

DOI: 10.21802/artm.2021.1.17.52.  
УДК 618.39

## АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНОГО РОДОРІЗРІШЕННЯ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Ю.С. Куравська

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, кафедра фізичної терапії, ерготерапії, м. Івано-Франківськ, Україна,  
ORCID ID: 0000-0002-1338-0757, e-mail: zxcvbnm2580@ukr.net*

**Резюме. Мета:** визначення впливу розробленої програми фізичної терапії на динаміку якості життя жінок після абдомінального родорозрішення (кесарів розтин – КР) у післяпологовому періоді

**Методи.** Обстежено 112 жінок після пологів. Групу порівняння склали 47 жінок, у яких пологи відбулись природним шляхом. Основну групу 1 склали 32 жінки після КР, які відновлювались самостійно. Основну групу 2 склали 33 жінки після КР, які проходили післяпологову реабілітацію впродовж 12 місяців. Розроблена програма включала: кінезітерапію, бандаж черевної порожнини, кінезіологічне тейпування, масаж живота та загальний; оздоровче харчування, психологічну релаксацію, освіту жінок. Визначення якості життя проводили за опитувальником SF-36 4 рази: у ранньому та пізньому післяпологовому періодах; через 6 та 12 місяців після пологів.

**Результати дослідження.** Визначено, що у жінок після пологів знизились показники фізичних та психічних компонентів якості життя. У ранньому післяпологовому періоді жінки після КР мали гірші показники фізичного та рольового функціонування, загального здоров'я, життєздатності за SF-36 порівняно із жінками після родорозрішення природним шляхом ( $p < 0,05$ ). Застосування засобів фізичної терапії дозволило до кінця пізнього пологового періоду жінкам після КР за всіма досліджуваними параметрами досягнути якості життя жінок групи порівняння ( $p > 0,05$ ). Жінки, які перенесли КР, але відновлювались самостійно, за більшістю критеріїв якості життя (крім соціального функціонування), змогли досягнути рівнів жінок, що народжували природним шляхом, тільки через рік.

**Висновки.** Засоби фізичної терапії доцільно призначати з першого дня післяпологового періоду з метою покращення якості життя і, відповідно, післяпологового відновлення жінок та швидкого повернення їх до повноцінного функціонування.

**Ключові слова:** кесарів розтин, реабілітація, фізична терапія жінок, пологи, акушерство.

**Вступ.** Впродовж останніх років 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 родорозрішення [1, 2].

Ще одним з важливих чинників зростання частоти КР у останні два десятиліття є проведення операції в інтересі плода. У цей час не викликає сумнівів роль КР у зниженні перинатальної смертності та, дещо у меншій мірі, – малюкової захворюваності [3]. Але виключно підвищення частоти проведення КР не можна вирішити проблемою перинатальної патології. Збільшення частоти абдомінального розродження 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 в нашій країні ще з 60-х років. За сучасними даними, від 30 до 60% вагітних, які перенесли КР, можуть народжувати самостійно з успішним результатом для матері і плода [2, 4].

У деяких випадках КР планується та призначається заздалегідь, у той час як у інших випадках це відбувається у 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 у 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 постури; 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 [6, 7].

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 [8, 9]. У післяпологовому періоді, додатково у зв'язку із потребою у догляді та годуванні дитини, змін внаслідок цього сну та відпочинку, підвищується метаболічне, психоемоційне навантаження, тиск на адаптаційні можливості регуляторних систем організму жінки на фоні перебудови та відновлення структурних та гормональних компонентів [3, 5, 10].

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.

**Обґрунтування дослідження.** Період, коли тіло матері після народження дитини переходить у фазу відновлення, відомий як постнатальний або післяпологовий період. Він починається після народження плода й найінтенсивніше відбувається продовж перших 6-8 тижнів. Крім широко прийнятого в Україні поділу на ранній (до 24 год) та пізній (до 6-8 тижня) післяпологові періоди [11], потрібно враховувати, що фізіологічні зміни в організмі жінки тривають набагато довше. Тому в цьому процесі дослідники 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) [6, 11]. Третя фаза, яка є пізньою фазою, пов'язана з відновленням тонуусу основних м'язів і сполучної тканини, протікає повільніше, ніж гостра і підгостра фази.

