

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А. С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Подопригора Юлія Олександрівна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник

_____ О. О. Беспалова
к. пед. н., ст. викладач кафедри
здоров'я, фізичної терапії,
реабілітації та ерготерапії

« ___ » _____ 2020 року

Виконавець

_____ Ю. О. Подопригора

« ___ » _____ 2020 року

Суми 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ.....	8
1.1. Фізіологічні фактори пологових ускладнень	8
1.2. Особливості операції кесаревого розтину.....	14
1.3. Сучасні підходи до фізичної терапії жінок після кесаревого розтину.....	17
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
2.1. Методи дослідження.....	31
2.2. Організація дослідження.....	43
Висновки до розділу 2.....	44
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ.....	46
3.1. Зміст та організаційно-методичне забезпечення програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування...46	
3.2. Результати дослідження.....	55
Висновки до розділу 3.....	64
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	75

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ОГ – основна група

ГП – група порівняння

ЛФК – лікувальна фізична культура

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

УВЧ – ультрависокочастотна терапія

ЗМП НЧ – змінне магнітне поле низької частоти

ВАШ – візуально-аналогова шкала

ВСТУП

Актуальність теми. Кесарів розтин – хірургічна операція, при якій плід дістають через розріз передньої черевної стінки і матки. Частота кесаревого розтину в Україні, майже як і в США складає в середньому 25% всіх пологів. Ризик для життя і здоров'я жінки при проведенні кесаревого розтину в 12 разів вище, ніж при фізіологічних пологах. Тому, як і будь-яка інша хірургічна операція, кесарів розтин виконується суворо за показаннями. Кесарів розтин проводять у тих випадках, коли фізіологічні пологи неможливі або небезпечні для життя матері або дитини. Показання до кесаревого розтину визначають під час вагітності або пологів (Є. Д. Чумаченко, 2015).

Частота кесаревого розтину в Україні зростає (з 16,10,58% в 2009 р. до 26,02% в 2019), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Саме тому реабілітація жінок після кесаревого розтину є актуальною проблемою сучасного акушерства, що має значне соціальне значення (К. А. Бугаєвський, 2016).

Відновлення після кесаревого розтину схоже з відновленням після серйозної операції на черевній порожнині. Але крім відновлення після операції, жінка відновлюється і після пологів. Тому необхідно розробити комплексну програму відновлення після кесаревого розтину.

Рання мобілізація породіль, використання різних засобів і методів кінезотерапії (терапевтичні вправи, масаж) сприяють зниженню інтенсивності больового синдрому, підвищуючи тим самим ефективність фізичної та соціальної реабілітації жінок в післяопераційному періоді. Крім того, застосування засобів фізичної терапії як після оперативних, так і після вагінальних пологів може стати одним з можливих методів профілактики виникнення хронічних тазових патологій (Д. М. Кочев, Г. Б. Дикке, 2017).

Різні аспекти фізичної реабілітації / терапії жінок у післяпологовий період висвітлено в наукових працях К.А. Бугаєвського, Т.М. Коваленко,

Н.О. Кулешової, Ю.Б. Тхакумачевої, Т.З. Шогенової. Однак особливості реалізації програм фізичної терапії жінок після кесаревого розтину, спрямованої на інтенсифікацію та відновлення їх організму, недостатньо висвітлено у доступній науковій літературі.

Мета роботи – науково обґрунтувати, розробити та експериментально апробувати програму фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан дослідженості проблеми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину.
2. Обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації.
3. Дослідити ефективність розробленої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації експериментальним шляхом.

Об'єкт дослідження – фізична терапія жінок після кесаревого розтину.

Предмет дослідження – програмне забезпечення фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації.

Гіпотеза дослідження: інтенсифікації функціонального відновлення кістково-м'язової системи породіль та оптимізації їх психоемоційного стану сприятиме поетапна програма фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-теоретичної і спеціальної літератури з питань фізичної терапії жінок у післяпологовий період; медико-біологічні: суб'єктивне обстеження: опитування, бесіда, збір анамнезу, самооцінювання больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ); самооцінювання рівня тривожності за методикою Ч. Д. Спільберга та Ю. П. Ханіна; об'єктивне обстеження: функціональні тести для оцінювання рухливості хребта; тестування статичної і динамічної рівноваги; тест 6-хвилинної ходьби з оцінюванням (самооцінка

втоми і задишки) толерантності до фізичного навантаження за модифікованою шкалою Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale); констатувальний та формувальний етапи експерименту; методи математичної статистики. Розроблена програма фізичної терапії жінок після кесаревого розтину реалізовувалася

Наукова новизна та теоретичне значення результатів дослідження: науково обґрунтовано і розроблено програму фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, що передбачала реалізацію в два етапи: амбулаторний (в умовах жіночої консультації лікарні), позамбулаторний (самостійні заняття в домашніх умовах, умовах спортивного центру); відмінними особливостями програмного забезпечення фізичної терапії в умовах жіночої консультації стало комплексне застосування терапевтичних вправ, занять на велотренажері, лікувального масажу, фізіотерапії та активне виконання терапевтичних вправ Кегеля та фітбол-гімнастики в поза амбулаторних умовах; набула подальшого розвитку фізична терапія жінок після кесаревого розтину.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання змісту розробленої програми фізичної терапії – фізичними терапевтами, ерготерапевтами, фахівцями з фізичної реабілітації, кінезотерапевтами та фітнес-інструкторами з метою розробки індивідуальних програм фізичної терапії жінок після кесаревого розтину в умовах закладів охорони здоров'я, а також жінками – для можливості проведення самостійних занять з фізичної терапії в домашніх умовах. Результати дослідження впроваджено в практику діяльності Комунального некомерційного підприємства «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради.

Апробація результатів роботи. Апробація результатів дослідження відбулася шляхом участі у VI Всеукраїнській дистанційній науково-практичній інтернет-конференції «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» (Суми, 2020).

Публікації. Подопригора Ю. О., Беспалова О. О. Фізична терапія жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації. Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії: матеріали VI Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції / відповід. ред. Я. М. Копитіна; наук. ред. М. О. Лянной. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2020.

Структура й обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Повний обсяг роботи становить 80 сторінок. У тексті вміщено 5 рисунків, 15 таблиць. У списку використаних джерел 64 найменування.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК У ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

1.1. Фізіологічні фактори пологових ускладнень

Перебіг пологів і передпологового періоду може ускладнюватися різними станами, що приводять до різних наслідків в найближчий і віддалений післяпологовий періоди [69].

В першу чергу слід відзначити порушення в прелімінарний період (передпологовий), що проявляється нерегулярними по частоті, тривалості та інтенсивності болями в низу живота і в крижовій ділянці, які турбують жінку більше 6 годин на добу. До 6 годин на добу виникнення такого виду болів визначається як нормальні передпологові болі, що в більшості випадків передують розвитку нормального родового акту. Болі можуть тимчасово припинитися, потім повертаються знову. Без своєчасного надання необхідної допомоги такий стан може тривати до 24-48 год і більше, що сильно виснажує жінку перед пологами і погіршує їх подальший перебіг. Патологічний прелімінарний період порушує психоемоційний статус вагітної жінки, змінює добовий режим сну і неспання (так як спати при таких болях жінки, як правило, не можуть), сильно стомлює жінку, порушуються процеси обміну кисню і інших поживних речовин між матір'ю і плодом. Тривалі не координовані і нерегулярні скорочення матки не призводять до структурних змін шийки матки, що свідчить про готовність організму до пологів або про початок родової діяльності: шийка, як правило, залишається непідготовленою до пологів. Запідозрити патологічний прелімінарний період в першу чергу дозволяють скарги жінки, а також її огляд вагінально. При вагінальному огляді відзначаються підвищений тонус матки, особливо в ділянці нижнього сегмента, а також всі ознаки незрілості шийки матки до

пологів і підвищений тонус м'язів тазового дна і спазм кругових м'язів піхви [53].

Даний стан іноді можливо купірувати застосуванням лікарських препаратів: знеболюючих, заспокійливих і розслаблюючих мускулатуру засобів. Сприятливий ефект від застосування даного виду препаратів полягає або в спонтанному початку регулярної пологової діяльності, або в створенні готовності організму до пологів. Нефективність лікування в поєднанні з обтяжливими акушерськими чинниками, захворюваннями з боку внутрішніх органів матері служить показанням до розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Крім описаного патологічного процесу в передпологовий період, причинами ускладнень в післяпологовий період можуть бути порушення безпосередньо родової діяльності [44].

