DOI: 10.21802/artm.2021.2.18.84.
УДК 618.39

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОЗНАКИ ДОРСОПАТІЙ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КЕСАРІВ РОЗТИН

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 (ФТ) на динаміку ознак дорсопатій у жінок у післяпологовому періоді після кесаревого розтину (КР).

Методи. Обстежено 112 жінок після пологів. Групу порівняння (ГП) склали 47 жінок, які народжували природним шляхом. Основну групу 1 (ОГ1) склали 32 жінки після КР, які відновлювались самостійно. Основну групу 2 (ОГ2) склали 33 жінки після КР, які проходили післяпологову ФТ впродовж 12 місяців (кінезіотерапія, бандаж черевної порожнини, кінезіологічне тейпування, масаж живота та загальний; оздоровче харчування, психологічна релаксація, освіта жінок). Визначення ознак дорсопатії (інтенсивності болю за ВАШ, рухомості хребта за пробами Ott, Schober, Tomaer, Седіна, змін життєдіяльності за Roland-Morris Disability Questionnaire та Pregnancy Mobility Index) проводили на 5-7 день після пологів, у пізньому післяпологовому періоді; через 6 та 12 місяців.

Результати. Дорсопатії у жінок проявились у вигляді помірного болю у спині, зменшення рухливості хребта, обмеження життєдіяльності. Застосування засобів ФТ дозволило до кінця пізнього пологового періоду жінкам після КР статистично значуще ($p < 0,05$) покращити результати ВАШ та анкет Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index у порівнянні з параметрами ОГ1 та ГП. За показниками гнучкості хребта жінки ГП та ОГ2 змогли досягнути нормалізації через 6 місяців після пологів, жінки ОГ1 – через рік. Жінки, які відновлювались після КР самостійно, за вираженістю ознак дорсопатій досягнули рівнів жінок, що народжували природним шляхом, та жінок, які проходили програму ФТ, через рік після пологів.

Висновки. Засоби фізичної терапії доцільно призначати з першого дня післяпологової реабілітації з метою зменшення інтенсивності ознак дорсопатії та профілактики хронізації больового синдрому.

Ключові слова: кесарів розтин, реабілітація, фізична терапія жінок, післяпологовий період, дорсопатії.

Вступ. Дорсопатія об'єднує ряд больових синдромів в області спини невісцеральної етіології, пов'язаних з дегенеративними та / або запальними захворюваннями хребта та прилеглих до нього м'язів. Упродовж життя дорсалгія виникає у 90% населення у розвинених країнах та щорічно вперше виявляється у 20-25% людей [1]. Під час вагітності симптоми дорсопатії виникають вперше або посилюються – за даними ряду авторів, їх поширеність у цей період досягає 90% [2, 3]. Зокрема, 50% жінок впродовж вагітності скаржаться на болі в області попереку, 20% страждають від болю в області тазу та лонного зчленування, у 20% констатують радикулопатію поперекового відділу хребта [1, 4]. При цьому приблизно половина жінок з початковим проявом попереково-крижового болю під час вагітності продовжує страждати від них у післяпологовому періоді впродовж року, а у 20% жінок симптоматичні болі тривають впродовж 3 років після пологів [1, 5].

Актуальність проблеми пов'язана не тільки з високою поширеністю, а й зі складнощами диференціальної діагностики, з загрозою переривання вагітності та синдромом хронічної тазової болі, а також обмеженням спектру лікувальних заходів, що викликають медикаментозну терапію стандартними проти-запальними засобами, маніпуляційні техніки мануальної терапії тощо [6, 7]. Це зумовлює потребу ство-

рення програм відновлення стану здоров'я жінок впродовж вагітності та після пологів із врахуванням структурно-функціональної перебудови їх організму, фізичного та психічного навантаження, неможливості корегувати больовий синдром більшістю препаратів.

