

DOI: 10.21802/artm.2023.4.28.69
УДК 618.5-089.888.61+615.825

ОБҐРУНТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ УПРОДОВЖ ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Ю.С. Куравська¹, М.Г. Аравіцька², І.К. Чурпій¹, М.І. Кравчук¹, В.І. Гринчак¹

¹Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної терапії та ерготерапії, м. Івано-Франківськ, Україна

²Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, кафедра фізичної терапії, ерготерапії, м. Івано-Франківськ, Україна

ORCID ID: 0000-0002-1338-0757, e-mail: zxcvbnm2580@ukr.net

ORCID ID: 0000-0003-2000-823X; e-mail: aravmed@i.ua

ORCID ID: 0000-0003-1735-9418, e-mail: ch.igor.if@gmail.com

ORCID ID: 0000-0001-9415-8201, e-mail: linakravchuk4@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-5930-4039, e-mail: vikysjanika@gmail.com

Резюме. Упродовж останніх десятиліть кесарів розтин в акушерській практиці став інструментом, що дозволяє зберегти здоров'я і матері, і дитині. Сьогодні не викликає сумнівів роль кесарського розтину у зниженні перинатальної смертності та, дещо меншою мірою, – малокової захворюваності, хоча тільки підвищенням частоти проведення кесарського розтину не можна кардинально вирішити проблему перинатальної патології. За допомогою кесарського розтину на світ з'являються 20% всіх немовлят, а якщо тенденція збережеться, то до 2030 року цей показник збільшиться до 30%. Частка в Україні також зросла з 16% в 2009 році до 24% в 2019 році.

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.

Мета дослідження. Провести аналіз літературних та наукових джерел для створення програми фізичної терапії після кесарського розтину, спрямовану на покращення функціональних можливостей жінок та якості їх життя в контексті післяпологових фізичних та психічних змін.

Причиною збільшення частоти пологів за допомогою абдомінального пологорозрішення називають зміну профілів ризику серед жінок, що народжують вперше, що стають дедалі старшими. бажанням матері також відіграє певну роль.

Зростання частоти також розглядається у зв'язку із змінами у суспільстві – фінансовими, соціальним, культурними.

Висновки. 1. В усьому світі зростає 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.

2. 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.

Ключові слова: кесарський розтин, реабілітаційні втручання, вагітність, післяпологовий період, пологорозрішення, акушерська стратегія, фізична терапія, ерготерапія, мультидисциплінарний підхід, реабілітація, психологічна допомога.

Вступ. 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]. Тому упродовж останніх десятиліть кесарів розтин (КР) в акушерській практиці став інструментом, що дозволяє зберегти здоров'я і матері, і дитині [1, 2].

Сьогодні не викликає сумнівів роль КР у зниженні перинатальної смертності та, дещо меншою мірою, – малокової захворюваності [2], хоча тільки підвищенням частоти проведення КР не можна кардинально вирішити проблему перинатальної патології.

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 зросла з 16% в 2009 році до 24% в 2019 році [7, 8].

Обґрунтування дослідження. 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.

Мета дослідження. Провести аналіз літературних та наукових джерел для створення програми фізичної терапії після кесарського розтину, спрямовану на покращення функціональних можливостей жінок та якості їх життя в контексті післяпологових фізичних та психічних змін.

Результати дослідження. 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, соціальними, 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 унеможливує вагінальні пологи;
 - Хоріоамніоніт (синдром амніотичної інфекції): інфекція плаценти, плода, що вимагає негайного розродження;
 - Деформація тазу матері: анатомічна вада розвитку, що унеможливує 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 унеможливує 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 плода 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 показання 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 [33, 34]. 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 [25].

Ще однією причиною, яка часто обговорюється, є збільшення кількості пологів шляхом КР внаслідок збільшення кількості допоміжних репродуктивних втручань, які призводять до багатоплідної вагітності [46, 47]. 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 [39]. 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 ризику 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 пологорозршення [37]. 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% [38].