В. В. Абрамченко, під час пологів виділяє 4 аномалії родової діяльності:

- 1) первинна слабкість пологової діяльності;
- 2) вторинна слабкість пологової діяльності;
- 3) надмірно сильна пологова діяльність зі швидким і стрімким перебігом пологів;
- 4) дискоординувана пологова діяльність [1].

Характер і перебіг пологів визначаються сукупністю багатьох факторів, які свідчать про готовність організму вагітної до пологів. Готовність організму до пологів формується тривалий час за рахунок процесів, які відбуваються в материнському організмі. Порушення на окремих рівнях цієї системи, як з боку матері, так і плода-плаценти, призводять до відхилення від нормального перебігу пологів, що в першу чергу проявляється порушенням скорочувальної діяльності матки. Причини, що призводять до таких порушень, різноманітні, однак, провідними з них є порушення в біохімічних процесах в самій матці, що в кінцевому підсумку і призводить до порушень її

скорочувальної діяльності під час пологів, і, як наслідок, різного роду, ускладнень в післяпологовому періоді [16].

С. І. Знаменська зазначає, що існує велика кількість факторів, що обумовлюють виникнення аномалій:

1) акушерські (передчасне виділення навколоплідних вод, диспропорція між розмірами голівки плоду і розмірами родового каналу, дистрофічні і структурні зміни в матці, ригідність шийки матки, перерозтягнення матки в зв'язку з багатоводністю, багатоплідністю, аномалії розташування плаценти, тазові передлежання плода, пізній гестоз);

2) фактори, пов'язані з патологією репродуктивної системи (інфантилізм статевих органів, вік жінки старше 30 і молодше 18 років, порушення менструального циклу, нейроендокринні порушення, штучні аборти, операції на матці, міома, запальні захворювання жіночих статевих органів);

3) загальносоматичні захворювання, інфекції, інтоксикації, органічні захворювання центральної нервової системи, ожиріння різного генезу, дієнцефальна патологія, анемія;

4) фактори, які залежать від плоду (гіпотрофія плода, внутрішньоутробні інфекції плода, аненцефалія – відсутність головного мозку та інші пороки розвитку, перезрілий плід, іммуноконфліктна вагітність, фетоплацентарна недостатність);

5) зовнішній вплив (необґрунтоване застосування родостимулюючих засобів і методів, невміле знеболювання пологів, несвоєчасне розкриття плодового міхура, грубі дослідження і маніпуляції) [17].

Первинна слабкість пологової діяльності. Одна з найбільш частих причин, що призводять до ускладнень під час пологів і післяпологовому періоді, виникає у жінок переважно при перших пологах. Частота даної патології становить 8-9%. Слабкість пологової діяльності характеризується тривалістю пологів, що перевищує 12 і навіть 18 год («затяжні пологи»), при середній тривалості пологів у жінок які народжують вперше – 11-12 год, у

жінок що народжують повторно – 7-8 год. При таких пологах відзначаються рідкісні, слабкі, нетривалі, малопродуктивні перейми з самого початку пологів. У міру прогресування родового акту сила, тривалість і частота переймів або не наростають, або відбуваються дуже повільно. В кінцевому перебігу такого родового акту настає фізичне і психічне стомлення породіллі, знижується пристосованість організму плода до родового стресу. Первинна слабкість пологової діяльності часто супроводжується передчасним або раннім вилиттям навколоплідних вод, що може при тривалому процесі родового акту привести до інфікування плода і статевих шляхів, а також ускладнює стан плода аж до важких наслідків. Ускладнення після пологів з такою патологією полягають в першу чергу в більш повільному відновленні матки до нормальних розмірів, нерідко після таких пологів розвиваються ендометрит та інші інфекційні процеси. У свою чергу слабкість родової діяльності, що не піддається медикаментозній терапії, служить показанням для розродження шляхом операції кесаревого розтину [7].

Вторинна слабкість пологової діяльності. У порівнянні з первинною слабкістю зустрічається значно рідше, приблизно в 2% випадків. Характерним для цієї патології буде ослаблення родової діяльності в кінці родового акту (період вигнання, як правило). Причини виникнення вторинної родової слабкості часто ті ж, що і первинної слабкості пологової діяльності. Однак причиною вторинної слабкості може послужити перешкода просування плода (невідповідність розмірів плода, рубцеві зміни шийки матки, пухлини в малому тазу). До того ж частою причиною даного стану є неадекватне застосування лікарських препаратів під час пологів. Передумовами до розвитку такого роду порушень будуть також недостатність мускулатури передньої черевної стінки у багатьох породіль, грижі білої лінії живота, пупкові і пахові грижі, захворювання нервової системи (поліомієліт, травми хребта), ожиріння. Це пояснюється можливим в зв'язку з цим порушенням розвитку потуг. Характерним для даного виду

патології є ослаблення сили переймів, уражень і вкорочення їх, подовження інтервалів між переймами. Застосування тих чи інших методів лікування залежить від ступеня готовності родових шляхів до проходження плода (ступінь розкриття маткового зіву). У випадках достатнього розкриття і відповідності голівки плоду родовим шляхам матері проводиться медикаментозна терапія, як правило, з позитивним ефектом. У ситуаціях, що не дозволяють застосовувати даний метод, показані оперативне розродження (кесарів розтин) або накладення акушерських щипців і епізіотомія (в тих випадках, коли голівка дитини вже опустилася в порожнину малого таза) [9].

Надмірно сильна пологова діяльність. Пологи з таким перебігом зустрічаються досить рідко (0,7%). Ці пологи відрізняються дуже сильними і наступними майже без перерви один за одним переймами, що призводить до стрімких і швидких пологів. Швидкими є пологи, які у жінок, що народжують вперше тривають менше 4 год, а у жінок, що народжують повторно – менше 2 год. У свою чергу швидкі пологи характеризуються тривалістю 6-4 год у жінок, що народжують вперше і 4-2 год у жінок, що народжують повторно.

Перейми при надмірно швидкому пологовому акті надзвичайно сильні і часті (більше 5 переймів за 10 хв). На тлі цього відзначається надзвичайно швидке прогресування розкриття шийки матки і настільки ж швидкі поступальні рухи плода по родовому каналу [19].

До такого виду перебігу пологів в першу чергу схильні жінки з наявністю акушерської патології (ускладненим перебігом вагітності, наприклад гестоз другої половини вагітності) і жінки із захворюваннями внутрішніх органів (серцево-судинної системи та ін), а також жінки з передчасними пологами. Перебіг надмірної родової діяльності характеризується бурхливим початком з сильними переймами, наступними одна за одною, що призводить до швидкого повного розкриття маткового зіву, вилиття навколоплідних вод, в декількох перших потугах народжується плід і відразу за ним послід. Породілля в свою чергу сильно збуджена,

відзначається підвищення рухової активності, збільшення частоти пульсу і дихання, підвищується артеріальний тиск.

Такий швидкий і стрімкий перебіг пологів є причиною серйозних травм м'яких родових шляхів у матері: розриву промежини, піхви, шийки матки. Найчастіше стрімкі пологи супроводжуються травмуванням плода, вираженим погіршенням його стану, внаслідок передчасного відшарування нормально розташованої плаценти і нестачі надходження кисню і поживних речовин. Для лікування даного стану застосовуються препарати, що знижують активність матки [11].

Для дискоординованої пологової діяльності характерні різні форми прояву, а саме спазм мускулатури всіх відділів матки або більше скорочення нижнього сегмента матки, а також може з'являтися відсутність розслаблення шийки в момент скорочення мускулатури тіла матки. Дана патологія зустрічається досить рідко, лише в 1% від загальної кількості пологів.

Причина виникнення дискоординованої пологової діяльності до кінця невідома. Факторами є пороки розвитку матки, рубцеві зміни шийки матки, плоский плодовий міхур, зміни в структурі матки в зв'язку з перенесеними запальними захворюваннями і пухлинними процесами (міомою). При дискоординованій пологовій діяльності жінка відчуває занепокоєння, відчуття страху, відзначаються хворобливі потуги, а також больові відчуття в крижовій діяльності, а не в низу живота (як при неускладненому перебігу пологів). Однак найголовнішим проявом даного порушення пологової діяльності буде майже повна відсутність динаміки розкриття шийки матки, незважаючи активні потуги. Порушення скоротливої діяльності призводить до ускладненого перебігу післяпологового періоду, що пояснюється підвищеною крововтратою і більш частими травмами родових шляхів матері під час пологів [16].

Спочатку, як і при інших видах порушень скорочувальної діяльності матки, застосовуються лікарські препарати, спрямовані на впорядкування скорочувальної діяльності матки. У більшості випадків відзначається

позитивний ефект. У свою чергу при відсутності такого ефекту вдаються до розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Причинами ускладнень під час пологів і післяпологовому періоді може бути наявність вузького таза у жінки. Анатомічно вузьким тазом прийнято називати таз, в якому є явні анатомічні зміни розмірів в сторону їх зменшення в тій чи іншій мірі. До клінічно вузького тазу відносять таз з нормальними розмірами і формою, який при великому плоді і/або неправильних вставленнях головки виявляється функціонально неповноцінним [23].