Обґрунтування дослідження. Вагітність спричиняє в організмі жінки істотні анатомічні, функціональні та біохімічні зміни. Серед факторів, що зумовлюють виникнення больового синдрому у спині, провідну роль відіграють зміни біомеханіки, до яких в першу чергу відноситься збільшення маси тіла жінки з перерозподілом навантаження послідовно на хребетно-рухові сегменти L_{IV} - L_{V} - S_1 , потім на кульшові суглоби та зміна постави через зміщення центру ваги у сагітальній площині за рахунок збільшеної матки. Компенсаторний гіперлордоз, що виникає під час вагітності, створює додаткове навантаження на поперековий відділ хребта, нахил тазу вперед збільшується, м'язи черевного преса розтягуються, зростає напруження у попереково-клубових м'язах та м'язах-розгиначах спини. Регіональний постуральний дисбаланс супроводжується двостороннім вкороченням попереково-клубових м'язів, розгиначів спини, ослабленням прямих м'язів живота, великих та середніх сідничних м'язів з обох сторін [2, 8].

З ранніх строків вагітності змінюється співвідношення статевих гормонів, збільшуються конче-

нтрації естрадіолу та прогестерону, релаксину, пік чого припадає на кінець першого триместру і залишається високим до кінця вагітності. Внаслідок впливу плацентарних гормонів змінюється співвідношення глікозаміногліканів, колаген деполімеризується, відбувається розм'якшення сполучної тканини, втрачається структурна опора немієлінізованих нервових волокон [9]. Це стає предиктором того, що тканини легше піддаються змінам під вагою матки. Фізіологічне розм'якшення тазових зв'язок, включаючи лонне та крижово-клубові зчленування, призводить до активації міофасціальних тригерних зон у м'язах та зв'язках тазу, що також може привести до виникнення тазового болю у результаті розтягування капсули і зв'язок крижово-клубових суглобів, що мають багату ноцицептивну іннервацію [7, 9].

Ще однією причиною порушення метаболізму м'язів у поперековому відділі хребта і, відповідно, предиктором болю, є локальні судинні зміни. Якщо вагітні жінки сплять на спині, то протік порожнистої вени може бути стиснутий збільшеною маткою. Подальший венозний застій, зокрема у дугласовому просторі, зменшення регіональної кисневої насиченості може привести до гіпоксії нейронних структур, посилюючи таким чином біль у попереково-крижовому відділі хребта, або провокувати появу нічних болів [5, 10].

Відповідно після пологів (незалежно від виду родорозрішення – природним чи абдомінальним шляхом) у організмі жінки наявні постуральні порушення (м'язовий дисбаланс), зумовлене гормонами розм'якшення білків сполучної тканини, ушкодження м'яких тканин тазового дна і, за умов кесаревого розтину, – м'язів черевної порожнини. У той же час трансформації стилю життя по типу глобальних змін фізичного та психічного стереотипу фактично за умов відсутності можливості шадного відновлення сповільнює загоєння тканин та спричиняє виникнення деяких аспектів хронізації болю з позицій його біопсихосоціальної моделі [1]. Тому корекція ознак дорсопатій 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 вираженість вертеброгенного больового синдрому у майбутньому.

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

Матеріали і методи. У дослідженні прийняли участь 112 жінок після пологів.

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

Основну групу склали 65 жінок, родорозрішених абдомінальним шляхом згідно з клінічним протоколом «Кесарів розтин» [11], які були поділені на дві підгрупи згідно зі згодою щодо виконання рекомендацій у рамках розробленої програми ФТ. Основну групу 1 (ОГ1) склали 32 жінки віком $25,8 \pm 0,9$ років, яким були надані загальні рекоменда-

ції по самодогляду у післяпологовому періоді після КР (дотримання гігієни, обмеження рухової активності внаслідок наявності післяопераційного рубця тощо), оскільки вони виявили бажання відновлюватися самостійно, без реабілітаційного втручання. Основну групу 2 (ОГ2) склали 33 жінки віком $26,1 \pm 1,5$ років, які проходили післяпологову ФТ, ефективність якої представлена у цьому дослідженні.

Критерії включення жінок у дослідження: післяпологовий період після родорозрішення природним (ГП) або абдомінальним (ОГ) шляхом; перший перенесений кесарів розтин; 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 ГП та ОГ1).

Критерії виключення: родорозрішення при багатоплідній вагітності, ускладнений післяпологовий період, повторна вагітність або переривання вагітності впродовж періоду спостереження; професійні заняття спортом до вагітності та у період спостереження; невідповідність критеріям включення.

