періоду спостереження. Динаміка шкал опитувальника SF-36 засвідчила, що апробована програма фізичної терапії виявила свою ефективність вже наприкінці пізнього післяпологового періоду – представниці ОГ2 за параметрами психічного та фізичного компонентів якості життя, рольового функціонування досягли показників жінок після вагінальних пологів, продовжуючи цю тенденцію упродовж року.
5. Динаміка ознак дорсопатій у жінок після КР продемонструвала переваги розробленої програми: представниці ОГ2 виявили найкращий серед всіх

груп жінок результат за динамікою показників гнучкості хребта (за пробами Отта, Шобера, Томайєра, Сєдіна), швидку нормалізацію показників зміненої активності внаслідок болю у хребті (за Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index). Післяпологова дисфункція м'язів тазового дна також зазнала регресу: її ознаки, які виявлялись при первинному обстеженні у всіх груп жінок, наприкінці року спостереження виявлялись у жінок КГ та ОГ1, у той час як під впливом програми фізичної терапії вони зазнали швидкого нівелювання в ОГ2 (за силою та тонусом м'язів промежини, опитувальником PFDI-20). Це зумовило зменшення їх впливу на різні аспекти життя жінок (PFIQ-7) та покращення їх статевої функції (FSFI-19). Позитивні зміни в організмі жінок асоціювались з покращенням фізичного стану: жінки ОГ2 продемонстрували найкращий результат порівняно з іншими групами за показниками Functional Movement Screen через рік спостереження, фізичну працездатність за PWC170 на рівні вище за середній, оптимальний рівень максимального споживання кисню. За результатами проведеного обстеження найгірший темп та результат післяпологового відновлення продемонстрували жінки ОГ1.

6. Проведені дослідження з вивчення ефективності довготривалої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину, апробовані на достатній кількості жінок, мають підтверджені дані та можуть слугувати підставою для практичного впровадження цієї програми у заклади та відділення реабілітації як специфічного акушерсько-гінекологічного, так і загального профілю.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Boerma T., Ronsmans C., Melesse D.Y., et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392 (10155):1341-1348. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.
2. Sandall, J., Tribe, R.M., Avery, L., et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-1357. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31930
3. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2013;28(7):1943-52. doi: 10.1093/humrep/det130.
4. Litwicka K, Greco E. Caesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;25(6):456-61. doi: 10.1097/GCO.0000000000000023.
5. Di Giovanni P, Garzarella T, Di Martino G, et al. Trend in primary caesarean delivery: a five-year experience in ABRUZZO, ITALY. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):514. doi: 10.1186/s12913-018-3332-2.
6. The Lancet. Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018;392(10155):1279. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32394-8.
7. Грищенко О.В., Грищенко М.Г., Козуб Т.О., Головіна О.В. Шляхи зниження акушерської патології за рахунок використання програми фізичної реабілітації у вагітних жінок в умовах жіночої консультації. *Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України*. 2018; 1 (41); 47-52.
8. Brekke M, Berg RC, Amro A, Glavin K, Haugland T. Quality of Life instruments and their psychometric properties for use in parents during pregnancy and the postpartum period: a systematic scoping review. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;20(1):107. doi:10.1186/s12955-022-02011-y
9. Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-

- based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 2016; 388 (10056): 2176-2192. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.
10. Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of Labor. In: StatPearls. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; 2023.
11. van Benten E, Pool J, Mens J, Pool-Goudzwaard A. Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2014;44(7):464-73, A1-15. doi: 10.2519/jospt.2014.5098.
12. Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, Ward-Peterson M, Castro G, Rodríguez de la Vega P, Acuña JM. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(6):e5851. doi: 10.1097/MD.0000000000005851.
13. Кесарів розтин клінічна настанова, заснована на доказах. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2021_12_01_kn_kr.pdf
14. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med*. 2010;4(2):22-25.
15. Chauhan G., Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. *StatPearls Publishing*, 2020.
16. Borg-Stein J, Dugan SA. Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2007;18(3):459-76, ix. doi: 10.1016/j.pmr.2007.05.005.
17. Liu X, Agerbo E, Li J, Meltzer-Brody S, Bergink V, Munk-Olsen T. Depression and Anxiety in the Postpartum Period and Risk of Bipolar Disorder: A Danish Nationwide Register-Based Cohort Study. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(5):e469-e476. doi: 10.4088/JCP.16m10970.
18. Iwanowicz-Palus G, Marcewicz A, Bień A. Analysis of determinants of postpartum emotional disorders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):517. doi: 10.1186/s12884-021-03983-3.

19. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekol Pol.* 2016;87(6):442-447. doi:10.5603/GP.2016.0023
20. Григус І., Човпило М., Ортенбургер Д. Роль фізичної активності в процесі фізичної реабілітації вагітних. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві.* 2018;2:102-110. doi:<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2018-02-102-110>
21. Григус І. М. Оцінка ефективності впливу засобів фізичної терапії на динаміку астено-депресивних проявів у жінок після абдомінального пологорозрішення. *Rehabilitation & Recreation.* 2023;15:34-41. DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.4>
22. Stuge B, Hilde G, Vøllestad N. Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(11):983-90. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00125.x.
23. Данильченко СІ, Канигіна СМ. Характеристика психосоматичного статусу жінок з ендопротезованим кульшовим суглобом у післяпологовому періоді та ефективність його корекції засобами фізичної терапії. *Експериментальна і клінічна медицина.* 2023;92(2):8с. <https://doi.org/10.35339/ekm.2023.92.2.dak>
24. San Martin Porter MA, Kisely S, Betts KS, Alati R. The effect of antenatal screening for depression on neonatal birthweight and gestation. *Women Birth.* 2021;34(4):389-395. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.007.
25. Григус І. М. Корекція рухового стереотипу жінок з цукровим діабетом І типу, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. *Art of Medicine.* 2023;2 (26):24-28. DOI: 10.21802/artm.2023.2.26.24
26. Данильченко СІ, Канигіна СМ. Динаміка параметрів попереково-тазового болю у жінок з ендопротезованим кульшовим суглобом, які перенесли кесарів розтин, під впливом програми фізичної терапії. *Медицина сьогодні і завтра.* 2023;92(1):25- 31. <https://doi.org/10.35339/msz.2023.92.1.dak>

27. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(29-30):489-495. doi:10.3238/arztebl.2015.0489
28. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(1):49-53. doi:10.3109/00016340903418777
29. Franz MB, Husslein PW. Obstetrical management of the older gravida. *Womens Health (Lond).* 2010;6(3):463-468. doi:10.2217/whe.10.26
30. Guihard P, Blondel B. Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG.* 2001;108(1):48-55. doi:10.1111/j.1471-0528.2001.00009.x
31. Wiklund I, Edman G, Andolf E: Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86: 451-6.
32. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251072. doi:10.1371/journal.pone.0251072
33. Zhang T, Liu M, Min F, et al. Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):574. doi:10.1186/s12888-023-05070-7
34. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(10):1225-1230. doi:10.1080/00016340600839833
35. David M, Kentenich H: Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige *Geburtsbegleitung.* *Gynakologe.* 2008;41:21-27.
36. Brown RC, Mulligan A. 'Maternal Request' Caesarean Sections and Medical Necessity. *Clin Ethics.* 2023;18(3):312-320. doi:10.1177/14777509231183365
37. Moon H, Lee JH, Kim EH. Maternal and neonatal morbidities associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor around term. *Obstet Gynecol Sci.* 2022;66(1):11-19. doi:10.5468/ogs.22248