Пологи при звуженні таза III і IV ступеня неможливі. В інших випадках при маловагі дитини пологи можуть відбутися, однак, це загрожує розвитком ряду ускладнень під час пологів: вторинної слабкості родової діяльності, розривами промежини, слизової піхви, шийки матки, а у плода можуть виникати різні травми (пошкодження шийних хребців, переломи кісток) і гіпоксичні порушення.

Причинами частого родового травматизму жінки і наступних післяпологових ускладнень можуть бути народження великого плоду (масою більше 4 кг), багатоплідна вагітність, наявність патологічних процесів в статевих органах жінки (аномалій розвитку, недорозвинення, пухлинних процесів матки і придатків та ін) [28].

1.2. Особливості операції кесаревого розтину

Кесарів розтин – це спосіб народження дитини з хірургічною допомогою [53].

Показання до операції кесаревого розтину визначаються станом вагітної або породіллі і плоду. Питання про показання до абдомінального розродження пройшло складний шлях еволюції в зв'язку з розвитком хірургії, акушерської науки, досягненнями анестезіології, трансфузіології, асептики і антисептики, а також перинатології. Тривалий час враховували тільки так

звані абсолютні показання до цієї операції, тобто такі патологічні стани, при яких неможливо отримати через природні родові шляхи ні живий, ні мертвий (навіть після ембріотомії) доношений плід. З кінця XIX століття акушери почали виконувати кесарів розтин і, по так званим, відносним показанням, тобто коли пологи можливі через природні родові шляхи, але є небезпека для життя, здоров'я матері і плоду. Термін «відносні» є умовним, нерідко неможливо чітко розділити абсолютні і відносні показання. В даний час показання до операції зазнали значних змін, крім того з'явилися нові. Багато авторів розрізняють показання, обумовлені інтересами матері або дитини. Такий поділ багато в чому є умовним, так як чітко розділити їх неможливо. З точки зору А. І. Шашина, доцільно використовувати термін «показання до кесаревого розтину під час вагітності та пологах» [59].

В. В. Абрамченко і співавтори виокремлюють показання для проведення кесаревого розтину, що включають в себе [2]:

1. Передлежання плаценти (повне, неповне з кровотечею);
2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
3. Попередні операції на матці (два і більше кесаревих розтинна, один кесаревий розтин в поєднанні з іншими відносними показаннями, міомектомія, операції з приводу вад розвитку матки в анамнезі);
4. Неправильне положення та передлежання плода (поперечне, косе положення, тазове передлежання плода з припустимою масою 3600 г і більше, а також тазове передлежання в поєднанні з іншими відносними показаннями до кесаревого розтину, лобне, лицьове, високе пряме стояння стрілоподібного шва);
5. Багатоплідна вагітність (при будь-якому неправильному положенні одного з плодів, тазове передлежання 1-го плоду); фето-фетальний трансфузійний синдром.
6. Вагітність терміном 41 тиждень і більше при відсутності ефекту від підготовки до пологів;

7. Плодово-тазові диспропорції (анатомічно вузький таз II-III ступеня звуження, деформація кісток таза, плодово-тазові диспропорції при великому плоді, клінічний вузький таз);

8. Анатомічні перешкоди пологів через природні родові шляхи (пухлини шийки матки, низьке розташування великого міоматозного вузла, рубцеві деформації шийки матки і піхви після пластичних операцій на сечостатевих органах, в тому числі зашивання розриву промежини III ступеня в попередніх пологах);

9. Загрозливий або початковий розрив матки;

10. Прееклампсія тяжкого ступеня, HELLP синдром або еклампсія при вагітності і під час пологів (при відсутності умов для розродження *per vias naturales*);

11. Соматичні захворювання, що вимагають виключення потуг (декомпенсація серцево-судинних захворювань, ускладнена міопія, трансплантована нирка та ін.);

12. Дистрес плода (гостра гіпоксія плода в пологах, прогресування хронічної гіпоксії під час вагітності при «незрілій» шийці матки, декомпенсовані форми плацентарної недостатності);

13. Випадання пуповини;

14. Деякі форми материнської інфекції:

- при відсутності лікування ВІЛ-інфекції під час вагітності або при вірусному навантаженні більше 1000 копій / мл;

- при гепатиті В немає доказів, що плановий кесарів розтин знижує ризик передачі інфекції новонародженому, тому воно не потрібно. Передача гепатиту В може бути знижена при призначенні дитині імуноглобуліну і вакцинації;

- при гепатиті С не потрібен плановий кесарів розтин, тому що ризик передачі інфекції не знижується;

- жінки з первинним генітальним герпесом в III триместрі повинні бути розроджені шляхом планового кесаревого розтину;

15. Деякі аномалії розвитку плода (гастрошизис, омфалоцеле, крижово-куприкова тератома великих розмірів та ін.) і порушення коагуляції у плода [2].

Підготовка до операції кесаревого розтину.

Крисси Галлер-Манди зазначає, що передопераційна підготовка включає в себе:

1. Збір анамнезу;
2. Оцінку стану плода (положення, передлежання, серцебиття, розміри) і матері (Ps, АТ, ЧДД, свідомість, стан шкірних покривів, пальпація матки, характер вагінальних виділень, вагінальне дослідження);
3. Аналіз крові (гемоглобін, кількість тромбоцитів, лейкоцитів), біохімічний аналіз крові і коагулограма (за показаннями), група крові, резус фактор, резус-антитіла, тестування на сифіліс, ВІЛ, гепатит В і С;
4. Консультацію анестезіолога.
5. Консультування суміжних фахівців при необхідності;
6. Використання сечового катетера і видалення волосся в ділянці пропонованого розрізу шкіри;
7. Перевірку в операційній положення плода, передлежання і позиції, наявності серцебиття;
8. Використання у всіх випадках компресійного трикотажу з метою профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень в ранньому післяпологовому періоді;
9. Ангібіотикопротекцію.
10. Початок інфузійної терапії кристалоїдних розчинів;
11. Антиретровірусну профілактику ВІЛ-позитивних жінок, які не отримували антиретровірусну терапію;
12. Перед операцією кесаревого розтину у кожної жінки необхідно взяти інформовану згоду на оперативне втручання, в якому слід вказати про всі можливі ризики і ускладнення, як з боку матері, так і плода [24].

1.3. Сучасні підходи до фізичної терапії жінок після кесаревого розтину

Важливими принципами фізичної терапії жінок у післяпологовий період після кесаревого розтину є ранній початок стимуляції інволюційних змін в організмі породіллі, комплексне застосування реабілітаційних інтервенцій з урахуванням як фізичного, так і психоемоційного стану породіллі, поетапна реалізація засобів і методів фізичної терапії, систематичність, поступовість та послідовність, контроль за фізичним навантаженням породіллі [4; 20].

Безперечно, що провідним, найбільш адекватним й оптимальним методом фізичної терапії жінок у післяпологовий період після кесаревого розтину є кінезотерапія / лікувальна гімнастика, що може інтегруватися з комплементарними засобами та методами: масаж, фізіотерапія, гідрокінезотерапія, аквааеробіка тощо [21; 31].

Зазвичай активна лікувальна гімнастика призначається породіллі після кесаревого розтину на другу добу (через 24 години після пологів) за відсутності протипоказань. Як зазначає К.А. Бугаєвський [6], занадто раннє вставання породіллі може негативно позначитися на процесі загоєння ран, викликати відділення свіжих тромбів, а значне розтягнення м'язово-зв'язкового апарату стати причиною опущення матки і стінок піхви. Натомість, тривале перебування в горизонтальному положенні в ліжку сприяє уповільненню кровотоку, утворенню тромбів у великих з'єднаннях і судинних магістралях, атонії кишечника і виникненню закріпів, затримці сечовипускання і, в цілому, несприятливо впливає на інволюцію статевих органів і загальний стан породіллі. Зниження тону м'язів передньої черевної стінки призводять до відвисання живота і зміни положення внутрішніх, у тому числі і статевих органів. Зазначене зумовлює зміни внутрішньочеревного тиску і збільшення навантаження на тазове дно та на органи малого тазу. Раннє включення в режим дня породіллі гімнастичних

вправ покращує периферичний кровообіг і газообмін, сприяє оптимізації загального стану жінки, стимулює процеси інволюції усього пологового апарату, інтенсифікує обмінні процеси, нормалізує апетит, покращує сон.