Розроблена програма ФТ тривала 12 місяців, починаючи з раннього післяпологового періоду, впродовж яких застосовувались наступні засоби: кінезіотерапія, бандаж черевної стінки (на ранніх стадіях), кінезіологічне тейпування живота та спини, масаж живота (для профілактики злукового процесу навколо післяопераційного шва) та загальний (у тому числі спини); оздоровче харчування, психологічна релаксація, освіта жінок. Основою кінезіотерапії як основного методу, який впливав на ознаки дорсопатії, було функціональне тренування (для нормалізації рухового стереотипу, відновлення м'язів тулуба та кінцівок, постави) з прив'язкою до побутових рухів по догляду за дитиною. Впродовж перших тижнів після КР обмежували рухи, які б сприяли напруженню післяопераційного шва, обирали полегшені вихідні положення. Жінок навчали оптимального динамічного стереотипу з уникненням перевантаження спини під час звичних рухів – піднімання, годування дитини, перенесення дитячого візочка тощо.

Метою застосування засобів ФТ також було покращення настрою, психологічного стану, зниження тривожності та ризику розвитку післяпологової депресії (які є факторами хронізації болю, зокрема болю у спині); покращення функції внутрішніх органів та загальної тренуваності; зниження маси тіла; профілактика злукового процесу черевної порожнини; зниження ризику хронічних захворювань; нормалізація функції тазового дна та сексуального здоров'я; профілактика та корекції 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.

Дорсопатію у жінок характеризували за допомогою визначення ознак її поширеності, інтенсивності дорсалгії за 10-бальною візуальною аналоговою

шкалою (ВАШ); проведення стандартних проб для визначення рухливості хребта – Отта (грудного відділу), Шобера (поперекового відділу), Томаєра (загальної рухомості), Седіна (рухомості у сагітальній площині) [12]; опитування за 24-бальною анкетною Роланда-Моріса (Roland-Morris Disability Questionnaire) для визначення характеру та ступеня обмежень життєдіяльності внаслідок болю в спині [13]; анкетування за Pregnancy Mobility Index (PMI), призначеного для оцінювання обмеження життєдіяльності жінок з болями у спині та тазі впродовж вагітності та у післяпологовому періоді за шкалами щоденної домашньої мобільності (Daily mobility in the house – 7 запитань), побутової активності (Household activities – 9 запитань), непобутової (зовнішньої) активності (Mobility outdoors – 8 запитань) [14].

Обстеження жінок проводили 4 рази: на 5-7 день після пологів (на момент виписування зі стаціонару); кінець пізнього післяпологового періоду (6-8 тижнів після пологів); 6 та 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 значен-

ня, стандартне відхилення, стандартна помилка середнього. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Під час з'ясування анамнезу ознак дорсопатій впродовж вагітності більшість обстежених жінок зазначали болі у спині: на періодичні епізодичні болі скаржилися 57% в ГП, 50% в ОГ1 та 55% в ОГ2. Регулярні тривалі болі у спині визначали 26%, 34% та 30% жінок відповідних груп. Отже, загальна поширеність ознак дорсопатій у обстежених жінок впродовж вагітності сягала майже 80%.

У післяпологовому періоді частота поширеності больового синдрому зменшилась вже на момент виписування зі стаціонару, очевидно внаслідок зникнення компонента перевантаження (рис. 1). Факторами, які посилювали або провокували дорсалгію, жінки називали тривале лежання, сидіння або стояння, перенесення візочка, піднімання і перенесення дитини, догляд за нею. При першому обстеженні больовий синдром виявлявся частіше в ОГ1, у той час як у ГП та ОГ2 його поширеність була майже однаковою, що свідчить про доцільність раннього початку програми ФТ жінок після пологів з позицій зменшення ознак дорсалгії.

Аналізуючи динаміку розповсюдженості болю в спині впродовж року після пологів можна визначити, що під час всіх обстежень були виявлені жінки з ознаками дорсалгій. Найчастіше вони визначались у групі ОГ1 і відновлювались після КР самостійно. Водночас, застосування програми ФТ призвело до швидкого та вираженого ефекту зменшення поширеності болю серед жінок ОГ2.

Рис. 1. Частота виявлення симптомів дорсалгій у жінок (у %) у післяпологовому періоді після ПР та КР.