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]:

- Інтраопераційні ускладнення КР: інфекції, травмування органів (сечового міхура, кишечника, сечоводу тощо); ризики, пов'язані з анестезією; необхідність переливання крові; гістеректомія 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 тахіпноє [22, 24]. 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 [45]. Ще одним ускладненням, яке може виникнути після кесаревого розтину, є труднощі з грудним вигодовуванням [46].

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 [52]. Вчасно нескорегований пролапс тазових органів призводить до необхідності оперативного лікування, недосконалість технік якого спричиняє значну частоту рецидивів [47]. 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 [15].

Більшість досліджень, пов'язаних із профілактикою дисфункції МТД та лікуванням вже сформованої патології, проведено у жінок старше 45 років [38]. При цьому недостатньо уваги приділяється методикам раннього післяпологового відновлення та їх ефективності у віддалених періодах післяпологової реабілітації [49].

У післяпологовому періоді (незалежно від виду пологорозршення – природним чи абдомінальним шляхом) у жінок визначаються залишкові пострепродуктивні порушення, зумовлене гормонами розм'якшення білків сполучної тканини, ушкодження м'язів 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, незалежно 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 позиції 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.

Висновки.

1. В усьому світі зростає 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.

2. 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.

References:

1. 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
2. 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.
3. 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.000000000000023.
4. 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.
5. The Lancet. Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018;392(10155):1279. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32394-8.
6. 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.
7. 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
8. 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.
9. Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of Labor. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
10. 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.
11. 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.
12. 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
13. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med*. 2010;4(2):22-25.
14. Chauhan G., Tadi P. *Physiology, Postpartum Changes*. StatPearls Publishing, 2020.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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
19. Hryhus I., Chovpylo M., Ortenburher D. Rol fizychnoi aktyvnosti v protsesi fizychnoi reabilitatsii vahitnykh. *Fizychno vykhovannia, sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi.* 2018;2:102-110. doi:https://doi.org/10.29038/2220-7481-2018-02-102-110
20. Hryhus I. M. Otsinka efektyvnosti vplyvu zasobiv fizychnoi terapii na dynamiku asteno-depresyvnikh proiaviv u zhinok pislia abdominal-noho polohorozrishennia. *Rehabilitation & Recreation.* 2023;15:34-41. DOI https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.4
21. 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.
22. Danylchenko SI, Kanyhina SM. Kharakterystyka psykosomatychnoho statusu zhinok z endoprotezovanyim kulshovym suhlobom u pisliapolohovomu periodi ta efektyvnist yoho korektsii zasobamy fizychnoi terapii. *Eksperymentalna i klinichna medytsyna.* 2023;92(2):8s. https://doi.org/10.35339/ekm.2023.92.2.dak
23. 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.
24. Hryhus I. M. Korektsiia rukhovoho stereotypu zhinok z tsukrovym diabetom I typu, yaki perenesly kesariv roztyn, zasobamy fizychnoi terapii. *Art of Medicine.* 2023;2 (26):24-28. DOI: 10.21802/artm.2023.2.26.24
25. 2. Danylchenko SI, Kanyhina SM. Dynamika parametriv poperekovo-tazovoho boliu u zhinok z endoprotezovanyim kulshovym suhlobom, yaki perenesly kesariv roztyn, pid vplyvom prohramy fizychnoi terapii. *Medytsyna sohodni i zavtra.* 2023;92(1):25- 31. https://doi.org/10.35339/msz.2023.92.1.dak
26. 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
27. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(1):49-53. doi:10.3109/00016340903418777
28. Franz MB, Husslein PW. Obstetrical management of the older gravida. *Womens Health (Lond).* 2010;6(3):463-468. doi:10.2217/whe.10.26
29. 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.1471-0528.2001.0009.x
30. 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.
31. 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
32. 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
33. 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
34. David M, Kentenich H: Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Gynakologe.* 2008;41:21-27.
35. Brown RC, Mulligan A. 'Maternal Request' Caesarean Sections and Medical Necessity. *Clin Ethics.* 2023;18(3):312-320. doi:10.1177/14777509231183365
36. 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
37. Koirala P, Koirala I, Bajracharya S, Rijal H, Ghimire A, Chamlagain A. Postoperative Surgical Site Infection among Patients with Cesarean 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
38. 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
39. 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
40. 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
41. 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
42. 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