Аналіз наукових досліджень та публікацій засвідчив обмеження наукових праць, присвячених проблемі фізичної терапії жінок у післяпологовий період після кесаревого розтину. Розглянемо окремі рекомендації науковців та фахівців-практиків щодо реабілітації жінок у післяпологовий період після кесаревого розтину.

К. А. Бугаєвським [6] розроблено програму реабілітації пацієнток після кесаревого розтину у ранній та пізній операційний періоди, що включала різні комплекси лікувальної гімнастики, яка реалізувалась в умовах палати пологового будинку, амбулаторно – в залі ЛФК, а також самостійно в домашніх умовах за індивідуально розробленою програмою занять. При цьому початок застосування інтенсивних фізичних навантажень обов'язково узгоджувався з лікарем, який спостерігав породіллю, з урахуванням усіх абсолютних та відносних протипоказань.

У науковій праці Ю. Б. Тхакумачевої [49] розкрито організаційно-методичні основи занять оздоровчою фізичною культурою з жінками в післяпологовому періоді, спрямованих на зміцнення фізичного (підвищення скорочувальних здібностей м'язів, що беруть участь в виношуванні плоду, оптимізація роботи органів малого таза, підвищення загального тонуусу організму, працездатності і опірності несприятливим впливам), психічного (відновлення психоемоційних сил, витрачених під час вагітності та пологів, розвиток адекватної оцінки власного психофізичного стану і здатності керувати ним, зниження рівня тривожності і депресивних станів) і соціального (адаптація жінок до нового соціального статусу, адекватне сприйняття себе в соціумі, підвищення впевненості в своїх силах, збільшення стресостійкості) здоров'я жінок в період післяпологового відновлення.

Складання програм оздоровчої фізичної культури для породіль передбачало рекомендації щодо їх диференціації в залежності від

післяпологових функціональних показників (хірургічне втручання під час пологів): 1) для жінок, що мали оперативне втручання під час пологів, доцільні індивідуальні завдання, орієнтовані на показання лікаря, і які включають в себе найпростіші загальні фізичні вправи; 2) для жінок, які мають незначні ускладнення після пологів, раціональні як індивідуальні, так і групові організаційно-методичні форми занять з використанням не тільки загальнозміцнюючих, але і спеціальних вправ, спрямованих на профілактику застійних явищ в малому тазу, на зміцнення кістково-м'язової системи організму, на розвиток серцево-судинної і дихальної систем та ін.; 3) для жінок, у яких пологи пройшли без ускладнень, необхідно використовувати фізичні вправи, орієнтовані як на оздоровчо-реабілітаційний ефект, так і на фізичний розвиток породіль, що підвищують рівень фізичних якостей і збагачують досвід рухової діяльності жінок. Результати проведеного дослідження засвідчили, що процес післяпологової реабілітації може бути оптимізований шляхом активного використання комплексної методики оздоровчої ритмічної гімнастики, яка представляє собою трьохетапну систему відновного процесу (щадний, тонізуючий, тренувальний) [51].

Н.А. Кулешовою [28] обґрунтовано і розроблено методику оздоровчої фізкультури для породіль після кесаревого розтину, що сприяє зміцненню м'язів, які беруть участь у пологовій діяльності жінки, в умовах фітнес-клубу. Методика оздоровчої фізкультури реалізувалась на основі індивідуальних фітнес-програм: для жінок з оперативними втручаннями під час пологів, з незначними ускладненнями після пологів і для жінок без ускладнень після пологів. Основною метою методики оздоровчої фізкультури жінок у післяпологовий період було скорочення термінів відновлення організму жінок. Розроблена автором методика передбачала ступеневе навантаження відповідно до етапу відновлення. Інтенсивність тренувального навантаження на базовому етапі відновлення після пологів становила 72-80 уд / хв, час виконання вправ – від 5 до 20 хв. Фізичні вправи спрямувались на профілактику застійних явищ в малому тазу та поєднувались з дихальними

вправами. Інтенсивність тренувального навантаження на реабілітаційному етапі склала 80-120 уд / хв, час виконання вправ – 30 хв. Фізичні вправи спрямовувалися на зміцнення м'язів живота, тазового дна, спини, збільшення гнучкості хребта. Інтенсивність навантаження оздоровчому етапі становила 120-140 уд / хв, час виконання вправ – 45 хв. Фізичні вправи спрямовувалися на зміцнення м'язів і збільшення гнучкості хребта.

В якості комплементарного засобу реабілітації в післяпологовий період жінкам рекомендовано проводити масаж. Масаж сприяє суттєвому підвищенню еластичності м'язів, покращенню їх скорочувальної здатності та підвищенню їх тону. Масаж виявляє сприятливий вплив щодо підвищення працездатності м'язів, забезпечує більш швидке їх відновлення після значних фізичних навантажень. Виявлено, що навіть при короткочасному масажі (протягом 3-5 хвилин) відновлення функції м'язів після навантаження відбувається більш прогресивно, ніж при пасивно-активному відпочинку протягом 20-30 хвилин. У післяпологовий період масаж сприяє відновленню тону м'язів передньої черевної стінки, розслабленню напружених груп м'язів, оптимізації загального психоемоційного стану породіллі [16; 20].

Масаж виявляє сприятливий вплив на функцію суглобів породіль. Під дією масажу поліпшується кровопостачання суглоба, зміцнюється сумково-зв'язковий апарат суглоба. Цей ефект в післяпологовому періоді має особливе значення для суглобів хребетного стовпа. У жінки після пологів суглоби і м'язи хребта піддаються підвищеному навантаженню, що є причиною виникнення болю в спині.

Суттєвим є і вплив масажу на підшкірножировий шар. Масаж діє на жирову тканину опосередковано, через загальний вплив на обмін речовин. Підвищуючи обмінні процеси в організмі, підсилюючи виділення жиру з жирових депо (місць, де жир накопичується), масаж сприяє «згорянню» жирів, що знаходяться в надлишковій кількості в жировій тканині.

Масаж виявляє різноманітний фізіологічний вплив на шкіру: вона очищається від рогових лусочок епідермісу, і водночас – від сторонніх часток

(пил і ін.), що потрапили в пори шкіри, і мікробів, що звичайно перебувають на поверхні шкіри; поліпшується секреторна функція потових і сальних залоз і очищаються їхні вивідні отвори від секрету; активується лімфо- і кровообіг шкіри, усувається венозний застій, підсилюється кровопостачання шкіри і, отже, поліпшується її трофіка; підвищується шкірно-м'язовий тонус [16; 57].

Завдяки масажу шкіра стає більш еластичною, пружною, гладкою, підвищується її опірність до механічних і температурних впливів. Після пологів це особливо актуально для області живота, стегон, сідниць, так як шкіра в цих місцях піддавалася найбільшому розтягуванню під час вагітності.

Змінюючи силу, характер, тривалість масажу, можна виявляти різноманітний вплив на нервову систему – знижувати або підвищувати нервову збудливість. Після пологів масаж має на меті заспокоїти і розслабити жінку, знизити рівень емоційної лабільності [16; 21].

При ніжному повільному погладженні знижується збудливість тканин, що масажуються, і це впливає на нервову систему; при енергійному і швидкому впливі масажних прийомів підвищується дратівливість масажованих тканин.

Масаж впливає на обмінні процеси. Під впливом масажу посилюється сечовиділення. У крові збільшується кількість гемоглобіну, еритроцитів і лейкоцитів. Масаж не викликає в м'язах збільшення кількості молочної кислоти, накопичення якої під час фізичних навантажень веде до появи втоми і втоми. Цим пояснюється його сприятливий вплив на стомлені м'язи [12].

Особливо ефективний вплив масажу у післяпологовий період виявляється в таких випадках: при болях в спині; при тривозі, депресії; при надмірній вазі. У разі подібних проблем, перед тим як звернутися до масажиста, жінкам попередньо доцільно проконсультуватися з терапевтом, акушером-гінекологом, а при болях в спині – з невропатологом.

У середньому курс масажу становить 10-15 сеансів. Перші один-два сеанси тривають 30-45 хвилин, наступні – 45-60 хвилин.

Про ефективність масажу можна судити через кілька сеансів. Зазвичай у жінки поліпшується загальне самопочуття, настрій, шкіра стає гладкою, а м'язи – більш пружними. При болях в спині больові відчуття повинні зменшитися після 2-3 сеансів масажу. Якщо після процедури болі посилюються, наступний сеанс необхідно відкласти, а перед ним проконсультуватися з відповідним фахівцем. Масаж для схуднення проводять тривалими курсами (мінімум 15 сеансів) і поєднують з фізичними вправами [16; 52].