При визначенні інтенсивності болю у спині за ВАШ при першому обстеженні всі жінки з дорсалгіями характеризували її інтенсивність як середню (рис. 2), а цифровий показник ОГ1 був статистично значуще більшим параметрів ГП, $p < 0,05$ (що свідчить про необхідність раннього, з першого дня після пологів, початку реабілітаційних заходів у жінок після КР). Очевидно, наявність дорсалгії у ранніх періодах

після пологів пов'язана зі зміною біомеханічного розподілу навантаження на таз, хребет, іррадіацією збудження по нервових сплетеннях малого тазу внаслідок травмування тканин упродовж пологів. 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 порівняно з жінками інших груп ($p < 0,05$).

Рис. 2. Динаміка результатів визначення інтенсивності дорсалгії за ВАШ (бали) 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 первинному обстеженні виявлено обмеження рухливості хребта за всіма пробами у всіх жінок, незалежно від наявності дорсалгії (табл. 1). Очевидно, це було наслідком тривалої зміни рухового паттерну тулуба та перерозподілу біомеханічного навантаження, залишковими запальними та больовим відчуттями у органах малого тазу, 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, $p < 0,05$).

Аналіз динаміки проб з визначення рухомості хребта показав наступний результат. Жінки ГП змогли швидше досягнути показників коридору норми за пробами Отта та Шобера – вже наприкінці пізнього післяпологового періоду. Жінкам ОГ2 вдалося нормалізувати рухливість хребта та зрівнятися з показниками ГП через 6 міс після пологів, представницям ОГ1 – через рік. 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 – ГП ($p < 0,05$).

Порушення у доменах «Структура та функції» Міжнародної класифікації функціонування (більш зменшення рухливості хребта жінок) логічно призвело до порушень їх активності та участі.

При визначенні обмеження життєдіяльності внаслідок болю у спині за анкету Роланда-Моріса у післяпологовому періоді клінічно значущими змінами (більше 7 балів) характеризувались всі групи жі-

нок з дорсалгіями при першому обстеженні, ГП та ОГ1 при другому, тільки ОГ1 при третьому (рис. 3). 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). Впровадження розробленої програми ФТ, насамперед – функціонального тренування, адаптованого до рухів по догляду за дитиною, виявило швидкий статистично значуще кращий ($p < 0,05$) порівняно 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 у осіб всіх груп виявлено поодинокі ознаки дорсопатій за анкету Роланда-Моріса на рівні, який не досягав клінічної значущості, але їх кількісні характеристики у осіб ОГ2 були статистично значуще кращими, ніж у осіб ГП та ОГ1 ($p < 0,05$).

Результати тестування за анкету Роланда-Моріса перекликаються з динамікою показників підшкाल РМІ (табл. 2). У всіх групах жінок спостерігалося 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, які досягали рівнів ГП ($p > 0,05$), незважаючи на неповне загоєння післяопераційного рубця. При другому обстеженні результати жінок ГП та ОГ2 статистично значуще не відрізнялись між собою, а під час третього та четвертого обстежень показники ОГ2 були кращими від параметрів ГП та ОГ1 ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Динаміка результатів проб для визначення гнучкості хребта жінок у післяпологовому періоді після ПР та КР

Проби для визначення гнучкості хребта, см	5-7 день після пологів (виписка зі стаціонару)	6-8 тижнів після пологів (кінець пізнього післяпологового періоду)	6 міс після пологів	12 міс після пологів
ОТТА				
ГП (n=47)	3,15±0,11	4,04±0,15°	5,12±0,09°	5,26±0,12
ОГ1 (n=32)	2,67±0,14*	3,17±0,13*°	4,89±0,09*°	5,11±0,13
ОГ2 (n=33)	2,72±0,09*	3,85±0,12*°●	5,18±0,07°●	5,43±0,09°●
ШОБЕРА				
ГП (n=47)	5,15±0,12	6,31±0,22°	6,70±0,15	6,91±0,10
ОГ1 (n=32)	4,26±0,09*	5,19±0,12*°	6,03±0,18*°	6,58±0,15*°
ОГ2 (n=33)	4,94±0,08*	5,39±0,08*°	6,82±0,13°●	7,32±0,13°●
Томайєра				
ГП (n=47)	7,15±0,23	5,23±0,07°	2,05±0,14°	0,16±0,05°
ОГ1 (n=32)	12,36±1,02*	8,13±0,22*°	4,16±0,13*°	1,26±0,07*°
ОГ2 (n=33)	11,65±0,97*	5,09±0,11°●	1,63±0,09*°●	0,09±0,03°●
Сєдіна				
Нахил вперед				
ГП (n=47)	5,68±0,28	6,24±0,16°	7,01±0,26°	7,15±0,12
ОГ1 (n=32)	4,66±0,19*	5,25±0,09*°	6,14±0,11*°	7,02±0,16°
ОГ2 (n=33)	4,73±0,22*	6,12±0,15°●	7,13±0,20°●	7,68±0,11*°●
Нахил назад				
ГП (n=47)	3,75±0,16	4,30±0,15°	5,05±0,23°	5,36±0,26
ОГ1 (n=32)	2,68±0,20*	3,46±0,19*°	4,42±0,33*°	5,17±0,09°
ОГ2 (n=33)	2,85±0,08*	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.