Це обумовлює необхідність пошуку нових критеріїв для оцінки стану здоров'я вагітних жінок, породіль, які б адекватно відображали стан їх фізичного, психологічного та соціального функціонування у післяпологовому періоді. Таким критерієм є оцінка рівня якості життя (ЯЖ) – індивідуального ставлення свого положення у житті суспільства, у контексті культури і систем цінностей цього суспільства, його збіг з індивідуальними цілями, планами, можливостями [13]. Незважаючи на явну актуальність питання, робіт, у яких робиться спроба висвітлити питання ЯЖ у жінок в період вагітності і післяпологовому періоді, а також висвітлення методів їх покращення, є недостатня кількість, вони носять розрізнений, фрагментарний характер [14].

**Мета дослідження:** визначення впливу розробленої програми фізичної терапії (ФТ) на динаміку якості життя жінок після абдомінального родорозрішення (кесарів розтин) у післяпологовому періоді.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведена порівняльна оцінка компонентів ЯЖ у 112 жінок після пологів.

Групу порівняння (ГП) склали 47 жінок (віком  $26,3 \pm 1,3$  роки), у яких пологи відбулись природним шляхом (ПР).

Основну групу склали 65 жінок, родорозрішених абдомінальним шляхом згідно з клінічним протоколом «Кесарів розтин» [11]. Вони були поділені на дві підгрупи згідно зі згодою щодо виконання рекомендацій в рамках розробленої програми фізичної терапії.

Основну групу 1 (ОГ1) склали 32 жінки віком  $25,8 \pm 0,9$  років, які не виявили бажання виконувати запропоновану програму фізичної терапії; їм були надані загальні рекомендації по самоогляду у післяпологовому періоді після КР (гігієна, обмеження рухового режиму внаслідок наявності післяопераційного рубця тощо).

Основну групу 2 (ОГ2) склали 33 жінки віком  $26,1 \pm 1,5$  років, які проходили післяпологову

реабілітацію, ефективність якої представлена у цьому дослідженні.

Критерії включення жінок у дослідження:

- Ранній післяпологовий період (до 24 год) після абдомінального родорозрішення (ОГ) або природних пологів (ГП);
- Відсутність важких ранніх гострих післяопераційних ускладнень (кровотеча, інфекція рани тощо) на момент обстеження;
- Відсутність гострої або загострення хронічної соматичної патології на момент обстеження;
- Інформована згода на участь у дослідженні (у контрольних обстеженнях для жінок ГП та ОГ1).

Критерії виключення: повторна вагітність або переривання вагітності впродовж періоду спостереження; невідповідність критеріям включення.

Розроблена програма тривала 12 місяців, впродовж яких застосовувались наступні засоби: кінезотерапія, бандаж черевної стінки (на ранніх стадіях), кінезіологічне тейпування, масаж живота (для профілактики злукового процесу навколо післяопераційного шва) та загальний; оздоровче харчування, психологічна релаксація, освіта жінок. Засоби фізичної терапії використовували для покращення настрою і психологічного стану; зниження тривожності і ризику розвитку депресії; покращення функції внутрішніх органів та загальної тренуваності; зниження ваги; профілактики злукового процесу черевної порожнини; зниження ризику хронічних захворювань; нормалізації функції тазового дна; профілактики та корекції післяпологового діастазу м'язів живота; нормалізації постави, зміненої внаслідок перерозподілу центру ваги у період вагітності; покращення сексуального здоров'я; 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. Особливістю програми було виконання рухових завдань з прив'язкою або у процесі рухової активності, пов'язаною із доглядом за дитиною – годуванням, прогулянками тощо, що спричиняло високу комплаєнтність жінок.

У процесі дослідження був використаний опитувальник «Medical outcomes study short form» (SF-36) [13]. Ця методика призначена для дослідження неспецифічної якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки лікування або реабілітації. 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал за двома компонентами:

- 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 – це найвища оцінка ЯЖ. Оцінки у балах за 8-ма шкалами складені таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ.

Опитування жінок проводили 4 рази: у ранньому післяпологовому періоді (до 24 годин після пологів, перебування у стаціонарі); у пізньому післяпологовому періоді (6-8 тижнів після пологів); 6 місяців після пологів; 12 місяців після пологів.

Дослідження проводилося з урахуванням принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження». У всіх включених у дослідження жінок було отримано інформовану згоду на участь в ньому. Протокол дослідження було обговорено та затверджено на засіданні комісії з біоетики Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, рішенням якої воно було схвалено.