У післяпологовому масажі основна увага приділяється зоні живота. здійснюється не раніше ніж через 1,5 години після прийому їжі. Кишечник і сечовий міхур жінки повинні бути вільні. Під час масажу живота здійснюється При проведенні масажу живота жінка повинна лежати на спині, ноги злегка зігнуті в колінних суглобах, руки вільно лежать уздовж тіла. Масаж живота вплив на м'язи, кишечник, матку. Круговий рух за годинниковою стрілкою обумовлено ходом кишкового тракту. Такі кругові рухи допомагають поліпшити перистальтику кишечника. Потім проводять погладжування косих м'язів живота від нижніх ребер до тазових кісток. Наступний етап – погладжування прямого м'яза живота. Легке поглажування прямих м'язів тильними і долонними поверхнями долонь в обох напрямках дозволяють усунути напруження м'язів у цій зоні.

Преформовані фізичні фактори здатні забезпечити [27; 40; 53-54]: зменшення набряку тканин; прискорення процесів репарації і регенерації; відновлення кровопостачання в зоні оперативного втручання (активація мікро- і лімфоциркуляції, регуляція гемодинаміки); протизапальний і дезінтоксикаційний ефекти; десенсибілізуючий і імуномодулюючий ефекти; трофічний і протиспайковий ефекти; седативний ефект; посилення дії медикаментозних засобів при їх одночасному використанні.

До клінічних переваг використання фізичних факторів відносять [53-54]: 1) універсальність дії, завдяки чому один і той же фактор може застосовуватися при різних захворюваннях; 2) фізіологічність внаслідок спорідненості до елементів природного зовнішнього середовища, під впливом якого постійно знаходиться породілля, і тим самим не обмежується контакт матері з дитиною на тлі лікування; 3) можливість широкого використання на тлі лактації, відсутність негативного впливу на організм дитини; 4) хороша сумісність з іншими лікарськими засобами та можливість використання фізичних факторів в різних терапевтичних комплексах; 5) безболісність проведених процедур; 6) відсутність токсичності, побічних ефектів і алергічних реакцій; 7) різноманітність за дозиметричними параметрами і за методичними прийомами, що забезпечує виборчу специфічну дію; 8) акумулювання і тренування ефектів, що особливо важливо при профілактичному їх використанні.

У післяпологовому періоді використовують як преформовані, так і природні фізичні фактори: змінне магнітне поле низької частоти або постійне магнітне поле; електромагнітні хвилі оптичного діапазону (лазерне, інфрачервоне випромінювання, КУФ-випромінювання, поляризоване світло); імпульсне низькочастотне електромагнітне поле (інфітах-терапія); електромагнітні поля надвисокої частоти (СМВ, ДМВ); електромагнітні поля надвисокої частоти (НВЧ-терапія); імпульсні струми низької частоти (різної форми і частоти); високочастотні струми (ультратонтерапія, дарсонвалізація); механічні дії: ручний, баночний, апаратний масаж; інгаляції – введення лікарських засобів за допомогою вдихання із застосуванням спеціальних інгаляторів; дозоване фізичне навантаження: дихальну гімнастику, комплекси лікувальної гімнастики [47].

Фізіотерапію доцільно використовувати у кожній породіллі. У пацієнок з нормальними пологами, при неускладненому пуерперію, застосування фізіотерапії носить профілактичний характер. Наприклад, при фізіологічному нагрубанні молочних залоз, яке може швидко перейти в

патологічне; при наявності тріщин сосків, як однієї з причин розвитку маститу; при порушенні відтоку лохий, що може стати причиною субінволюції матки або ендометриту [27; 36].

Таким чином, основна мета фізіопрфілактики – підтримка перебігу нормального пуерперію, підвищення адаптаційно-приспосувальних можливостей жіночого організму і попередження ускладнень післяпологового періоду. При наявності післяопераційних ран передньої черевної стінки і промежини фізичні фактори підтримують фізіологічний перебіг фаз загоєння: запалення (ексудації – 1-3-й дні); проліферації (відновлення судин і розвиток грануляції – 4-6-й дні); диференціації (формування повноцінного рубця – 6-10-й дні); їх послідовність, рівновагу і синхронізацію [54].

Показаннями для фізіопрфілактики в післяпологовому періоді є: фізіологічний перебіг післяпологового періоду; особливості будови соска (субконічний, втягнутий, плоский сосок); високий ступінь ризику можливих інфекційних ускладнень післяпологового періоду (за даними анамнезу жінки); неускладнені епізіо- і перінеотомії; планові неускладнені оперативні пологи; прфілактика легеневих післяопераційних ускладнень [27; 53-54].

Особливістю такого використання фізичних факторів є короткочасність курсу лікування в рамках «мінімальних» термінів перебування породіллі в стаціонарі, визначених сучасними стандартами надання медичної допомоги, правилами страхової медицини.

Широко застосовуються фізичні чинники в поєднанні з медикаментозними та хірургічними методами при вже виниклих ускладненнях післяпологового періоду. Використання лікувальних фізичних факторів перешкоджає поглибленню першої фази раневого процесу – фази запалення і сприяє закінченню її в максимально ранні фізіологічні терміни [31].

Показаннями для фізіолікування є: патологічне нагрубання молочних залоз; тріщини сосків, серозний мастит; гіпогалактія; екстрене оперативне

розродження; планові оперативні пологи з прогнозованими післяопераційними запальними ускладненнями; міомектомія під час кесаревого розтину; акушерські оперативні втручання під час вагітності та в пологах (зашивання шийки матки з приводу ІЦН, перінеотомія, епізіотомія, ручне обстеження стінок післяпологової матки); субінволюція матки як результат пологів при великому плоді, багатоводді, багатоплідді; ендометрит; тривалий безводний проміжок під час пологів; набряк промежини; травма м'яких тканин промежини при пологах через природні родові шляхи; гематоми післяопераційних ран (передньої черевної стінки і промежини); нагноєння і розходження швів промежини, післяопераційної рани, атонія сечового міхура; набряк, запалення гемороїдальних вузлів; сімфізіопатії (сімфізіт) [31].

Протипоказаннями до призначення лікувальних фізичних методів [25] є: важкий загальний стан пацієнтки; температура тіла вище 38 ° С; підозра на сепсис; злоякісні новоутворення в анамнезі або їх наявність на даний момент у пацієнток; неадекватний психологічний стан пацієнтки, психічні захворювання; туберкульоз в активній формі; наявність кардіостимулятора; серцево-судинна, легенева, ниркова недостатність; наявність імплантатів в молочних залозах (відносне протипоказання).

Т.Б. Маланова, М.В. Іпатова [29] зазначають, що використання фізіотерапії в комплексному веденні післяпологового періоду полегшує адаптаційно-приспосувальні реакції жіночого організму, забезпечує профілактику і лікування запальних ускладнень після пологів, знижує медикаментозне навантаження й обмежує розвиток алергічних і побічних негативних впливів медикаментів на організм жінки, сприяє становленню фізіологічної лактації та запобігання розвитку маститу.

Після планового та екстреного кесаревого розтину також доцільно проводити фізіопрфілактики, а в разі необхідності лікування субінволюції матки і / або ендометриту, розходження і нагноєння швів передньої черевної стінки. На особливу увагу заслуговують пацієнтки з абдомінальним пологами

в поєднанні з консервативною міомектомією. Фізичні фактори після операції використовують з першої доби. З профілактичною метою доцільно використовувати тільки преформовані фізичні фактори, а з лікувальною – в поєднанні з утеротонічною і / або антибактеріальної медикаментозною терапією. Динаміка основних показників фізикального обстеження, гемограми й УЗД в цій ситуації можуть являтися критеріями ефективності проведеного лікування [35].

Ефективними можуть бути різні методики фізіопроцедур електромагнітної природи з локалізацією впливу на надлобкову область і зону післяопераційного шва, проекцію дна матки, попереково-крижову область; а також двозональний вплив з рефлекторною утеротонічною дією, наприклад, на молочні залози і передню черевну стінку в поєднанні з верхньої третьою стегон. Профілактичний курс не перевищує 5-6 процедур, лікувальний – 10-15 процедур. Для профілактики і лікування використовуються наступні фактори [47]: інтерференцтерапія за 4-електродною методикою (крім ендометриту); діадинамотерапія за маммарно-маткової методикою (крім ендометриту); низькочастотна магнітотерапія за абдомінальною методикою; середньочастотна магнітотерапія за абдомінальною методикою; терапія біжучим імпульсним магнітним полем за абдомінальною методикою; КУФ-опромінення двозональне (зона молочних залоз, зона охоплює одномоментно нижню третину передньої черевної стінки і верхню третину стегон); лазеротерапія за абдомінальною методикою.