Рис. 3. Динаміка результатів опитування за анкетой Роланда-Моріса (кількість позитивних відповідей) у жінок з дорсалгіями 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).

Таблиця 2

Динаміка результатів РМІ жінок у післяпологовому періоді після ПР та КР

Шкала РМІ, трансформовані бали	5-7 день після пологів (виписка зі стаціонару)	6-8 тижнів після пологів (кінець пізнього післяпологового періоду)	6 міс після пологів	12 міс після пологів
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.

Обговорення результатів. Дорсопатії є однією з провідних причин інвалідності, значно позначаються на якості життя пацієнта та його працездатності, а також залишаються основними причинами звернення за медичною допомогою у будь-якому віці [1]. Відповідно, реабілітація дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта – це складний багатоступінчастий процес з використанням великої кількості різнонаправлених методів та засобів [1, 6, 7].

Родорозрішення не виключає збереження м'язово-скелетного болю, тривалість якого не обмежена раннім післяпологовим періодом. Біль здатний зберігатися впродовж 12 місяців [3], 3 і навіть 11 років [9, 15]. Хронічний біль (тривалістю більше 3 місяців) у спині загрожує серйозним психологічним порушенням, пригніченим станом; його ризик збільшується у жінок у поєднанні із післяпологовою депресією [1, 15].

Всі дослідники одногласно вказують, що вагітність та післяпологовий період (внаслідок лактації) суттєво обмежує ресурс діагностичних і лікувальних заходів дорсопатій. Це надає пріоритетного значення засобам фізичної терапії – кінезітерапії, преформованим фізичним факторам, застосуванню бандажів, акупунктури, масажу, релаксації, йоги тощо, оскільки медикаментозна терапія часто є обмеженою [6, 7, 10].

Проблема фізичної терапії жінок із дорсопатіями у післяпологовому періоді при різних шляхах родорозрішення є однією з актуальних та маловивчених у сучасній реабілітації. Відновленню стану здоров'я жінок після родорозрішення приділяється мало уваги, хоча у цей період вони є надзвичайно вразливими через виснаженість організму на фоні підвищених зовнішніх потреб, зумовлених народженням дитини.

Особливий контингент складають жінки, які перенесли КР. Відновлення їх рухового стереотипу має особливості, пов'язані із наявністю післяопераційного рубця [11].

Отримані у нашому дослідженні результати підтверджують актуальність реабілітації жінок не тільки у ранньому та пізньому післяпологових періодах, але й упродовж достатньо тривалого періоду часу, що пов'язано із збільшеним навантаженням на організм жінок. Також нами продемонстровано, що ранній початок реабілітації після пологів, з перших годин, зокрема рухове навчання, призводять до швидкого ефекту з позицій покращення життєдіяльності, навіть на етапі перебування у пологовому будинку. Доцільно проводити програму кінезітерапії з адаптацією терапевтичних вправ до звичних побутових рухів за рахунок функціонального тренування, що збільшує комплаєнтність жінок і сприяє кращому дотриманню ними наданих рекомендацій.

Висновки:

1. У жінок після пологів, незалежно від виду родорозрішення, зберігається високий ризик виникнення нових та пролонгації вже існуючих ознак дорсопатій.
2. У післяпологовому періоді дорсопатії у жінок проявляються у вигляді помірного болю у спині (діагностованого за ВАШ), обмеження рухливості хребта навіть за умови відсутності больового синдрому (визначеного за пробами Отта, Шобера, Томаєра, Седіна), обмеження життєдіяльності (встановлені за анкетами Роланда-Моріса, Pregnancy Mobility Index).
3. Застосування засобів фізичної терапії дозволило до кінця пізнього пологового періоду жінкам після КР статистично значуще ($p < 0,05$) покращити результати ВАШ та анкети Роланда-Моріса, Pregnancy Mobility Index порівняно не тільки з параметрами ОГ1, але й ГП. За параметрами гнучкості хребта жінок

ки ГП та ОГ2 змогли досягнути нормалізації через 6 місяців після пологів, жінки ОГ1 – через рік.