Статистичну обробку результатів проводили в програмі «Microsoft Excel» 5.0. Для опису отриманих кількісних ознак, що мають нормальний розподіл, були розраховані середньоарифметичне значення, стандартне відхилення, стандартна помилка середнього. Статистично значущими вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

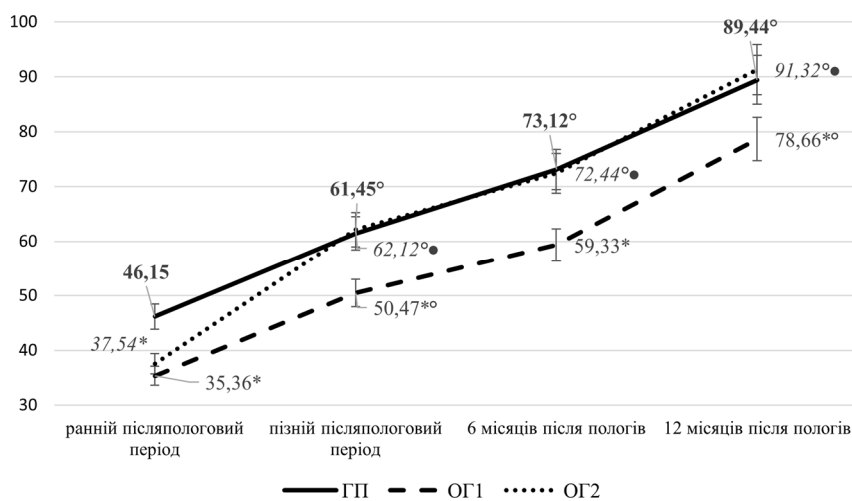
**Результати дослідження.** Фізична складова здоров'я (Physical health) у всіх жінок після пологів показала очікувано низький рівень з наступним покращенням впродовж року. При цьому найшвидший та

найінтенсивніший приріст ЯЖ переважно відбувався у період між раннім та пізнім післяпологовим періодами, потім дещо сповільнюючись.

Аналіз динаміки результатів шкали фізичного функціонування PF (рис. 1), що характеризує ступінь, у якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, тримання та годування дитини тощо) у ранньому післяпологовому періоді в обох групах жінок був низьким, але у жінок після КР цей рівень був достовірно гіршим ( $p < 0,05$ ), ніж при ПР, очевидно внаслідок раннього операційного періоду, фізичних обмежень, пов'язаних із наявністю свіжого післяопераційного шва.

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

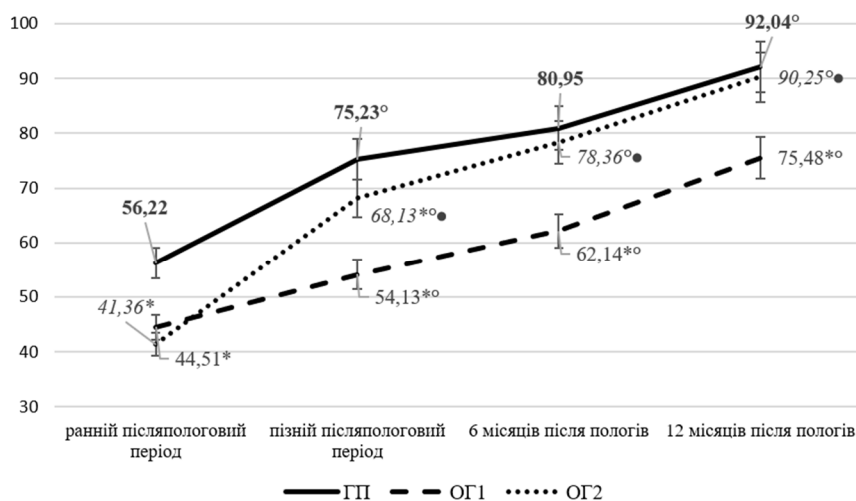
До моменту повторного обстеження у пізньому післяпологовому періоді у жінок ОГ2 вже виявились переваги розробленої програми ФТ: вони досягли за фізичним функціонування рівня жінок ГП та повторювали цю тенденцію впродовж всіх опитувань. Водночас жінки ОГ1, хоча теж продемонстрували покращення свого стану впродовж року, темп якого був значно повільніший, результати проміжних та кінцевого досліджень – статистично значуще гіршими, ніж ГП та ОГ2 ( $p < 0,05$ ).