При наявності гематоми післяопераційного шва або його нагноєнні фізіопроцедури проводять тільки після спорожнення і санації рани. Перевага надається використанню в інтенсивному режимі наступних факторів [52]: низькочастотної магнітотерапії на область післяопераційної рани; інфрачервоного лазерного опромінення післяопераційної рани; ДМВ-терапії області післяопераційної рани; ТНЧ-терапії на область післяопераційної рани; лазеротерапії області післяопераційної рани; впливу поляризованим світлом на область післяопераційної рани.

Травми промежини найчастіший наслідок пологів. За даними різних авторів, наведених А. А. Федотченко, частота травм промежини становить від 10 до 40%. Притому у первісток травми промежини зустрічаються в 73% випадках, а у пацієнок при оперативних втручаннях – досягають 90% випадків. У кожній п'ятій породіллі з травмою промежини розвиваються інфекційні ускладнення, які призводять до розходження і нагноєння швів, загоєнню *per secundam intentionem*. Навіть незначні розриви промежини при неправильному загоєнні можуть привести до формування функціональної і анатомічної недостатності м'язів тазового дна [54].

З огляду на зазначене, фізіотерапевтичний вплив на проблемну область доцільно починати максимально рано, з першої доби після пологів, зважаючи на той факт, що в цій ситуації складно провести межу між профілактикою та лікуванням.

Процедури виконують після хірургічної обробки швів на тлі, в разі необхідності, адекватної антибактеріальної терапії. Для лікування ран промежини переважно використовуються в інтенсивному режимі вплив наступних факторів [61]: вплив поляризованим світлом на область промежини; КУФ-опромінення області промежини; лазеротерапія області промежини; магнітоінфрачервоне опромінення області промежини; низькочастотна магнітотерапія області промежини; середньочастотна магнітотерапія області промежини; СВЧ-терапія дециметровими хвилями області промежини. Профілактичний курс фізіопроцедур становить 3-5 процедур, а лікувальний – 5-10-15 процедур.

Таким чином, аналіз наукової літератури за напрямом дослідження дозволив з'ясувати, що провідним засобом фізичної терапії жінок після кесаревого розтину є різні види рухової активності, спрямованої на інтенсифікацію відновлення організму жінок, насамперед – зміцнення слабких розтягнутих під час вагітності і пологів м'язів (черевного пресу, спини, промежини, малого тазу), підвищення рухливості хребта, а також оптимізацію психоемоційного стану породіль та профілактику тривожних і

депресивних станів. Окремі дослідження свідчать про ефективність інтеграції лікувально-оздоровчої гімнастики з масажем та фізіотерапевтичними процедурами у післяпологовий період після кесаревого розтину.

На основі аналізу наукових літературних джерел констатовано, що питанням фізичної терапії жінок після кесаревого розтину приділяється недостатньо уваги, про що свідчить незначна кількість публікацій та досліджень в цьому напрямку [10].

Висновки до розділу 1

Важливими принципами фізичної терапії жінок після кесаревого розтину є ранній початок стимуляції інволюційних змін в організмі породіллі, комплексне застосування реабілітаційних інтервенцій з урахуванням як фізичного, так і психоемоційного стану породіллі, поетапна реалізації засобів і методів фізичної терапії, систематичність, поступовість та послідовність, контроль за фізичним навантаженням породіллі.

Провідним, найбільш адекватним й оптимальним методом фізичної терапії жінок після кесаревого розтину є кінезотерапія / лікувальна гімнастика, що може інтегруватися з комплементарними засобами та методами: масаж, фізіотерапія, гідрокінезотерапія, аквааеробіка тощо.

Аналіз наукової літератури за напрямом дослідження дозволив з'ясувати, що провідним засобом фізичної терапії жінок після кесаревого розтину є різні види рухової активності, спрямованої на інтенсифікацію відновлення організму жінок, насамперед – зміцнення слабких розтягнутих під час вагітності і пологів м'язів (черевного пресу, спини, промежини, малого тазу), підвищення рухливості хребта, а також оптимізацію психоемоційного стану породіль та профілактику тривожних і депресивних станів. Окремі дослідження свідчать про ефективність інтеграції лікувально-оздоровчої гімнастики з масажем та фізіотерапевтичними процедурами у післяпологовий період.

На основі аналізу наукових літературних джерел констатовано, що питанням фізичної терапії жінок після кесаревого розтину приділяється недостатньо уваги, про що свідчить незначна кількість публікацій та досліджень в цьому напрямку.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Під час організації і проведення науково-дослідної роботи використовувалися такі методи дослідження:

- аналіз та узагальнення даних науково-теоретичної і спеціальної літератури з питань фізичної терапії жінок після кесаревого розтину;
- *медико-біологічні:*
 - суб'єктивне обстеження: опитування, бесіда, збір анамнезу, самооцінювання больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ); самооцінювання рівня тривожності за методикою Ч. Д. Спільберга та Ю. П. Ханіна;
 - об'єктивне обстеження: функціональні тести для оцінювання рухливості хребта, сили та витривалості м'язів спини і черевного пресу; тестування статичної і динамічної рівноваги; тест 6-хвилинної ходьби з оцінюванням (самооцінка втоми і задишки) толерантності до фізичного навантаження за модифікованою шкалою Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale);
- *констатувальний та формувальний етапи експерименту;*
- *методи математичної статистики.*

Аналіз наукової літератури. Аналіз науково-теоретичної та спеціальної літератури здійснювався з метою вивчення сучасного стану дослідженості проблеми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування; виокремлення невирішених аспектів означеної проблеми; з'ясування сучасних підходів до реабілітації та оздоровлення жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування; визначення оптимальних засобів і методів фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування.

На основі аналізу науково-теоретичної та методичної літератури визначено актуальність теми дослідження; сформульовано науковий апарат дослідницької роботи: мету, об'єкт і предмет, завдання дослідження, робочу гіпотезу.

Медико-біологічні методи.

Суб'єктивне обстеження (опитування, збір анамнезу). За даними медичних карток та опитування з'ясовувалися паспортні дані жінок; історії перебігу вагітності, пологів та операції кесаревого розтину; вивчалася інформація щодо призначень лікарів, терапевтичних втручань.

У процесі опитування пацієнта одержано інформацію щодо основних скарг у післяпологовий період після кесаревого розтину, які пред'являли жінки.

Отримані дані в сукупності з даними об'єктивного обстеження дозволили здійснити розподіл породіль, які прийняли участь в експериментальному дослідженні, на рівнозначні групи (основну і порівняльну) за віком, особливостями перебігу вагітності, пологів, операційного втручання.

Оцінка болю в спокої та при рухах за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ (Visual Analog Scale, VAS). Оскільки на амбулаторному етапі лікування (6-8 місяців після оперативного розродження), під час включення в програму терапії активних вправ, основною скаргою, що пред'являли жінки був біль в ділянці операційного шва (ВАШ) E.C. Huskisson.

ВАШ дозволяє визначити ступінь суб'єктивного сприйняття болю у породіль після кесаревого розтину: жінці пропонувалося на прямій лінії довжиною 10 см (100 мм) відзначити рівень інтенсивності болю точкою: початкова точка позначає відсутність болю – 0, наступним іде слабкий біль, помірний біль, сильний біль, і кінцева точка – нестерпний біль [49] (рис. 2.1).

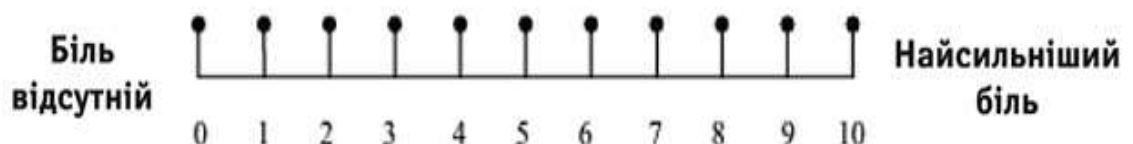


Рис. 2.1. Візуально-аналогова шкала болю E.C. Huskisson

Перед тестуванням респондентка на прохання дослідника згадувала найсильніший біль, який вона коли-небудь відчувала (після травми, при захворюванні) і брала інтенсивність перенесеного болю за 10 см. Після цього відповідала на питання фізичного терапевта: «Як ви оцінюєте біль, який Вас турбує, на сьогоднішній день в порівнянні з найсильнішим болем, який Ви відчували в своєму житті?» Співвідносячи випробовуваний в момент обстеження біль з болем в анамнезі, жінки проставляли на сантиметровій шкалі вертикальну відмітку.

Інтерпретація результатів за ВАШ (значення та їх розшифрування):

0. Відсутність будь-яких больових відчуттів.