43. 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
44. 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
45. 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
46. 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
47. 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
48. AWMF: Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch (015/054).
49. 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.
50. 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.
51. 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
52. 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

e-mail: aramed@i.ua
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,
e-mail: ch.igor.if@gmail.com
ORCID ID:0000-0001-9415-8201,
e-mail: linakravchuk4@gmail.com
ORCID ID:0000-0002-5930-4039,
e-mail: vikysjanika@gmail.com

Abstract. Over the past decades, cesarean section in obstetric practice has become a tool that allows you to preserve the health of both the mother and the child. Today, there is no doubt about the role of cesarean section in reducing perinatal mortality and, to a lesser extent, infant morbidity, although only increasing the frequency of cesarean section cannot fundamentally solve the problem of perinatal pathology. 20% of all babies are born by cesarean section, and if the trend continues, this figure will increase to 30% by 2030. The share in Ukraine also increased from 16% in 2009 to 24% in 2019.

The intense pace of life, an extremely saturated information environment, environmental problems - all this creates a high level of daily stress impact, negatively affects the psychophysiological state of women during the vulnerable periods of pregnancy and after childbirth, which are characterized by intense adaptation processes, balancing on the border between health pits and disease.

The aim of the study. To conduct an analysis of literary and scientific sources for the creation of a program of physical therapy after cesarean section, aimed at improving the functional capabilities of women and their quality of life in the context of postpartum physical and mental changes.

The reason for the increase in the frequency of deliveries with the help of abdominal delivery is the changing risk profiles among women who give birth for the first time, who are getting older. the desire of the mother also plays a role.

The increase in frequency is also considered in connection with changes in society - financial, social, cultural.

Therefore, the problem of improving the recovery of women's health after childbirth against the background of a low birth rate and a high level of pregnancy and childbirth complications requires the introduction of new medical knowledge and technologies into practical rehabilitation and obstetrics, in particular physical therapy techniques, the use of which has a beneficial effect on the course of the postpartum period.

At the same time, the use of physical therapy among the thematic contingent of women is insufficiently covered in professional literary and scientific sources, especially from the standpoint of long-term observation and a comprehensive approach, which proves the insufficient state of practical development of this issue in Ukraine in accordance with the modern needs of society, which determines the relevance of the presented work .

Therefore, the correction of signs of body dysfunction in women in the postpartum period is an urgent issue of rehabilitation practice and, in particular, physical therapy, the solution of which will not only contribute to the improvement of women's lives during the period of implementation of the programs, but also reduce the likelihood of unwanted conditions associated with cesarean section in the future .

UDC 618.5-089.888.61+615.825

JUSTIFICATION OF FEATURES REHABILITATION INTERVENTIONS DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD

Yu.S. Kuravska, M.G. Aravitska, I.K. Churpiy,
M.I. Kravchuk, V.I. Hrynychak

ORCID ID: 0000-0002-1338-0757,
e-mail: zxcvbnm2580@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-2000-823X;

Conclusions.

1. All over the world, there is a growing tendency to further increase the frequency of childbirth by caesarean section, which leads to the fact that the problems of women's rehabilitation after their operative delivery acquire important medical and social significance.

2. A woman's condition directly affects her ability to care for and raise a child, return to work and social activity, as well as the quality of life, both personally and

within the framework of the environment. Therefore, certain recovery measures are necessary for their normalization as soon as possible.

Keywords: caesarean section, rehabilitation interventions, pregnancy, postpartum period, childbirth, obstetric strategy, physical therapy, occupational therapy, multidisciplinary approach, rehabilitation, psychological assistance.

Стаття надійшла в редакцію 14.11.2023 р.

Стаття прийнята до друку 24.11.2023 р.