38. Koirala P, Koirala I, Bajracharya S, Rijal H, Ghimire A, Chamlagain A. Postoperative Surgical Site Infection among Patients with Caesarean Delivery in the Department of Obstetrics and Gynaecology in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2023;61(262):526-530. doi:10.31729/jnma.8185
39. Haas DM, Morgan S, Contreras K, Kimball S. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4(4):CD007892. doi:10.1002/14651858.CD007892.pub7
40. Zou Q, Zou H, Shen Y, et al. Pathogenic Spectrum and Resistance Pattern of Bloodstream Infections Isolated from Postpartum Women: A Multicenter Retrospective Study. *Infect Drug Resist.* 2021;14:2387-2395. doi:10.2147/IDR.S315367
41. Thakkar A, Hameed AB, Makshood M, et al. Assessment and Prediction of Cardiovascular Contributions to Severe Maternal Morbidity. *JACC Adv.* 2023;2(2):100275. doi:10.1016/j.jacadv.2023.100275
42. Nuamah MA, Browne JL, Öry AV, Damale N, Klipstein-Grobusch K, Rijken MJ. Prevalence of adhesions and associated postoperative complications after cesarean section in Ghana: a prospective cohort study. *Reprod Health.* 2017;14(1):143. doi:10.1186/s12978-017-0388-0
43. Reichman O, Rottenstreich M, Sela HY, et al. Repeat low order caesarean delivery, risk factors for complications: A retrospective, longitudinal study. *PLoS One.* 2023;18(2):e0276869. doi:10.1371/journal.pone.0276869
44. Grivell RM, Barreto MP, Dodd JM. The influence of intrapartum factors on risk of uterine rupture and successful vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol.* 2011;38(2):265-275. doi:10.1016/j.clp.2011.03.006
45. He X, Zhang S, Wu J, Fu Q, Zhang Q, Peng W. The global/local (limited to some regions) effect of cesarean delivery on the risk of pediatric allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Front Pediatr.* 2023;11:1228737. doi:10.3389/fped.2023.1228737

46. Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy*. 2008;38(4):629-633. doi:10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x
47. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*. 2008;51(5):726-735. doi:10.1007/s00125-008-0941-z
48. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71. doi:10.1186/1741-7015-8-71
49. AWMF: Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch (015/054).
50. Patel O, Pradhan P, Das P, Mishra SK. Placental Pathology and Maternal Risk Factors for Stillbirth: A Case-Control Study. *Cureus*. 2023;15(5):e39339. doi:10.7759/cureus.39339.
51. Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaides KH: Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 634-43. e30. Luke B, Brown MB: Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Reprod*. 2007; 22: 1264-1272.
52. Lopian M, Kashani-Ligumsky L, Many A. A Balancing Act: Navigating Hypertensive Disorders of Pregnancy at Very Advanced Maternal Age, from Preconception to Postpartum. *J Clin Med*. 2023;12(14):4701. doi:10.3390/jcm12144701
53. Du J, Zhang X, Chai S, et al. Nomogram-based risk prediction of macrosomia: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):392. doi:10.1186/s12884-022-04706-y
54. Dennedy MC, Dunne F. Macrosomia: defining the problem worldwide. *Lancet*. 2013;381(9865):435-436. doi:10.1016/S0140-6736(12)62090-X

55. Bjørstad AR, Irgens-Hansen K, Daltveit AK, Irgens LM. Macrosomia: mode of delivery and pregnancy outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(5):664-669. doi:10.3109/00016341003686099
56. Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S, Maheshwari A. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2012;18(5):485-503. doi:10.1093/humupd/dms018.
57. Gillet E, Martens E, Martens G, Cammu H. Prelabour caesarean section following IVF/ICSI in older-term nulliparous women: too precious to push? *J Pregnancy.* 2011;2011:362518. doi:10.1155/2011/362518
58. Patel RM, Jain L. Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes. *Semin Perinatol.* 2010;34(4):272-280. doi:10.1053/j.semperi.2010.03.007
59. Harris LH. Counselling women about choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15(1):93-107. doi:10.1053/beog.2000.0151
60. Wiklund I. New guidelines for cesarean section on maternal request. *Sex Reprod Healthc.* 2012;3(3):97. doi:10.1016/j.srhc.2012.07.003
61. Deng R, Tang X, Liu J, Gao Y, Zhong X. Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):384. doi:10.1186/s12884-021-03866-7
62. Belizán JM, Cafferata ML, Althabe F, Buekens P. Risks of patient choice cesarean. *Birth.* 2006;33(2):167-169. doi:10.1111/j.0730-7659.2006.0098b.x
63. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E: Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006; 33: 270-7.
64. Lavoué V, Voguet L, Laviolle B, et al. Caesarean section at term: the relationship between neonatal respiratory morbidity and microviscosity in amniotic fluid. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;169(2):239-243. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.003

65. Bager P. Birth by caesarean section and wheezing, asthma, allergy, and intestinal disease. *Clin Exp Allergy*. 2011;41(2):147-148. doi:10.1111/j.1365-2222.2010.03635.x
66. Hockamp N, Sievers E, Hülk P, et al. The role of breastfeeding promotion in German hospitals for exclusive breastfeeding duration. *Matern Child Nutr*. 2022;18(2):e13326. doi:10.1111/mcn.13326
67. Proisy M, Rouil A, Raoult H, et al. Imaging of musculoskeletal disorders related to pregnancy. *AJR Am J Roentgenol*. 2014;202(4):828-838. doi:10.2214/AJR.13.10988
68. Waynberger S, Potin J, Chevillot M, Perrotin F. Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse: le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. *Rev Rhum Ed Fr*. 2005; 72:681-685
69. Scioscia MF, Zanchetta MB. Recent Insights into Pregnancy and Lactation-Associated Osteoporosis (PLO). *Int J Womens Health*. 2023;15:1227-1238. doi:10.2147/IJWH.S366254
70. Wagman RB, Marcus R. Osteoporosis associated with pregnancy. In: Marcus R, Feldman D, Nelson D, Rosen C, eds. *Osteoporosis*, 3rd ed. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier, 2008:13751385
71. Steib-Furno S, Luc M, Pham T, et al. Pregnancy-related hip diseases: incidence and diagnoses [published correction appears in *Joint Bone Spine*. 2007 Oct;74(5):520. Mathieu, Luc [corrected to Luc, Mathieu]]. *Joint Bone Spine*. 2007;74(4):373-378. doi:10.1016/j.jbspin.2006.12.001
72. Arayssi TK, Tawbi HA, Usta IM, Hourani MH. Calcitonin in the treatment of transient osteoporosis of the hip. *Semin Arthritis Rheum*. 2003;32(6):388-397. doi:10.1053/sarh.2002.50014
73. Mitha R, Nadeem SF, Bukhari SS, Shamim SM. Management of symptomatic disc herniation in pregnancy: A case report and literature review. *Surg Neurol Int*. 2021;12:215. doi:10.25259/SNI_907_2020