1. Дискомфортні відчуття носять вкрай слабку вираженість. Людина практично про них не думає. Наявність слабого болю ніяк не впливає на якість життя.

2. Неприємні відчуття виражені слабо. Але при цьому біль періодично носить нападаподібний характер і іноді може посилюватися. Людина, відчуваючи дискомфорт, найчастіше дратується.

3. Біль турбує регулярно, пацієнт постійно на неї відволікається. Але при цьому людина легко до нього звикає і при наявності болю спроможна здійснювати будь-який вид діяльності.

4. Біль помірного характеру. Якщо пацієнт сильно занурений в яке-небудь заняття, він може деякий час біль не помічати. Однак в інший час він його турбує, відволіктися від болю достатньо складно.

5. Біль носить помірно сильний характер. Ігнорувати його можна максимум протягом декількох хвилин. Дискомфортні відчуття турбують постійно. Проте якщо людина докладе зусилля, то зможе виконати якусь роботу або взяти участь у масовому заході.

6. Біль, як і раніше, носить помірно сильний характер. Однак він вже сильно заважає виконувати звичайну повсякденну діяльність. Зосередитися на чомусь стає вкрай важко.

7. Біль важкий. Він буквально підпорядковує собі всі інші відчуття. Крім того, біль значно заважає спілкуванню з іншими людьми і виконанню повсякденної діяльності. Людина погано спить ночами через біль.

8. Больові відчуття носять інтенсивний характер. Фізична активність вкрай обмежена. Для того щоб підтримувати спілкування, необхідно докладати значних зусиль.

9. Біль носить болісний характер. Людина не в змозі навіть розмовляти. Іноді вона видає неконтрольовані стогони.

10. Біль нестерпний. Пацієнт прикутий до ліжка, нерідко він марить. Біль такого характеру практично несумісний з життям.

Отже, відмітка, що входить в інтервал з 1 по 3 см, була ознакою «легкого» болю, з 4 по 6 см – «помірного», з 7 до 10 см свідчила про те, що жінка вважає свій біль «сильним» [12].

З метою визначення самооцінки рівня тривожності застосовано методику Ч. Д. Спільберга та Ю. П. Ханіна (1966–1973 рр). Жінкам пропонували два опитувальники, за якими визначався рівень самопочуття на момент опитування та зазвичай.

Особистісна тривожність характеризувала стійку індивідуальну особливість, яка відображає здатність суб'єкта до тривоги та передбачає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозу, що пов'язана зі специфічними ситуаціями, і відповідати на кожную з них відповідною реакцією.

Ситуаційна тривожність зумовлена емоціями, що переживаються суб'єктивно: напруженням, турботою, занепокоєнням, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та може бути різним за інтенсивністю та динамічністю у часі (табл. 2.1).

Наприкінці роботи результати співвідносили з ключем, за формулами особистісної та реактивної тривожності (Додаток А, Б).

Кожне із 40 запитань оцінювалося від 1 до 4 балів, в залежності від відповіді студента (Додаток В).

Показник рівня тривожності визначався за формулами:

Реактивна тривожність (РТ) = $\Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$, де:

Σ_1 – сума балів прямих питань: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сума балів питань, що залишилися.

Особистісна тривожність (ОТ) = $\Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$, де:

Σ_1 – сума балів прямих питань: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сума балів питань, що залишилися.

Результати анкетування оцінювалися за шкалою Спілбергера-Ханіна. Сума балів по кожній частині анкети знаходиться в діапазоні від 20 до 80 балів. При інтерпретації показників ми орієнтувалися на наступні оцінки тривожності: до 30 балів – низький рівень тривожності; від 31 до 45 балів – помірна тривожність; від 45 і вище – високий рівень тривожності.

Дуже високий рівень тривожності (більше 46 балів) прямо вказує на наявність тривожного конфлікту з емоціями та на наявність невротичних станів і психоемоційного захворювання.

Низький рівень тривожності (нижче 12 балів), навпаки характеризує стан як депресивний, з низьким рівнем мотивації.

Даний метод дозволив підтвердити відхилення від нормального функціонування нервової системи жінок у післяпологовий період.

Об'єктивне обстеження передбачало проведення функціональних проб / тестів для жінок після кесаревого розтину з метою оцінювання рухливості хребта, сили та витривалості м'язів, які приймали участь у виношуванні дитини та пологах.

Визначення *рухливості хребта вперед* проводиться у в.п. стоячи на лаві (стільчику); тулуб нахилений вперед, руки вниз, ноги в колінах прямі. У нормі обстежувана кінцями пальців дістає поверхню на якій стоїть; при неможливості її дістати, вимірюється відстань від опори до пальців руки сантиметровою стрічкою або лінійкою. Відстань від пальців руки до рівня опори свідчить про рухливість хребта (рис. 2.2).

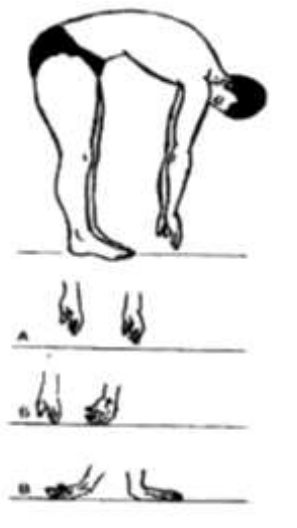


Рис. 2.2. Визначення рухливості хребта при нахилі вперед:

А – гіпорухливість; Б – нормальна рухливість; В – гіперрухливість

Оскільки найбільш слабкими і розтягнутими м'язами у породіль є м'язи розгиначі спини та м'язи черевного пресу важливим було з'ясування їх стану за загальноприйнятими стандартними функціональними тестами.

Функціональна сила (статична витривалість) м'язів тіла:

- *спини (функціональна сила м'язів-розгиначів хребта):* досліджуваний знаходиться у вихідному положенні лежачи на животі руки витягнуті вперед, потім підіймає верхню частину тулуба і ноги, намагаючись втримати цю позу. Засікаємо час утримання пози, на основі цих показників виставляємо оцінку;

- *черевного пресу (функціональна сила м'язів черевного пресу):* досліджуваний знаходиться у вихідному положенні лежачи на спині руки витягнуті вперед, потім підіймає верхню частину тулуба і ноги, намагаючись втримати позу кута. Засікаємо час утримання пози, на основі цих показників виставляємо оцінку (табл. 2.4).

Після кесаревого розтину породіллі потребують ряду реабілітаційних заходів, спрямованих на зміцнення м'язової сили.

Оцінювання сили м'язів черевного пресу і розгиначів спини
(статична витривалість)

Час утримання пози	Оцінка
Не може прийняти положення	0 балів
До 5 секунд	1 бал
6-15 секунд	2 бали
16-25 секунд	3 бали
26-40 секунд	4 бали
Більше 40 секунд	5 балів

Оцінка сили й динамічної витривалості м'язів черевного пресу проводиться у в.п. лежачи на спині, ноги фіксовані, руки на поясі. Визначається кількість переходів з положення лежачи у положення сидючи за 1 хвилину. Середня норма 12-15 разів.

Оцінювання сили й динамічної витривалості м'язів черевного пресу здійснювалося за шестибальною шкалою, за якою кількість підйомів тулуба переводилася у бали (табл. 2.5).

Таблиця 2.4.

Оцінювання сили м'язів черевного пресу (динамічна витривалість)

Кількість підйомів тулуба	Оцінка
Не може виконати жодного разу	0 балів
1-5 разів	1 бал
5-9 разів	2 бали
10-12 разів	3 бали
12-15 разів	4 бали
Більше 15 разів	5 балів

Статична рівновага в породіль після кесаревого розтину досліджувалася за методикою Яроцького.

Для проведення даної проби необхідне обладнання: секундомір.

Проведення тесту. Із вихідного положення основна стійка, очі закриті, учасник тестування виконує безперервне обертання голови в одну сторону в темпі – два рухи за секунду.

Результати. Визначається час з точністю до 0,1 с від початку руху головою до моменту втрати рівноваги.

Оцінка: утримання рівноваги 35 с – відмінно, 20 с – добре, 16 с – задовільно.

Динамічна рівновага в породіль досліджувалася за методикою Бондаревського (на гімнастичній лаві).

Для проведення даної проби необхідне обладнання: секундомір, гімнастична лава; набивний м'яч масою 2 кг; волейбольний м'яч.

Проведення тесту. На відстані 1,5 м від стартової лінії розміщується гімнастична лава вузькою стороною угору. На протилежному кінці лави – набивний м'яч. Тестований, пальцями лівої руки під правою рукою береться за праве вухо, на долоні правої (витягнутої) руки волейбольний м'яч. За командою «марш!» він біжить до вузької поверхні лави до набивного м'яча, штовхає його ступнею, повертається і біжить назад.