**Рис. 1.** Динаміка результатів шкали РН опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР 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, що характеризує вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання побутової діяльності) у жінок, як перенесли ПР, хоча і виявила низький результат при первинному обстеженні, засвідчила їх поступове відновлення впродовж року спостереження (рис. 2). У групах жінок, які перенесли КР, у ранньому та пізньому післяпологовому періоді спостерігалось

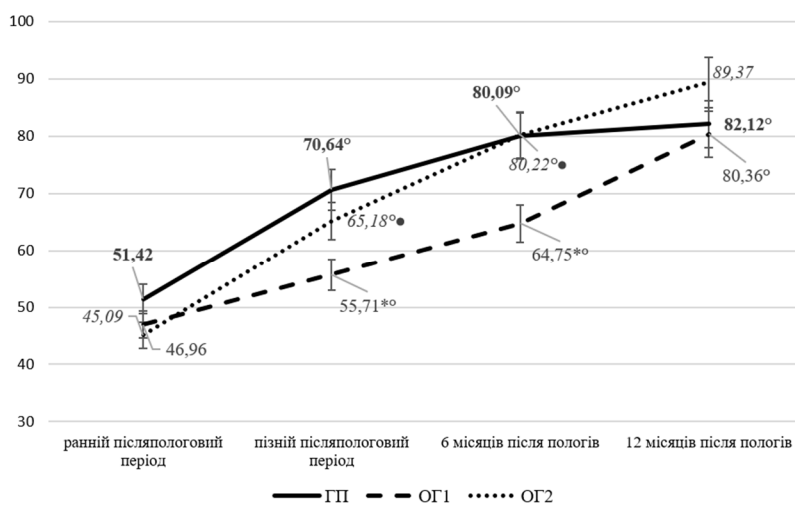
статистично значуще відставання рольового функціонування від ГП ( $p < 0,05$ ), очевидно у зв'язку із значними руховими обмеженнями внаслідок наявності рубця черевної порожнини та перебігом післяопераційного періоду. При всіх повторних обстеженнях результати ОГ2 були статистично значуще кращими від параметрів ОГ ( $p < 0,05$ ), а з шостого місяця зрівнялись з параметрами ГП.



**Рис. 2.** Динаміка результатів шкали RP опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР 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 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 у жінок больові відчуття у післяпологовому періоді можуть бути у ділянці спини, тазу, промежини, живота, а після КР – у ділянці шва. У ранньому післяпологовому періоді жінки всіх груп відчували біль та дискомфорт,

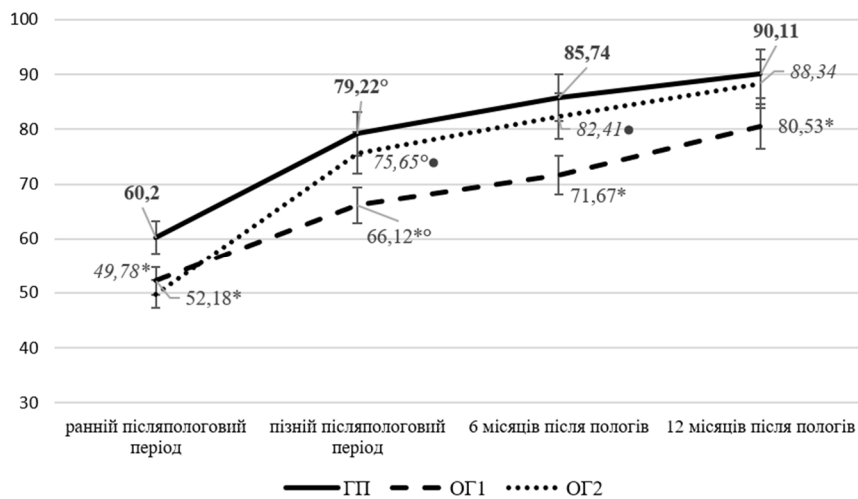
згладжений у жінок після КР прийомом знеболюючих засобів. Водночас у пізньому післяпологовому періоді вже чітко визначалась різниця між жінками ГП та ОГ2 порівняно з ОГ1, в групі яких продовжував зберігатись біль та дискомфорт (рис.3). Ця різниця поступово згладжувалась; через рік спостереження різниці між групами жінок не визначалось ( $p > 0,05$ ).



**Рис. 3.** Динаміка результатів шкали ВР опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР 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 жінками загального стану свого здоров'я і перспектив відновлення за шкалою GH жінки ГП показали задовільний вихідний результат та швидкий впевнений приріст вже у пізньому післяпологовому періоді (рис. 4). Жінки після КР значно відставали за вихідним результатом ( $p < 0,05$ ); при

першому повторному дослідженні тільки представниці ОГ2 наблизилась до ГП та далі від них не відставали ( $p < 0,05$ ), в той час як в ОГ1 відновлення було значно повільнішим.