74. Whiles E, Shafafy R, Valsamis EM, et al. The Management of Symptomatic Lumbar Disc Herniation in Pregnancy: A Systematic Review. *Global Spine J.* 2020;10(7):908-918. doi:10.1177/2192568219886264
75. Wong CH, Thng PL, Thoo FL, Low CO. Symptomatic spinal epidural varices presenting with nerve impingement: report of two cases and review of the literature. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003;28(17):E347-E350. doi:10.1097/01.BRS.0000090500.10184.7A
76. Paksoy Y, Gormus N. Epidural venous plexus enlargements presenting with radiculopathy and back pain in patients with inferior vena cava obstruction or occlusion. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004;29(21):2419-2424. doi:10.1097/01.brs.0000144354.36449.2f
77. Padua L, Di Pasquale A, Pazzaglia C, Liotta GA, Librante A, Mondelli M. Systematic review of pregnancy-related carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve.* 2010;42(5):697-702. doi:10.1002/mus.21910
78. Carter BL, Racz GB. Iliohypogastric nerve entrapment in pregnancy: diagnosis and treatment. *Anesth Analg.* 1994;79(6):1193-1194. doi:10.1213/00000539-199412000-00027
79. Lousquy R, Morel O, Bisdorff A, Drouet L, Ros-signal M, Barranger E. Pregnancy follow-up and outcome in women with superficial vascular malformations [in French]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010; 38:350-357
80. Murphey MD, Ruble CM, Tyszko SM, Zbojniewicz AM, Potter BK, Miettinen M. From the archives of the AFIP: musculoskeletal fibromatoses: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2009;29(7):2143-2173. doi:10.1148/rg.297095138
81. Ceglédi A, Dolgos J, Fekete M, et al. Delayed spontaneous remission of acquired factor V inhibitor refractory to immunosuppressive therapy with pregnancy-associated improvement. *Pathol Oncol Res.* 2023;29:1611250. doi:10.3389/pore.2023.1611250

82. Ahmadi M, Abiri F, Ahmadiani S, Jenabi E. Pregnancy-Associated Sacroiliitis following an Uncomplicated Pregnancy. *Case Rep Med*. 2022;2022:3596672. Published 2022 May 4. doi:10.1155/2022/3596672
83. Afshar A, Tabrizi A. Pregnancy-related Hand and Wrist Problems. *Arch Bone Jt Surg*. 2021;9(3):345-349. doi:10.22038/abjs.2020.50995.2531
84. Talasz H, Kofler M, Lechleitner M. Comment on the IUGA/ICS joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurol Urodyn*. 2017;36(8):2188-2189. doi:10.1002/nau.23267
85. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, et al. Pelvic Floor Morbidity Following Vaginal Delivery versus Cesarean Delivery: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2021;10(8):1652. doi:10.3390/jcm10081652
86. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs*. 2015;71(10):2247-2257. doi:10.1111/jan.12692
87. Aytan H, Ertunç D, Tok EC, Yaşa O, Nazik H. Prevalence of pelvic organ prolapse and related factors in a general female population. *Turk J Obstet Gynecol*. 2014;11(3):176-180. doi:10.4274/tjod.90582
88. Jacomo RH, Nascimento TR, Lucena da Siva M, et al. Exercise regimens other than pelvic floor muscle training cannot increase pelvic muscle strength—a systematic review. *J Bodyw Mov Ther*. 2020;24(4):568-574. doi:10.1016/j.jbmt.2020.08.005
89. Thubert T, Vinchant M, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Deffieux X. Troubles pelvi-périnéaux du post-partum. Fréquents et à rechercher systématiquement à l'interrogatoire [Postpartum pelvic floor disorders]. *Rev Prat*. 2016;66(2):207-210.
90. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
91. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.

92. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3115-24. doi: 10.1097/00007632-200012150-00006.
93. van de Pol G, de Leeuw JR, van Brummen HJ, Bruinse HW, Heintz AP, van der Vaart CH. The Pregnancy Mobility Index: a mobility scale during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(7):786-91. doi: 10.1080/00016340500456373.
94. Бойчук Т., Голубєва М., Левандовський О., Войчишин Л. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів]. Львів: ЗУКЦ, 2010. 239 с.
95. Bo K., Frawley H.C., Haylen B.T., Abramov Y., Almeida F.G., Berghmans B., et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*. 2017. 36 (2), 221-244. DOI: 10.1002/nau.23107
96. Angelo PH, Varella LRD, de Oliveira MCE, et al. A manometry classification to assess pelvic floor muscle function in women. *PLoS One*. 2017;12(10):e0187045. doi:10.1371/journal.pone.0187045
97. Barber M.D., Walters M.D., Bump R.C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2005. 193 (1), 103-13. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.12.025.
98. Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000. 26 (2), 191-208. DOI: 10.1080/009262300278597.
99. Аравіцька М.Г. Зміни профілю рухової дієздатності чоловіків та жінок з ожирінням під впливом програми фізичної терапії. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020;4 (26):297-306. DOI: 10.26693/jmbs05.04.297

100. Голод НР. Результативність тестових вправ екрану функціонального руху як показник ефективності реабілітаційної програми для студенток спеціальної медичної групи. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2015; 3 К2(57) 15:88-91.
101. Cook G, Burton L, Hoogenboom BJ, Voight M. Functional movement screening: the use of fundamental movements as an assessment of function - part 1. *Int J Sports Phys Ther*. 2014;9(3):396-409.
102. Cook G, Burton L, Hoogenboom BJ, Voight M. Functional movement screening: the use of fundamental movements as an assessment of function-part 2. *Int J Sports Phys Ther*. 2014;9(4):549-563.
103. Karpman V.L., Belotserkovskiy Z.B., Gudkov I.A. Testirovaniye v sportivnoy meditsine. М.: Fizkultura i sport, 1988.
104. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні положки» (наказ Міністерства охорони здоров'я України 26 січня 2022 року № 170). Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/7/35621-dn_170_26_01_2022_dod.pdf
105. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин». (наказ Міністерства охорони здоров'я України 5 січня 2022 року № 8). Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/7/35438-dn_8_05_01_2022_dod.pdf
106. WHO. Healthy diet. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
107. WHO. Physical activity. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

108. Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf
109. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5(5):CD007471. doi:10.1002/14651858.CD007471.pub4
110. Adams YJ, Miller ML, Agbenyo JS, Ehla EE, Clinton GA. Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):502. doi:10.1186/s12884-023-05813-0
111. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56(2):238-248. doi:10.1016/0002-9378(48)90266-x
112. American College of Sports Medicine's exercise testing and prescription – 2018. Загальні принципи призначення фізичних вправ. Режим доступу: https://www.dokazovo.in.ua/ru/wp-content/uploads/2021/03/fizichna_aktivnist'_vagitnih_ditei_ludei_pohilogo_viku.pdf
113. PROSEDOS. Powered by Gray's Institute [web source]. Available from: <https://procedos.com/>
114. Дідоха І.В., Аравіцька М.Г. Вплив засобів фізичної терапії на рівень кінезіофобії, соматичні маркери саркопенії та показники ризику падіння у осіб похилого віку з хворобою Паркінсона. *Art of Medicine.* 2021, 2 (18), 50-58. DOI: 10.21802/artm.2021.2.18.50
115. Наконечна С.П. Ефективність корекції рухового стереотипу у молодих осіб з порушенням постави, плоскостопістю та ожирінням засобами фізичної терапії. *Клінічна та профілактична медицина.* 2021. №1 (15). 83-91. DOI: 10.31612/2616-4868.1(15).2021.10