4. Жінки, які перенесли КР, але відновлювались самостійно за допомогою загальних рекомендацій, за вираженістю ознак дорсопатій (поширеністю та інтенсивністю дорсалгії, рухливістю хребта, станом життєдіяльності), змогли досягнути рівнів жінок, що народжували природним шляхом, та жінок, які проходили програму фізичної терапії, тільки через рік після пологів.

5. Засоби фізичної терапії доцільно призначати з першого дня післяпологової реабілітації з метою зменшення інтенсивності ознак дорсопатій та профілактики хронізації больового синдрому, що загрожує психоневрологічними розладами, втратою працездатності, зниженням якості життя, тобто для швидшого післяпологового відновлення жінок та повернення їх до повноцінної життєдіяльності.

References:

- Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for patients with low back pain. J Am Osteopath Assoc. 2016; 116(8):536-549. doi: 10.7556/jaoa.2016.107
- de Aragão Fábio Farias. Pregnancy-related lumbosacral pain. BrJP. São Paulo, 2019; 2(2):176-81. DOI 10.5935/2595-0118.20190031
- 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.
- Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. J Am Acad Orthop Surg. 2015; 23(9):539-49. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00248.
- Bergström C, Persson M, Mogren I. Sick leave and healthcare utilisation in women reporting pregnancy related low back pain and/or pelvic girdle pain at 14 months postpartum. Chiropr Man Therap. 2016; 24:7. doi: 10.1186/s12998-016-0088-9.
- Unsgaard-Tøndel M, Vasseljen O, Woodhouse A, Morkved S. Exercises for Women with Persistent Pelvic and Low Back Pain after Pregnancy. Glob J Health Sci. 2016; 8(9):54311. doi: 10.5539/gjhs.v8n9p107.
- 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.
- Dufour S, Vandyken B, Forget MJ, Vandyken C. Association between lumbopelvic pain and pelvic floor dysfunction in women: A cross sectional study. Musculoskelet Sci Pract. 2018; 34:47-53. doi: 10.1016/j.msksp.2017.12.001.
- Elden H, Gutke A, Kjellby-Wendt G, Fagevik-Olsen M, Ostgaard HC. Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. BMC Musculoskelet Disord. 2016; 17:276. doi: 10.1186/s12891-016-1154-0.
- 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.
- Nakaz Ministra okhorony zdorovya Ukrayiny vid 27.12.2011 № 977. Klinichnyy protokol z akusherskoyi dopomohy «Kesariv roztyyn». Access mode: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0977282-11#Text>
- Boychuk T, Golubyeva M, Levandovskyy O, Voychyshyn L. Osnovy diahnostychnykh doslidzhen u fizychniy reabilitatsiyi [navchalnyy posibnyk dlya studentiv vyshchykh navchalnykh zakladiv]. Lviv. ZUKTS, 2010.
- 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.
- 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.
- To WW, Wong MW. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(12):1086-91. doi: 10.1046/j.1600-0412.2003.00235.x.

УДК 618.39

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИЗНАКИ ДОРСОПАТИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Ю.С. Куравская

Прикарпатский национальный университет имени Василия Стефаника, 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 (ФТ) на динамику признаков дорсопатий у женщин в послеродовом периоде после кесарева сечения (КС).

Методы. Обследовано 112 женщин после родов. Группу сравнения (ГП) составили 47 женщин, которые рожали естественным путем. Основную группу 1 (ОГ1) составили 32 женщины после КР, которые восстанавливались самостоятельно. Основную группу 2 (ОГ2) составили 33 женщины после КР, которые проходили послеродовую ФТ в течение 12 месяцев (кинезитерапия, бандаж брюшной полости, кинезиологическое тейпирование, массаж живота и общий; оздоровительное питание, психологическая релаксация, образование женщин). Определение признаков дорсопатии (интенсивности боли по ВАШ, подвижности позвоночника при помощи проб Отт,

Schober, Tomaer, Седина, изменений жизнедеятельности при помощи анкет Roland-Morris Disability Questionnaire и Pregnancy Mobility Index) проводили на 5-7 день после родов, в позднем послеродовом периоде; через 6 и 12 месяцев.