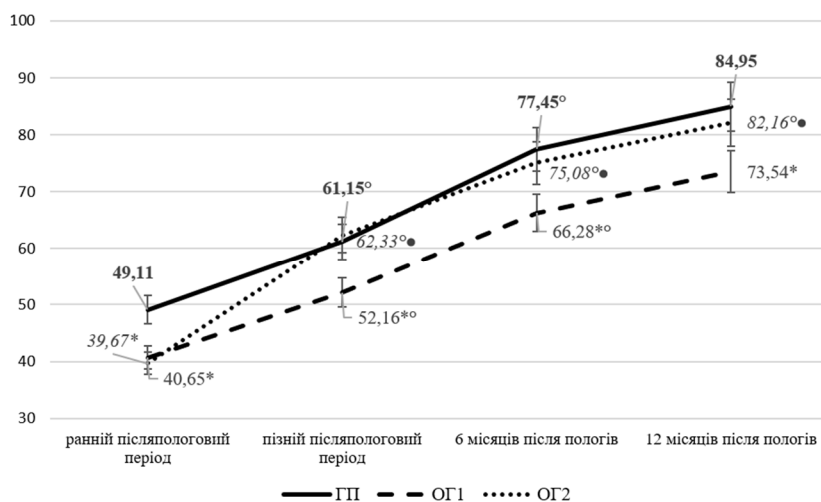


**Рис. 4.** Динаміка результатів шкали GH опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР та КР (\* –  $p < 0,05$  – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° –  $p < 0,05$  – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; –  $p < 0,05$  – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).

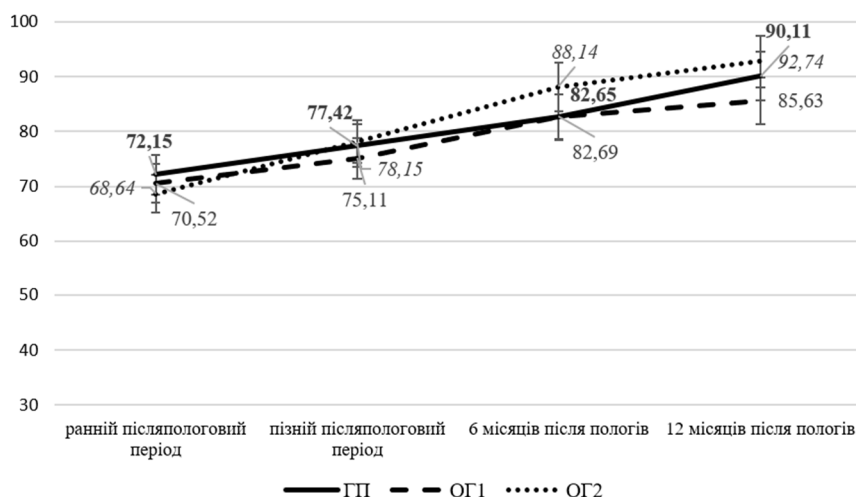
Результати опитування за шкалою VT – життєздатність, що має на увазі відчуття себе повною сил та енергії або, навпаки, знесиленою, засвідчило, що жінки у ранньому післяпологовому періоді відчуваються дуже виснаженими, особливо після КР, що характеризувалось статистично значущим гіршим результатом їх відносно стану жінок після природних пологів ( $p < 0,05$ ) (рис. 5). До кінця пізнього післяпологового періоду стан жінок ГП та ОГ2 почав покращуватися; ця тенденція зберігалася до кінця періоду

спостереження. Стан представниць ОГ1 хоча і теж постійно покращувався, проте при жодному контрольному спостереженні не досяг рівнів жінок ГП та ОГ2 ( $p < 0,05$ ).

Результати шкали SF – соціальне функціонування, що визначається ступенем, у якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність, засвідчили відносно однаково задовільний стан всіх груп жінок після пологів, який з часом покращувався і через рік спостереження досяг високого рівня (рис. 6).



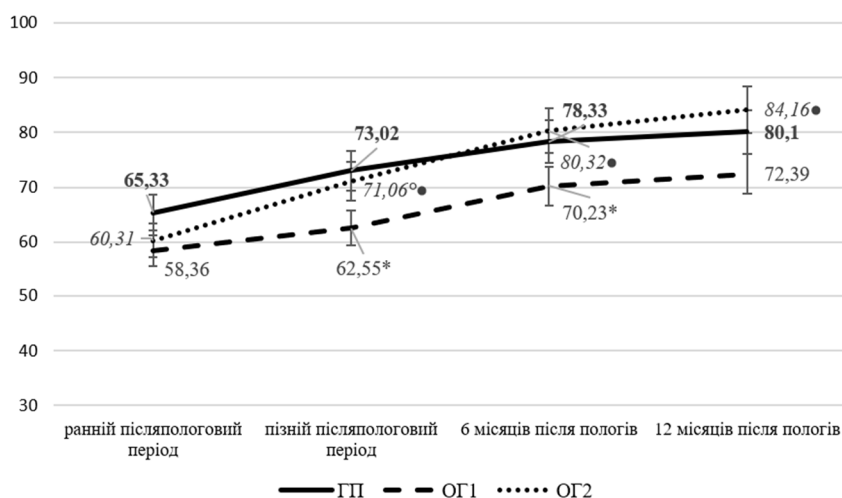
**Рис. 5.** Динаміка результатів шкали VT опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР та КР (\* –  $p < 0,05$  – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ОГ; ° –  $p < 0,05$  – статистично значуща різниця між відповідними параметрами відносно попереднього обстеження; –  $p < 0,05$  – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ОГ1 та ОГ2).