116. Koval Nazar, Aravitska Mariia. Dynamics of kinesiophobia and physical functioning parameters in the elderly adults with sarcopenic obesity under the influence of the physical therapy program. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. 4 (26). 88-95. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(26\).2023.13](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(26).2023.13).
117. Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О., Кутакова О.В., Прилуцька Г.В. Лікувально-реабілітаційний масаж: навчальний посібник. Видавництво: *Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина»*. 2020.
118. Зулак Дэвид. Клиническая оценка в лечебном массаже. *МультиМетод*, 2021. 591 с.
119. Шнейдерман М. Акушерско-гинекологический массаж. Руководство. *ГЭОТАР-Медиа*, 2014. 80 с.
120. Смит Ненси, Райан Кетрин. Лечебный массаж в работе с рубцовой тканью. *МультиМетод*, 2021. 320 с.
121. Xue X, Chen Y, Mao X, et al. Effect of kinesio taping on low back pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):712. doi:10.1186/s12884-021-04197-3
122. Kaplan Ş, Alpayci M, Karaman E, et al. Short-Term Effects of Kinesio Taping in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Med Sci Monit*. 2016;22:1297-1301. doi:10.12659/msm.898353
123. Sheng Y, Duan Z, Qu Q, Chen W, Yu B. Kinesio taping in treatment of chronic non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2019;51(10):734-740. doi:10.2340/16501977-2605
124. Tantawy SA, Abdelbasset WK, Nambi G, Kamel DM. Comparative Study Between the Effects of Kinesio Taping and Pressure Garment on Secondary Upper Extremity Lymphedema and Quality of Life Following Mastectomy: A Randomized Controlled Trial. *Integr Cancer Ther*. 2019;18:1534735419847276. doi:10.1177/1534735419847276
125. Hsieh HC, Liao RD, Yang TH, et al. The clinical effect of Kinesio taping and modified constraint-induced movement therapy on upper extremity function and

- spasticity in patients with stroke: a randomized controlled pilot study. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2021;57(4):511-519. doi:10.23736/S1973-9087.21.06542-4
126. Rahlf AL, Braumann KM, Zech A. Kinesio Taping Improves Perceptions of Pain and Function of Patients With Knee Osteoarthritis: A Randomized, Controlled Trial. *J Sport Rehabil.* 2019;28(5):481-487. doi:10.1123/jsr.2017-0306
127. Dorresteyn JA, Kriegsman DM, Assendelft WJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(12):CD001488. doi:10.1002/14651858.CD001488.pub5
128. World Health Organization. Regional Office for Europe, Slama-Chaudhry, Anbreen Golay, Alain. Patient education and self-management support for chronic disease: methodology for implementing patient-tailored therapeutic programmes. *Public health panorama.* 2019;5 (2-3):357
129. Куравська Ю.С. Аналіз динаміки якості життя жінок після абдомінального родорозрішення у післяпологовому періоді під впливом програми фізичної терапії. *Art of Medicine.* 2021.1 (17). 52-60. DOI: 10.21802/artm.2021.1.17.52.
130. Куравська Ю. С. Корекція порушень рухової дієздатності засобами фізичної терапії у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2021. Том 6, № 4 (32). 149-157. DOI: 10.26693/jmbs06.04.149
131. Куравська Ю.С. Вплив засобів фізичної терапії на ознаки дорсопатій у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Art of Medicine.* 2021. 2 (18). 84-91. DOI: 10.21802/artm.2021.2.18.84
132. Куравська Ю.В., Аравіцька М.Г. Ефективність відновлення психоемоційного та фізичного статусу жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. *Art of Medicine.* 2022. 1 (21). 50-55. DOI: 10.21802/artm.2022.1.21.50
133. Kuravska Yu, Aravitska M, Churpiy I, Fedorivska L, Yaniv O. Efficacy of correction of pelvic floor muscle dysfunction using physical therapy in women who

underwent Caesarean section. *J Phys Educ Sport*. 2022;22(3):715–723. DOI:10.7752/jpes.2022.03090

134. Куравська Ю.С. Корекція психоемоційного стану жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. Матеріали 90 науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «*Інновації в медицині та фармації*» (Івано-Франківськ, ІФНМУ, 25-27 березня 2021 р.). Івано-Франківськ, 2021. С. 87.

135. Куравська Ю. С., Чурпій І. К., Янів О. В. Оцінювання ефективності немедикаментозної функціональної реабілітації на якість життя жінок після абдомінального родорозршення. International Scientific Conference «*Medicine And Health Care In Modern Society: Topical Issues And Current Aspects*» (Lublin, Republic of Poland, February 26-27, 2021). Lublin: Baltija Publishing, 2021. С. 87-90.

136. Куравська Ю.С., Чурпій І.К., Голод Н.Р., Федорівська Л.П., Гринчак В.І. Роль функціонального тренування у корекції вертеброгенного больового синдрому у жінок у післяпологовому періоді. Матеріали Всеукр. науково-практ. конференції з міжнар. участю «*Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги*» (Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, 22-24 вересня 2022 р.). Тернопіль, 2021. С. 44-45.

137. Куравська Ю.С. Вплив засобів фізичної терапії на дисфункцію м'язів тазового дна у жінок, які перенесли кесарів розтин. І Всеукр. науково-практична конференція приурочена Всесвітнім дням фізичного терапевта та ерготерапевта «*Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика*» (Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка, 30 вересня 2022 р.). Суми, 2022. С. 77-80.

ДОДАТОК А

Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії

(Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS)

Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., 1987

Інструкції щодо використання:

1. Матір просять позначити відповідь, яка найбільше відповідає її самопочуттю упродовж попередніх 7 днів.
2. Усі пункти мають бути заповнені.
3. Необхідно подбати про те, щоб жінка не обговорювала свої відповіді з іншими.
4. Слід заповнити шкалу самостійно.

Оскільки Ви вагітні або нещодавно народили дитину, ми хотіли б знати, як ви себе почуваете. Будь ласка, відмітьте відповідь, яка найбільше відповідає тому, що ви відчували за минули 7 днів, а не тільки тому, що ви відчуваєте сьогодні.

1. Я могла сміятися і бачити смішну сторону речей:

- Так, як я завжди могла
- Зараз не так часто
- Зараз точно не так часто
- Зовсім ні

2. Я із задоволенням чекала чогось:

- Так само, як раніше
- Швидше менше, ніж раніше
- Однозначно менше, ніж раніше
- Навряд чи

*3. Я безпідставно звинувачувала себе, коли щось йшло не так

- Так, найчастіше
- Так, деякий час
- Не дуже часто
- Ні, ніколи

4. Я турбувалася або хвилювалася без вагомої причини

- Ні, зовсім ні
- Навряд чи, ніколи
- Так, іноді
- Так, дуже часто

*5. Я відчувала страх або паніку без вагомої причини

- Так, досить часто

- Так, іноді
- Ні, не дуже
- Ні, зовсім ні

*6. Все перевернулося з ніг на голову

- Так, у більшості випадків я взагалі не могла впоратися
- Так, іноді я справлялася не так добре, як зазвичай
- Ні, у більшості випадків я справлялася досить добре
- Ні, я справлялася, як ніколи

*7. Я була настільки нещасною, що мені було важко спати

- Так, дуже часто
- Так, іноді
- Не дуже часто
- Ні, зовсім ні

*8. Я почувалася сумною або нещасною

- Так, дуже часто
- Так, досить часто
- Не дуже часто
- Ні, зовсім ні

*9. Я була така нещасна, що плакала

- Так, дуже часто
- Так, досить часто
- Лише зрідка
- Ні, ніколи

*10. Чи була думка завдати собі шкоду?

- Так, досить часто
- Іноді
- Навряд чи, ніколи
- Ніколи

Загальний бал _____

ЗАПИТАННЯ 1, 2 і 4 (без *) оцінюються 0, 1, 2 або 3, причому верхнє поле оцінюється як 0, а нижнє — як 3.

ЗАПИТАННЯ 3, 5-10 (позначено *) оцінюються у зворотному порядку, причому верхнє поле оцінюється як 3, а нижнє — як 0.