Результаты. Дорсопатии у женщин проявились в виде умеренной боли в спине, уменьшения подвижности позвоночника, ограничения жизнедеятельности. Применение средств ФТ позволило к концу позднего родового периода женщинам после КР статистически значимо ($p < 0,05$) улучшить результаты ВАШ и анкет Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index по сравнению с параметрами ОГ1 и ГП. По показателям гибкости позвоночника женщины ГП и ОГ2 смогли достичь нормализации через 6 месяцев после родов, женщины ОГ1 – через год. Женщины, которые восстанавливались после КС самостоятельно, по выраженности признаков дорсопатий достигли уровней женщин, рожавших естественным путем, и женщин, проходивших программу ФТ, через год после родов.

Выводы. Средства физической терапии целесообразно назначать с первого дня послеродовой реабилитации с целью уменьшения интенсивности признаков дорсопатии и профилактики хронизации болевого синдрома.

Ключевые слова: кесарево сечение, реабилитация, физическая терапия женщин, послеродовой период, дорсопатии.

UDC 618.39

INFLUENCE OF MEANS OF PHYSICAL THERAPY ON SIGNS OF DORSOPATHIES AT WOMEN AFTER CESAREAN SECTION

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 physical therapy program on the dynamics of dorsopathic symptoms in women in the postpartum period after abdominal delivery (cesarean section).

Methods. 112 postpartum women were examined. The comparison group (CG) consisted of 47 women who gave birth naturally. The main group 1 (MG1) consisted of 32 women after cesarean section, who recovered on their own. The main group 2 (MG2) consisted of 33 women after cesarean section, who underwent postpartum physical therapy for 12 months. The developed program included: kinesitherapy, abdominal bandage, kinesiologicial taping, abdominal massage and general; health

nutrition, psychological relaxation, education of women. The basis of kinesitherapy as the main method that influenced the symptoms of dorsopathy was functional training (to normalize the motor stereotype, restore the muscles of the torso and limbs, posture) with reference to household movements for child care. During the first weeks after the cesarean section, the movements that contributed to the tension of the postoperative suture were restricted, and the facilitated starting positions were chosen. Women were taught the optimal dynamic stereotype with the prevention of back overload during habitual movements - lifting, feeding the baby, carrying a stroller, and more.

Determination of signs of dorsopathy (intensity of pain on a visual analog scale, the state of mobility of the spine with tests Ott, Schober, Tomaer, Sedin, changes in life on Roland-Morris Disability Questionnaire and Pregnancy Mobility Index) was performed 4 times: 5-7 days after birth, in the late postpartum period (6-8 weeks), 6 and 12 months after delivery.

Rresults. It is estimated that almost 80% of women during pregnancy were determined by signs of dorsopathies. Women after childbirth, regardless of the type of birth, there is a high risk of new and prolonged symptoms of existing dorsopathies due to increased physical and mental stress on the background of structural and functional recovery of the body and the risk of postpartum depression. In the postpartum period, dorsopathy in women manifests itself in the form of moderate back pain (diagnosed on a visual analog scale), limited mobility of the spine even in the absence of pain (determined by Ott, Schober, Tomaer, Sedin tests), limited vital functions (established by Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index). The use of physical therapy allowed women to have a statistically significant ($p < 0,05$) improvement in the results of the visual-analog scale and the Roland-Morris Disability Questionnaire, Pregnancy Mobility Index compared to not only MG1 but also CG parameters. As for the flexibility of the spine, women CG and MG2 were able to achieve normalization 6 months after delivery, women MG1 - a year later. Women who underwent a cesarean section, but recovered on their own with the help of general recommendations, were able to reach the levels of women who gave birth naturally and women who underwent physical therapy only one year after giving birth.

Conclusions. Physical therapy should be prescribed from the first day of postpartum rehabilitation to reduce the intensity of symptoms of dorsopathy and prevent chronic pain, threatens psychoneurological disorders, disability, reduced quality of life, for rapid postpartum recovery and return of women to full life.

Keywords: cesarean section, rehabilitation, physical therapy of women, postpartum period, dorsopathy.

Стаття надійшла в редакцію 06.05.2021 р.