**Рис. 6.** Динаміка результатів шкали SF опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР 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).

Шкала RE характеризує вплив емоційного стану на рольове функціонування; передбачає оцінку ступеня, у якому 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 у післяпологовому періоді характеризував стан ризику виникнення післяпологової депресії (рис.

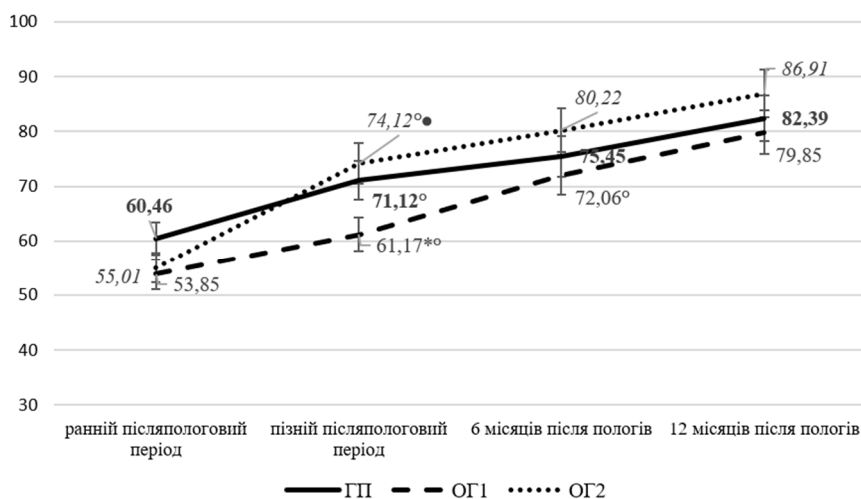
7). Покращення психоемоційного стану у жінок П та ОГ2 відбувалось повільно, але поступально; в той час як у жінок ГП1 цей процес перебігав повільніше, не досягаючи параметрів інших груп. Це свідчить про додаткову потребу у проведенні психоемоційної корекції жінок та залученні елементів психокорекції до програм відновлення їх здоров'я.



**Рис. 7.** Динаміка результатів шкали RE опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР 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).

Самооцінка жінками стану психічного здоров'я за шкалою МН, що характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій), також підтвердила наявність пригніченого психоемоційного стану в ранньому післяпологовому періоді (очевидно, внаслідок виражених больових

відчуттів та фізичного дискомфорту) (рис. 8). До кінця пізнього післяпологового періоду психоемоційний стан жінок ГП та ОГ покращився, в той час як параметри ОГ1 були статистично гіршими ( $p < 0,05$ ), зрівнявшись тільки на 6 місяці.



**Рис. 8.** Динаміка результатів шкали МН опитувальника SF-36 у жінок у післяпологовому періоді після ПР 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).

**Обговорення результатів.** Чітко намічена в усьому світі тенденція до подальшого збільшення частоти кількості пологів шляхом КР призводить до того, що проблеми реабілітації жінок після їх оперативного розродження набувають важливого медичного і соціального значення [1, 3]. Оскільки КР є серйозною операцією на органах черевної порожнини, то процес реабілітації породіллі стає відповідно складнішим, ніж при нормальних фізіологічних пологах.

У цей час мало вивчені особливості фізичного та соціально-психологічного статусу жінок, робляться тільки окремі спроби оцінки якості їх життя, як інтегрального показника стану здоров'я [1, 5], а програми реабілітації представлені переважно передпологовою підготовкою [3, 5, 7, 15].

Стиль життя жінки та, як наслідок, її фізичний, психоемоційний та соціальний статус після пологів зазнають корінних змін [3, 8, 9]. 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 родорозршення відбулося абдомінальним шляхом, призводить до вираженого порушення функціонування жінок.

Оптимізація якості життя, створення позитивних емоцій з метою забезпечення оптимального психоемоційного 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 [3, 7].