ДОДАТОК Б

Опитувальник SF-36

П.І.по Б. _____

1. Загалом Ви б оцінили Ваш стан здоров'я як:

(обведіть цифру)

- Відмінний1
 Дуже добрий2
 Добрий3
 Посередній4
 Поганий5

2. Як би Ви загалом оцінили ваш стан здоров'я в порівнянні з тим, що було рік тому:

(обведіть цифру)

- Значно краще, ніж рік тому.....1
 Дещо краще, ніж рік тому.....2
 Приблизно так само, як і рік тому....3
 Дещо гірше, ніж рік тому.....4
 Значно гірше, ніж рік тому.....5

3. Наступні питання стосуються фізичного навантаження, з якими Ви стикаєтеся впродовж свого робочого дня. Чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я в даний час при виконанні перерахованих нижче фізичних навантажень? Якщо так, то в якій мірі?

(обведіть одну цифру в кожному рядку)

Питання	Так, значно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
А. Тяжкі фізичні навантаження, такі як біг, підняття ваги, силові види спорту.	1	2	3
Б. Помірні фізичні навантаження, такі як перемістити стіл, попрацювати пирососом, збирати ягоди, гриби	1	2	3
В. Підняти або нести сумку з продуктами	1	2	3
Г. Піднятися пішки сходами на декілька прольотів.	1	2	3
Д. Піднятися пішки сходами на один проліт.	1	2	3
Є. Нахилитися, стати на коліна, присісти.	1	2	3
Ж. Пройти відстань більш ніж кілометр.	1	2	3
З. Пройти відстань в декілька кварталів.	1	2	3

Д. Пройти відстань в один квартал.	1	2	3
І. Самостійно прийняти душ і одягнутись.	1	2	3

4. Чи за останні 4 тижні Ваш фізичний стан викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичайній повсякденній діяльності, внаслідок чого:

(обведіть одну цифру в кожному рядку)

Питання	Так	Ні
А. Довелося зменшити час, що витрачаєте на роботу чи іншу діяльність.	1	2
Б. Виконали менше, ніж хотіли.	1	2
В. Ви були обмежені у виконанні якогось певного виду робіт або діяльності.	1	2
Г. Були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (наприклад, вони вимагали додаткових зусиль)	1	2

4. Чи за останні 4 тижні Ваш емоційний стан викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичайній повсякденній діяльності, внаслідок чого:

(обведіть одну цифру в кожному рядку)

Питання	Так	Ні
А. Довелося зменшити час, що витрачаєте на роботу чи іншу діяльність.	1	2
Б. Виконали менше, ніж хотіли.	1	2
В. Ви були обмежені у виконанні якогось певного виду робіт	1	2
Г. Були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (наприклад вони вимагали додаткових зусиль)	1	2

6. Наскільки Ваш фізичний і емоційний стан упродовж останніх 4 тижнів заважав Вам проводити час з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?

(обведіть одну цифру)

- Зовсім не заважав.....1
 Трохи.....2
 Помірно.....3
 Сильно.....4
 Дуже сильно.....5

7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували впродовж останніх 4 тижнів?

(обведіть одну цифру)

- Зовсім не відчувала.....1
 Дуже слабкий.....2
 Слабкий.....3

- Помірний.....4
 Сильний.....5
 Дуже сильну.....6

8. Наскільки біль упродовж останніх 4 тижнів заважав Вам займатися Вашою нормальною роботою (включаючи роботу по дому)?

(обведіть одну цифру)

- Зовсім не заважав1
 Трохи.....2
 Помірно.....3
 Сильно.....4
 Дуже сильно.....5

9. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували і яким був Ваш настрій подовж останніх 4 тижнів. На кожне питання дати одну відповідь, що найбільш відповідає Вашим відчуттям.

(обведіть одну цифру)

Питання	Весь час	Більшу частину часу	Часто	Іноді	Рідко	Жодного разу
А. Чи почували Ви себе бадьорою?	1	2	3	4	5	6
Б. Ви дуже нервуєтеся?	1	2	3	4	5	6
В. Ви почували себе такою пригніченою, що нічого не могло Вас порадувати?	1	2	3	4	5	6
Г. Ви почували себе спокійною і умиротвореною?	1	2	3	4	5	6
Д. Ви почували себе повною сил та енергії?	1	2	3	4	5	6
Є. Ви почували себе засмученою?	1	2	3	4	5	6
Ж. Ви почували себе замученою?	1	2	3	4	5	6
З. Чи почували Ви себе щасливою?	1	2	3	4	5	6
І. Ви почували себе змороною?	1	2	3	4	5	6

10. Як часто в останні 4 тижні Ваш фізичний і емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми (відвідувати друзів, близьких).

(обведіть одну цифру)

- Весь час.....1
 Більшу частину часу.....2
 Іноді.....3
 Рідко.....4
 Жодного разу.....5

11. Наскільки правильним чи неправильним щодо Вас кожне з перерахованих тверджень.

(обведіть одну цифру в кожному рядку)

Питання	Цілком правильно	В основному правильно	Не знаю	В основному напевно	Цілком не-правильно
А. Мені здається, що я більше схильна до захворювань, ніж інші.	1	2	3	4	5
Б. Моє здоров'я гірше, ніж у більшості своїх знайомих.	1	2	3	4	5
В. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться	1	2	3	4	5
Г. У мене відмінне здоров'я.	1	2	3	4	5

Обробка результатів

1. Значення за шкалою «Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF)»:

- 1) Сумувати бали, отриманні при відповідях на питання: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3

$$PF_{sum} = PF_{3a} + PF_{3б} + PF_{3в} + PF_{3г} + PF_{3д} + PF_{3е} + PF_{3ж} + PF_{3з} + PF_{3и} + PF_{3к}$$

- 2) Отриманий сумарний бал перерахувати за таким ключем:

$$PF = ((PF_{sum} - 10) / 20) * 100$$

2. Значення за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP)»:

- 1) Сумувати бали, отриманні при відповідях на питання: 4а, 4б, 4г, 4д

$$RP_{sum} = RP_{4a} + RP_{4б} + RP_{4г} + RP_{4д}$$

- 2) Отриманий сумарний бал перерахувати за таким ключем:

$$RP = ((RP_{sum} - 4) / 4) * 100$$

3. Значення за шкалою «Інтенсивність болю (Bodily pain - BP)»:

1) Перекодувати бали отримані при відповіді на питання №7 і №8 у відповідності з одним із вказаних ключей.

А. Якщо дані відповіді на питання, то перекодувати на «сирий» бал по кожному питанню за таким ключем:

«сирий» бал питання №7 (BP7)	перерахунковий бал (BP7»)	«сирий» бал питання №8 (BP8)	«сирий» бал питання №8 (BP8»)
1	6	1 і при умові, що BP7=1	6
2	5,4	1 і при умові, що BP7 має значення від 2 до 6	5
3	4,2	2	4
4	3,1	3	3
5	2,2	4	2
6	1	5	1

8. Якщо дана відповідь на питання №7 і пропущена відповідь на питання №8, то перекодувати «сирий» бал за питання №7 за наступним ключем, перерахований бал для питання №8 вказує на те, що і для сьомого питання.

«сирий» бал питання №7 (BP7)	перерахунковий бал (BP7»)	перерахунковий бал (BP8»)
1	6	6
2	5,4	5,4
3	4,2	4,2
4	3,1	3,1
5	2,2	2,2
6	1	1

С. Якщо була дана відповідь на питання №8 і пропущена відповідь на питання №7, то перекодуйте «сирий» бал за питання №8 за наступним ключем, перерахунковий бал для питання №7 той же, що і для восьмого питання.

«сирий» бал питання №8 (BP8)	перерахунковий бал (BP8»)	перерахунковий бал (BP7»)
1	6	6
2	4,75	4,75
3	3,5	3,5
4	2,25	2,25
5	1	1

1) Порахувати значення по шкалі за формулою:

$$BP = [((BP7'' + BP8'') - 2) / 10] * 100$$

4. Значення за шкалою «Загальний стан здоров'я (General Health - GH)»

1) Перекодувати питання №1 за ключем:

«сирий» бал питання №1 (GH1)	перерахунковий бал (GH1'')
1	5
2	4,4
3	3,4
4	2
5	1

2) Перекодувати питання 11б за ключем:

«сирий» бал питання №11б (GH11б)	перерахунковий бал (GH11б'')
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

3) Перекодувати питання 11г за ключем:

«сирий» бал питання №11г (GH11г)	перерахунковий бал (GH11г'')
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

4) Порахувати суму: $GH_{sum} = GH1'' + GH11a + GH11б'' + GH11в + GH11г''$

5) Порахувати значення шкали за формулою:

$$GH = ((GH_{sum} - 5) / 20) * 100$$

5. Значення за шкалою «Життєва активність (Vitality - VT)»

1) Перекодувати питання 9а за ключем:

«сирий» бал питання №9а (VT9а)	перерахунковий бал (VT9а'')
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

2) Перекодувати питання 9д за ключем:

«сирий» бал питання №9д (VT9д)	перерахунковий бал (VT9д'')
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

3) Порахувати суму: $VT_{sum} = VT9а'' + VT9д'' + VT9ж + VT9і$

4) Порахувати значення шкали за формулою:

$$VT = ((VT_{sum} - 4) / 20) * 100$$

6. Значення за шкалою «Соціальне функціонування (Social Functioning - SF)»

1) Перекодувати питання №6 за ключем:

«сирий» бал питання №6 (SF6)	перерахунковий бал (SF6'')
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2) Порахувати суму: $SF_{sum} = SF6'' + SF10$

3) Порахувати значення шкали за формулою:

$$SF = ((SF_{sum} - 2) / 8) * 100$$

7. Значення за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE)»

1) Порахувати суму балів, отриманих при відповіді на питання: 5а, 5б, 5в

$$RE_{sum} = RE5a + RE5b + RE5v$$

2) Порахувати значення шкали за формулою:

$$RE = ((RE_{sum} - 3) / 3) * 100$$

8. Значення за шкалою «Психологічне здоров'я (Mental Health - MH)»

1) Перекодуйте питання 9г за ключем:

«сирий» бал питання №9г (MH9г)	перерахунковий бал (MH9г'')
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

2) Перекодуйте питання 9з за ключем:

«сирий» бал питання №9з (MH9з)	перерахунковий бал (MH9з'')
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

3) Порахувати суму: $MH_{sum} = MH9б + MH9в + MH9г'' + MH9е + MH9з''$

4) Порахувати значення шкали за формулою:

$$MH = ((MH_{sum} - 5) / 25) * 100$$

9. Значення загальних показників «Фізичний компонент здоров'я Physical health – PH)» і «Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)»

1) Порахувати Z-значення за вісьмома шкалами опитувальника:

$$PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490$$

$$RP-Z = (RP - 81,19907) / 33,797290$$

$$BP-Z = (BP - 75,49196) / 23,558790$$

$$GH-Z = (GH - 72,21316) / 20,16964$$

$$VT-Z = (VT - 61,05453) / 20,86942$$

$$SF-Z = (SF - 83,59753) / 22,37642$$

$$RE-Z = (RE - 81,29467) / 33,02717$$

$$MH-Z = (MH - 74,84212) / 18,01189$$

- 1) Порахувати значення показників «Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)»

$$PHsum = (PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-Z * 0,31754) + (SF-Z * -0,00753) + (MH-Z * -0,22069) + (RE-Z * -0,19206) + (VT-Z * 0,02877) + (GH-Z * 0,24954)$$

$$PH = (PHsum * 10) + 50$$

- 2) Порахувати значення показників «Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)»

$$MHsum = (PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH-Z * 0,48581) + (RE-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (GH-Z * -0,01571)$$

$$PH = (MHsum * 10) + 50$$

ДОДАТОК В

Анкета Роланда-Моріса
(Roland-Morris Disability Questionnaire - RMDQ)
Roland M, Fairbank J., 2000

- Я проводжу вдома більшість часу через мою спину
- Я часто змінюю положення тіла, щоб забезпечити комфорт для моєї спини
- Я ходжу значно повільніше, ніж звичайно, через мою спину
- Через мою спину я не виконую певних робіт, які я зазвичай виконую вдома
- Через мою спину я користуюся поручнями при підйомі сходами
- Через мою спину я частіше лягаю відпочивати
- Через мою спину я спираюся на щось, щоб встати з крісла
- Через мою спину я прошу інших людей зробити щось за мене
- Через мою спину я одягаюся набагато повільніше, ніж звичайно
- Через мою спину я встаю з ліжка на короткий період часу
- Через мою спину я стараюся не нахилитися чи ставати навколішки
- Я вважаю, що мені важко піднятися з крісла через мою спину
- Мене майже весь час болить спина
- Через мою спину мені важко повертатися в ліжку
- Через мою спину у мене не дуже хороший апетит
- Я маю проблеми з надяганням шкарпеток (панчіх) через біль у спині
- Я можу прогулюватися тільки на короткі дистанції через біль у спині
- Я сплю гірше через мою спину
- Через біль у спині я одягаюся з чієюсь допомогою
- Через мою спину я сиджу більшу частину дня
- Я уникаю важкої роботи вдома через мою спину
- Через біль у спині я більше дратівлива і різкіша з людьми, ніж зазвичай
- Через мою спину я піднімаюся по сходах повільніше, ніж звичайно
- Я залишаюся в ліжку більшість часу через мою спину

Загальна кількість позитивних відповідей _____

ДОДАТОК Г

Pregnancy Mobility Index

van de Pol G, de Leeuw JR, van Brummen HJ, Bruinse HW, Heintz AP, van der Vaart CH, 2006

Щоденне переміщення в будинку

Вставання з твердого стільця

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Вставання з м'якого стільця

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Вставання з ліжка

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Піднімання речей з підлоги

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Взування взуття

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Перевертання у ліжку

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Вставання з підлоги

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Домашня діяльність

Прибирання пилососом

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Прання білизни

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Повісити сушити випрані речі

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Працюючи на колінах

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Сидячи в положенні навпочіпки

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Робота стоячи

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.

1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання.

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Підйом 5 кг

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.

1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання.

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Підйом 10 кг

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.

1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання.

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Пересуватись по сходах

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.

1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання,

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Мобільність на природі

Подорож поїздом

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.

1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання.

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Подорож автомобілем

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.

1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.

2. Великі зусилля для виконання цього завдання.

3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Подорож на велосипеді

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Подорож автобусом

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Ходьба 50 метрів

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Ходьба 200 метрів

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою інших.