Впродовж післяпологового періоду у 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, поверненню 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.

#### Висновки:

1. У жінок після пологів знижуються показники фізичних та психічних компонентів якості життя (за опитувальником SF-36).
2. У ранньому післяпологовому періоді жінки після КР мають гірші показники фізичного функціонування, рольового функціонування, загального здоров'я, життєздатності за SF-36 порівняно із жінками після родорозршення природним шляхом ( $p < 0,05$ ).
3. Застосування засобів фізичної терапії дозволило до кінця пізнього пологового періоду жінкам після КР за всіма досліджуваними параметрами досягнути якості життя жінок, які народжували природним шляхом ( $p > 0,05$ ).
4. Жінки, які перенесли КР, але відновлювались самостійно за допомогою загальних рекомендацій, за більшістю критеріїв якості життя (крім соціального функціонування), змогли досягнути рівнів жінок, що народжували природним шляхом, тільки через рік після пологів.
5. Засоби фізичної терапії доцільно призначати з першого дня післяпологової реабілітації з метою покращення якості життя і, відповідно, післяпологового відновлення жінок та швидкого повернення їх до повноцінного функціонування.

#### References:

1. 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.

2. Litwicka K, Greco E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2013; 25(6):456-61. doi: 10.1097/GCO.000000000000023.
3. Hryshchenko OV, Hryshchenko MH, Kozub TO, Holovina OV. Shlyakhy znyzhennya akusherskoyi patolohiyi za rakhunok vykorystannya prohramy fizychnoyi reabilitatsiyi u vahitnykh zhinok v umovakh zhinochoyi konsultatsiyi. *Zbirnyk naukovykh prats asotsiatsiyi akusheriv-hinekologiv Ukrainy.* 2018; 1(41):47-52.
4. Gaydukov SN, Ivanova SA, Reznik VA. Issledovaniye kachestva zhizni u zhenshchin s rubtsom na matke posle abdominalnogo rodorazresheniya. *Vestnik Rossiyskoy voyenno-meditsinskoy akademii.* 2012; 4(40):64-6.
5. Bugayevskiy KA. Osobennosti reabilitatsii patsiyentok posle perenesennogo kesareva secheniya. *Bezopasnost zdorovya cheloveka.* 2017; 1:19-27.
6. Chauhan G, Tadi P. *Physiology, Postpartum Changes.* StatPearls Publishing. 2020; Mar, 15.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Aravitska M. Efektyvnist zasobiv fizychnoyi terapiyi v korektsiyi oznak dysfunktsiyi dykhalnoyi systemy u zhinok z abdominalnym ozhyrinnyam. *Ukrayinskyy zhurnal medytsyny, biolohiyi ta sportu.* 2020; 5(27):248-57. DOI: 10.26693/jmbs05.05.248
11. Nakaz Ministra okhorony zdorovya Ukrainy vid 27.12.2011 № 977. *Klinichnyy protokol z akusherskoyi dopomohy «Kesariv roztyin».* Access mode: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0977282-11#Text>
12. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med.* 2010;4(2):22-5.
13. 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.
14. Klimenko GYA, Starodubov VI, Govorov SV, Kostyukova NB, Choporov ON. Issledovaniye kachestva zhizni beremennykh zhenshchin kak novyy integralnyy pokazatel otsenki sostoyaniya ikh zdorovya. *Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya.* 2010; 9:131-3.
15. Hryhus I, Chovpylo M, Ortenburher D. Rol fizychnoyi aktyvnosti v protsesi fizychnoyi reabilitatsiyi vahitnykh. *Fizychno vykhovannya, sport i kultura zdorovya u suchasnomu suspilstvi.* 2018; (42):102-10 <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2018-02-102-110>

УДК 618.39

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Ю.С. Куравская

*Прикарпатский национальный университет имени Василия Стефаныка, кафедра физической терапии, эрготерапии,**г. Ивано-Франковск, Украина,  
ORCID ID: 0000-0002-1338-0757,  
e-mail: zxcvbnm2580@ukr.net*

**Резюме.** Цель: определение влияния разработанной программы физической терапии на динамику качества жизни после абдоминального родоразрешения (кесаревого сечения – КС) в послеродовом периоде.

**Методы.** Обследовано 112 женщин после родов. Группу сравнения составили 47 женщин, у которых роды состоялись естественным путем. Основную группу 1 составили 32 женщины после КР, которые восстанавливались самостоятельно. Основную группу 2 составили 33 женщины после КР, которые проходили послеродовую реабилитацию в течение 12 месяцев. Разработанная программа включала: кинезитерапию, бандаж брюшной полости, кинезиологическое тейпирование, массаж живота и общий; оздоровительное питание, психологическую релаксацию, образование женщин. Определение качества жизни проводили по опроснику SF-36 4 раза: в раннем и позднем послеродовом периодах; через 6 и 12 месяцев после родов.