Прогулянка 500 метрів

0. Немає проблем із виконанням цього завдання.
1. Певні зусилля під час виконання цього завдання.
2. Великі зусилля для виконання цього завдання.
3. Виконання цього завдання неможливе або можливе лише за допомогою

Щоденна домашня мобільність, трансформований бал _____ балів

Побутова активність, трансформований бал _____ балів

Непобутова активність, трансформований бал _____ балів

ДОДАТОК Д

Опитувальник Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)
(Barber, Walters, & Bump, 2005)

Інструкції. Будь ласка, дайте відповідь на всі запитання «так» чи «ні». При відповіді «так» уточніть, наскільки часто Ви відчуваєте конкретний симптом.

	0 – ні	1 – ні, але відчували раніше	2 – іноді	3 – часто	4 – завжди
1. Ви зазвичай відчуваєте відчуття тиску в нижніх відділах живота?					
2. Ви зазвичай відчуваєте тяжкість у ділянці таза?					
3. У Вас випадає щось із піхви, що Ви можете відчутти чи побачити?					
4. Чи потрібно Вам вправляти піхву або частину прямої кишки для випорожнення кишечника?					
5. Ви зазвичай відчуваєте неповне спорожнення сечового міхура?					
6. Вам коли-небудь потрібно вправляти піхву для початку сечовипускання або повного випорожнення сечового міхура?					
7. Ви відчуваєте необхідність сильного напруження для спорожнення кишечника?					
8. У Вас буває відчуття неповного випорожнення кишечника після дефекації?					
9. У Вас бувають епізоди нетримання калу при добре оформленому стільці?					

10. У Вас бувають епізоди нетримання калу при рідкому стільці?					
11. Чи бувають у Вас епізоди нетримання газів?					
12. Чи відчуваєте Ви біль при дефекації?					
13. Чи відчуваєте Ви нестерпно сильні позиви до дефекації?					
14. Чи випадала колись у Вас частина прямої кишки через анальний отвір?					
15. Чи буває у Вас прискорене сечовипускання?					
16. Чи буває у Вас нетримання сечі внаслідок сильного позиву до сечовипускання?					
17. Чи буває у Вас нетримання сечі при кашлі, чханні чи сміху?					
18. Чи втрачаєте ви сечу в незначній кількості (по краплях)?					
19. Чи відчуваєте Ви утруднення при випорожненні сечового міхура?					
20. Чи відчуваєте Ви біль чи дискомфорт у нижніх відділах живота чи області статевих органів					

Бал за підшкалами:

- Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6) (питання 1-6) _____
- Colorectal-Anal Distress Inventory 8 (CRADI-8) (питання 7-14) _____
- Urinary Distress Inventory (UDI-6) (питання 15-20) _____

ДОДАТОК Е

Опитувальник Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ 7)
(Barber, Walters, 2005)

Симптоми, пов'язані з сечовим міхуром, кишечником або опущенням статевих органів, можуть впливати на повсякденні активності, стосунки та почуття. Поставте «Х» навпроти відповіді, що описує зазначені симптоми. Дякую за участь!

Як часто симптоми, пов'язані з _____ впливають на Вашу (Ваше)↓	Сечовим міхуром або сечею	Кишечником або прямою кишкою	Маткою, що випала, або тазом
1. Здатність виконувати домашню роботу (готувати їжу, прибирати будинок, прати)?	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто
2. Здатність ходити, плавати чи виконувати фізичні справи?	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто
3. Здатність відвідувати кінотеатри, концерти?	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто
4. Здатність їздити машиною, автобусом понад 30 хв від дому	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто
5. Участь у громадських заходах поза домом	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто
6. Емоційне благополуччя (нервовість, депресія і т.д.)?	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто
7. Відчуття незадоволеності?	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто	<input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Рідко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Дуже часто

Бал за підшкалами:

- Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7) _____
- Colorectal-Anal Impact Questionnaire (CARDI-7) _____
- Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ-7) _____

ДОДАТОК Є

Опитувальник FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI-19)

(Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., et al., 2000)

Запитання	Бали				
	5	4	3	2	1
1. Як часто Ви відчували статевий потяг за останні 4 тижні?	Майже завжди	Часто	Інколи	Рідко	Майже ніколи
2. Як би Ви охарактеризували ступінь статевого потягу за останні 4 тижні?	Дуже висока	Висока	Помірна	Низька	Дуже низька
3. Як часто Ви збуджуєтесь під час статевого акту?	Майже завжди	Часто	Інколи	Рідко	Майже ніколи
4. Як би Ви охарактеризували рівень сексуального збудження під час статевого акту за останні 4 тижні?	Дуже високий	Високий	Помірний	Низький	Дуже низький
5. Як би Ви охарактеризували рівень готовності до збудження під час статевого акту?	Дуже високий	Високий	Помірний	Низький	Дуже низький
6. Як часто Ви були задоволені ступенем збудження під час статевого акту за останні 4 тижні?	Майже завжди	Часто	Інколи	Рідко	Майже ніколи
7. Як часто відбувалося зволоження піхви під час статевого	Майже завжди	Часто	Інколи	Рідко	Майже ніколи

акту протягом останніх 4 тижнів?					
8. Наскільки важко було досягти бажаного зволоження піхви під час статевого акту за останні 4 тижні?	Легко	Відносно легко	Важко	Дуже важко	Неможливо
9. Як часто зволоження піхви зберігалось остаточно після статевого акту?	Майже завжди	Часто	Інколи	Рідко	Майже ніколи
10. Наскільки важко вдавалось підтримувати зволоження піхви остаточно статевого акта?	Легко	Відносно легко	Важко	Дуже важко	Неможливо

Підрахунок балів за анкетною FSFI-19

Домен	Питання	Бали	Фактор	Мінімум	Максимум
Потяг	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Збудження	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Любрикація	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Оргазм	11, 12, 13	0 – 5	0,4	0	6,0
Задоволення	14, 15, 16	0 – 5	0,4	0,8	6,0
Біль	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Підрахунок балів				2,0	36,0

ДОДАТОК И
Functional Movement Screen (FMS)
 (Cook G, Burton L, Hoogenboom BJ, Voight M., 2014)

1. Глибоке присідання (Deep Squat)

3 бали	2 бали	1 бал
Прямий тулуб. Таз нижче від рівня коліна. Коліна і жердина над стопами.	Прямий тулуб. Таз нижче від рівня коліна. Коліна і жердина над стопами (п'яти на дошці)	Частковий згин попереку. Стегно вище від рівня коліна. Коліна поза стопами.

2. Крок через бар'єр (Hurdle Step)

3 бали	2 бали	1 бал
Кульшові суглоби, коліна, стопи на одній лінії. Мінімальний рух попереком. Жердина паралельна до перекладини	Порушення рівноваги (осі). Сильний рух попереком. Жердина і перекладина не паралельні.	Контакт стопи з перекладиною. Втрата рівноваги.

3. Лінійний випад (In Line Lunge)

3 бали	2 бали	1 бал
Тулуб нерухомий Стопи на одній лінії Коліно доторкається до підлоги за п'ятою.	Тулуб рухомий Стопи не на осі Коліно не доторкається до опори	Втрата рівноваги

4. Мобільність плечей (Shoulder Mobility)

3 бали	2 бали	1 бал
Відстань між зап'ястками становить довжину долоні	Відстань між зап'ястками становить 1,5 долоні	Відстань між зап'ястками більша, ніж 1,5 довжини долоні.

5. Активне піднімання прямої ноги (Active Straight Leg Raise)

3 бали	2 бали	1 бал
П'ята знаходиться між кульшовим суглобом і половиною стегна	П'ята знаходиться між половиною стегна і серединою надколінника	П'ята знаходиться нижче від рівня середини надколінника

6. Стабільність тулуба при розгинанні рук (Trunk Stability Push Up)

3 бали	2 бали	1 бал
Жінка ставить великі пальці на рівні щік.	Жінка ставить великі пальці на рівні ключиці	Жінка не може виконати вправу

7. Кругова стабільність (Rotary Stability)

3 бали	2 бали	1 бал
Виконано 1 одностороннє повторення, прямий тулуб, коліно і лікоть доторкаються над дошкою	Виконано 1 повторення навскіс, прямий тулуб, коліна і лікоть доторкаються над дошкою	Не може виконати 1 повторення навскіс.

ДОДАТОК К АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень у практику Реабілітаційного центру св. Юди-Тадея

Я, що нижче підписалася, провідний фахівець Реабілітаційного центру св. Юди-Тадея Олексюк Л.І. склала цей акт про те, що аспірантка Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника Куравська Ю.С. – виконавець дисертаційної роботи на тему «Корекція післяпологових змін фізичного та психічного стану жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії», виконаного згідно плану науково-дослідних робіт Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, яка є фрагментом дослідження «Покращення функціонального стану, якості життя та корекція патологічних станів різного походження засобами терапії та реабілітації», № державної реєстрації 0123U01534 внесла у практику роботи Реабілітаційного центру св. Юди-Тадея такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження, Коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з використання	Ефект від впровадження
Програма фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину	Вперше розроблено комплексну програму фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину, яка ґрунтується на індивідуалізації процесу реабілітації з врахуванням особливостей перебігу післяпологового періоду та догляду за дитиною упродовж тривалого періоду часу (1 рік). Програму рекомендовано застосовувати у практичній діяльності Реабілітаційного центру св. Юди-Тадея	Розроблена програма фізичної терапії дозволила: - зменшити ризик виникнення слабкості м'язів тазового дна - Зменшити прояви післяпологової дорсопатії - покращити якість жінок починаючи з раннього післяпологового періоду - покращити психоемоційний стан жінок - полегшити виконання активностей, пов'язаних з доглядом за дитиною внаслідок покращення загального фізичного

Автор розробки:

Юлія КУРАВСЬКА

Представник організації розробки:

Перший проректор
Прикарпатського національного
університету імені Василя Стефаника,
доктор економічних наук, професор



Валентина ЯКУБІВ

Представник установи, де виконувалось впровадження:

Провідний фахівець
Реабілітаційного центру св. Юди-Тадея,
к.фіз.вих., доцент



Лілія ОЛЕКСЮК

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень у практику
Центру відновної медицини і реабілітації «АРАВМЕД»

Я, що нижче підписався, директор Центру відновної медицини і реабілітації «АРАВМЕД» Аравіцький О.Л. склав цей акт про те, що аспірантка Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника Куравська Ю.С. – виконавель дисертаційної роботи на тему «Корекція післяпологових змін фізичного та психічного стану жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії», виконаного згідно плану науково-дослідних робіт Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, яка є фрагментом дослідження «Покращення функціонального стану, якості життя та корекція патологічних станів різного походження засобами терапії та реабілітації», № державної реєстрації 0123U01534 внесла у практику роботи ЦВР «АРАВМЕД» такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження, Коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з використання	Ефект від впровадження
Програма фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину	Вперше розроблено комплексну програму фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину, яка ґрунтується на індивідуалізації процесу реабілітації з врахуванням особливостей перебігу післяпологового періоду та догляду за дитиною упродовж тривалого періоду часу (1 рік). Програму рекомендовано застосовувати у практичній діяльності ЦВР «АРАВМЕД»	Розроблена програма фізичної терапії дозволила: - зменшити ризик виникнення слабкості м'язів тазового дна - Зменшити прояви післяпологової дорсопатії - покращити якість жінок починаючи з раннього післяпологового періоду - покращити психо-емоційний стан жінок - полегшити виконання активностей, пов'язаних з доглядом за дитиною внаслідок покращення загального фізичного стану

Автор розробки:



Юлія КУРАВСЬКА

Представники організації розробки:

Перший проректор університету,
доктор економічних наук, професор



Валентина ЯКУБІВ

Представник установи, де виконувався впровадження:

Директор Центру відновної медицини і реабілітації
«АРАВМЕД»



Олег АРАВЦЬКИЙ

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень у навчальний процес
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Івано-Франківського національного медичного університету

Ми, що нижче підписалися, склали цей акт у тому, що за результатами наукового дослідження, виконаного відповідно до плану науково-дослідних робіт Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, яка є фрагментом дослідження «Покращення функціонального стану, якості життя та корекція патологічних станів різного походження засобами терапії та реабілітації», № державної реєстрації 0123U01534 за період з 30.04.2022 – 1.05.2023 виконавець теми Куравська Юлія Сергіївна внесла такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження, Коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з використання	Ефект від впровадження
Програма фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину, яка впроваджена у навчальний процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії для підготовки бакалаврів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія». Методичні матеріали для удосконалення змісту навчальної дисципліни «Фізична терапія в акушерстві та гінекології» для бакалаврів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я	Розроблено комплексну програму фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину, яка ґрунтується на індивідуалізації процесу реабілітації з врахуванням особливостей перебігу післяпологового періоду та догляду за дитиною упродовж тривалого періоду часу (1 рік). Рекомендовано для використання під час лекцій та практичних занять бакалаврів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я	Підвищення якості підготовки фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я

Автор розробки:

Юлія КУРАВСЬКА

Представники організації впровадження:

Перший проректор університету,
доктор економічних наук, професор

Валентина ЯКУБІВ

Представники установи, де виконувалось впровадження:

Завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
д.мед.н., професор

Ігор ЧУРПІЙ



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень у навчальний процес
кафедри фізичної та реабілітаційної медицини
Івано-Франківського національного медичного університету

Ми, що нижче підписалися, склали цей акт у тому, що за результатами наукового дослідження, виконаного відповідно до плану науково-дослідних робіт Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, яка є фрагментом дослідження «Покращення функціонального стану, якості життя та корекція патологічних станів різного походження засобами терапії та реабілітації», № державної реєстрації 0123U01534 за період з 30.04.2022 – 1.05.2023 виконавець теми Куравська Юлія Сергіївна внесла такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження, Коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з використання	Ефект від впровадження
Програма фізичної терапії жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину, яка впроваджена у навчальний процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії для підготовки бакалаврів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія». Методичні матеріали для удосконалення змісту навчальної дисципліни «Фізична реабілітація та реабілітаційні технології» для бакалаврів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я	Розроблено комплексну програму фізичної терапії для жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину, яка ґрунтується на індивідуалізації процесу реабілітації з врахуванням особливостей перебігу післяпологового періоду та догляду за дитиною упродовж тривалого періоду часу (1 рік). Рекомендовано для використання під час лекцій та практичних занять бакалаврів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я	Підвищення якості підготовки фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я

Автор розробки:

Юлія КУРАВСЬКА

Представники організації розробки:

Перший проректор Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника
 доктор економічних наук, професор



Валентина ЯКУБІВ

Представники установи, де виконувалось впровадження:

Завідувачка кафедри фізичної та реабілітаційної медицини Івано-Франківського національного медичного університету
 д.м.н., професор



Роксолана НЕСТЕРАК

ПІДПИС ЗАСВІДЧУЮ
 АСТУПНИК РЕКТОРА (НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ КАДРІВ)
 ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
 МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
 «03» жовтня 2023 р.
 Підпис: ЗАНЦК
 Прізвище: ЗАНЦК