**Результаты исследования.** Определено, что у женщин после родов снизились показатели физических и психических компонентов качества жизни. В раннем послеродовом периоде женщины после КР имели худшие показатели физического и ролевого функционирования, общего здоровья, жизнеспособности по SF-36 по сравнению с женщинами после родоразрешения естественным путем ( $p < 0,05$ ). Применение средств физической терапии позволило к концу позднего родового периода женщинам после КР по всем исследуемым параметрам достичь качества жизни группы сравнения ( $p > 0,05$ ). Женщины, перенесшие КР, которые восстанавливались самостоятельно, по большинству критериев качества жизни (кроме социального функционирования) смогли достичь уровней женщин, рожавших естественным путем, только через год.

**Выводы.** Средства физической терапии целесообразно назначать с первого дня послеродового периода с целью улучшения качества жизни и,

соответственно, послеродового восстановления женщин и скорейшего возвращения их к полноценному функционированию.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, реабилитация, физическая терапия женщин, роды, акушерство.

UDC 618.39

**ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE  
DYNAMICS OF WOMEN AFTER ABDOMINAL  
ACCOUCHEMENT IN THE POSTPARTUM  
PERIOD UNDER THE INFLUENCE OF THE  
PHYSICAL THERAPY PROGRAM**

Yu.S. Kuravska

*Vasyl Stefanyk Precarpathian National University,  
Department of Physical Therapy, Ergotherapy,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0002-1338-0757,  
e-mail: zxcvbnm2580@ukr.net*

**Abstract. Purpose:** to determine the impact of the developed program of physical therapy on the dynamics of the quality of life after abdominal accouchement (caesarean section - CS) in the postpartum period.

**Methods.** A comparative assessment of the components of the quality of life in 112 women after childbirth was carried out. The comparison group consisted of 47 women who had a natural childbirth. The main group consisted of 65 women after CS. The main group 1 consisted of 32 women who did not want to carry out the proposed program of physical therapy; they were provided with general recommendations for self-observation in the postpartum period after cesarean section. The main group 2 consisted of 33 women who underwent postpartum rehabilitation, the effectiveness of which is presented in this study. The program lasted 12 months, during which the following means were used: kinesiotherapy, abdominal wall bandage, kinesiotaping, general and abdominal massage; wellness nutrition, psychological relaxation, education for women. Physical therapy has been used to improve mood and psychological well-being; reducing anxiety and the risk of developing

depression; improving the function of internal organs and general fitness; weight loss; prevention of adhesions of the abdominal cavity; reducing the risk of chronic diseases; normalization of the function of the pelvic muscles; prevention and correction of postpartum diastasis of the abdominal muscles, normalization of posture, altered as a result of the redistribution of the center of gravity during pregnancy; improving sexual health; improving the quality of life, taking into account the physiological and pathological changes in the body of a woman after childbirth and lactation, lifestyle changes taking into account contextual factors; return to the usual everyday and professional activity with a high level of performance and psycho-emotional state. A feature of the program was the performance of motor tasks with binding or in the process of motor activity associated with caring for a child - feeding, walking, etc., which caused a high compliance of women.

The quality of life was determined using the "Medical outcomes study short form" (SF-36) questionnaire 4 times: in the early postpartum period (up to 24 hours after delivery) in the late postpartum period (6-8 weeks after delivery); 6 and 12 months after childbirth

**Research results.** In women after childbirth, there was a decrease in the indicators of physical and mental components of the quality of life. In the early postpartum period, women after CS had the worst indicators of physical functioning, role functioning, general health, vitality according to SF-36 compared to women after natural childbirth ( $p < 0.05$ ). By the end of the late postpartum period, the use of physical therapy allowed women after CS to achieve the quality of life in all studied parameters, who gave birth naturally ( $p > 0.05$ ). Women who underwent CS, but recovered on their own with the help of general recommendations, according to most criteria of quality of life (except for social functioning) were able to reach the levels of women who gave birth naturally only after a year.

**Conclusions.** It is advisable to prescribe physical therapy means from the first day of postpartum rehabilitation in order to improve the quality of life and, accordingly, postpartum recovery of women and their quick return to full functioning.

**Keywords:** caesarean section, rehabilitation, physical therapy for women, childbirth, obstetrics.

Стаття надійшла в редакцію 10.01.2021 р.