Результат. Визначення часу бігу учасником тестування від лінії старту і назад (у секундах).

Тест 6-ти хвилинної ходьби

Первинно цей тест призначався для оцінки витривалості під час ходьби у дорослих пацієнтів після кардіологічних операцій; на сьогодні цей тест використовується для різних пацієнтів різного віку.

Тест дозволяє визначити толерантність жінок до фізичних навантажень, їх витривалість за результатами самооцінювання ступеня втоми і задишки.

Для безпеки рекомендується, щоб жінка до виконання цього тесту мала частоту серцевих скорочень у спокої менше 120 уд / хв, систолічний

артеріальний тиск менше 180 мм рт.ст. і діастолічний артеріальний тиск менше 100 мм рт.ст.

Обладнання: рівний, бажано без килимового покриття, вільний прохід; два дорожніх конуси; секундомір (з функцією таймера) чи таймер; рулетка (принаймні на половину довжини відстані між конусами); кольорова або клейка стрічка для позначення кінцевої точки; ручка і папір для підрахунку кіл; шкала сприйняття навантаження Борга; інструкції пацієнту

Методика виконання тесту 6-ти хвилинної ходьби

Для тесту зазвичай потрібно дві людини – одна для відстежування кількості кіл і друга людина – для впевненості, що інші жінки або пішоходи не ходять на шляху досліджуваної під час тестування. Друга людина також може відзначити місце, де жінка фінішує.

Для проведення цього тесту жінка повинна мати можливість безпечно ходити протягом шести хвилин без фізичної допомоги або очікування допомоги. Пацієнтка повинна мати зручний одяг і безпечно зручне взуття.

Конуси розміщуються на підлозі на заданій відстані. Між конусами рекомендовано мінімум 15 метрів; максимальна рекомендована дистанція - 30 метрів. Також можна використовувати довшу довжину доріжки при зведенні кількості витків до мінімуму. Переконайтеся, що шлях ходьби пацієнта не переривається великим потоком руху або частим використанням дверних прорізів. Рекомендується розміщувати в критичних місцях, таких як дверні прорізи, знак попередження для людей, що проводиться тестування пацієнта.

Для допомоги при вимірюванні відстаней можна відзначити на півдорозі між двома конусами точку на підлозі або стіні.

Пацієнтка читає інструкцію сидячи і вимірюється ЧСС спокою.

Пацієнтка стоїть на рівні стартового конуса. Відбувається оцінка задишки і напруження за допомогою шкали сприйняття навантаження Борга

(надається окремо) шляхом пояснення шкали пацієнтці, і її просять оцінити кожен компонент.

Таймер встановлюється на шість хв. Екзаменатор подає сигнал і запускає таймер, коли жінка починає ходьбу. Екзаменатор відзначає щоразу час завершення пацієнткою кола. Словесне заохочення не дається; пацієнтці лише повідомляється про закінчення кожної хвилини.

Якщо пацієнти не можуть ходити постійно протягом шести хвилин, вони можуть зупинитися і прихилитися до стіни (але не сидіти), а потім продовжити ходьбу. Таймер не зупиняється під час цих передишок. Кількість зупинок для відпочинку відзначається.

Коли таймер сигналізує про закінчення шести хвилин, пацієнту дається інструкція зупинитися. Асистент зазначає місце на стіні або на підлозі, де пацієнт був, коли засигналізував таймер.

Пацієнту пропонується сісти. Вимірюється частота серцевих скорочень після ходьби. Втома і задишка оцінюються за допомогою шкали сприйняття навантаження Борга. Пацієнтку питають: «якщо щось утримує вас від подальшої ходьби, то що це?».

Відстань в останньому колі вимірюється за допомогою рулетки. Пройдена відстань розраховується шляхом множення кількості кіл на відстань кожного кола, плюс додаткова відстань, пройдена в останньому заключному колі.

Інтерпретація. Збільшення витривалості під час ходьби пов'язане з підвищенням здатності жінки здійснювати життєвоважливі завдання в повсякденній активності. Тест 6-ти хвилинної ходьби зазвичай не подається у відсотках від нормальних показників. Нормативні значення пропонуються в якості загального орієнтиру.

Відстані, пройдені здоровими дорослими, змінюються залежно від віку, росту, ваги і статі. Медіана відстані, пройденої здоровими жінками, була 494 метри (Enright 1998).

Перед початком: 1) Поміряйте пульс у стані спокою; 2) Оцініть індивідуальне сприйняття задишки і напруги за допомогою Шкали Борга; 3) Пацієнт стоїть на стартовій лінії, і таймер налаштований на шість хвилин.

Оцінювання толерантності до навантаження за модифікованою шкалою сприйняття навантаження Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale – RPE)

З метою визначення індивідуальної толерантності до навантаження кожної жінки після кесаревого розтину, а також поточного контролю за відповідністю навантаження функціональним можливостям жінки використовувалася шкала суб'єктивної оцінки навантаження (самооцінка втоми і задишки). Цей тест оцінює самосприйняття пацієнтом рівня втоми та рівня задишки. Оригінальний тест використовував шкалу з 15 пунктів в межах 6-20. Модифікована шкала Борга використовує шкалу з 10 пунктів в межах 0- 10 (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Модифікована шкала сприйняття навантаження Борга
(Borg Rating of Perceived Exertion Scale – RPE)

Самосприйняття навантаження	Оцінка, у балах
Не турбує взагалі	0
Дуже-дуже легке (ледь відчутне)	0,5
Дуже легке	1
Легке	2
Помірне	3
Трохи тяжке	4
Тяжке	5-6
Дуже тяжке	7-8
Дуже-дуже тяжке	9
Максимальне	10

При оцінці задишки використовуйте ту ж шкалу, але попросіть пацієнта оцінити свій рівень утруднення дихання. Поясніть, що «шкала починається з 0, тобто, ви не відчуваєте жодного утруднення дихання, і

прогресує до 10, де ваше утруднення дихання або задишка є максимальними». Попросіть пацієнта «Вибрати номер, який найкраще описує його ступінь утруднення дихання або задишку на даний момент».

Пояснення. Не здійснюйте оцінювання навантаження і задишки одночасно; попросіть пацієнта оцінити один показник, потім інший. Очікувана відповідь для типових, здорових дорослих, які тренуються – це оцінка «3» або «4» за модифікованою шкалою оцінки Борга. Якщо метою є участь пацієнта в аеробному тренуванні, оцінки нижче, ніж «3» можуть означати, що навантаження доцільно збільшити. Оцінка в «7» і вище балів можуть сигналізувати про ознаки кардіопульмональної дезадаптації.

Констатувальний та формувальний етапи експерименту. З метою дослідження ефективності експериментальної програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування проведено експериментальне дослідження, яке включало констатувальний та формувальний етапи. Констатувальний етап експериментального дослідження дозволив з'ясувати сучасний стан розробленості проблеми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину та на основі попереднього обстеження визначити проблеми жінок та сформувати однорідні групи (основну і порівняльну) з жінок, які прийняли участь в експериментальному дослідженні. Формувальний етап експериментального дослідження передбачав реалізацію розробленої програми фізичної терапії та перевірку її дієвості шляхом порівняння динаміки досліджуваних показників у жінок основної групи (ОГ) і групи порівняння (ГП).

Методи математичної статистики

Математична обробка одержаних даних передбачала визначення похибки середнього арифметичного ($\pm m$)

$$m = \pm \frac{G}{\sqrt{N} - 1},$$

де m – похибка середнього арифметичного; G – середньоквадратичне відхилення; N – кількість вибірки.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилось в умовах відділення жіночої консультації Комунального некомерційного підприємства «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради в залі лікувальної фізичної культури.

У дослідженні взяли участь 16 жінок у віці 21-38 років після операційного розродження шляхом кесаревого розтину. Серед жінок, які брали участь в експериментальному дослідженні, у 10 жінок – це були перші пологи, у 6 – другі або треті. Породіллі в період від 6 до 8 місяців після оперативного розродження проходили амбулаторний етап реабілітації в залах ЛФК при жіночій консультації. Тривалість даного етапу становила від 1-го (у пацієнток з низьким поперечним розрізом) до 1,5-2-х місяців у пацієнток з низьким класичним розрізом і до 2,5 місяців у пацієнток з більш травмуючим класичним розрізом.

Дослідницька робота проводилася в період з вересня 2019 року по жовтень 2020 року і передбачала реалізацію трьох етапів, на кожному з яких вирішувалися конкретні загальні і часткові (спеціальні) завдання.

На першому етапі (вересень-листопад 2019 року) здійснювався аналіз та узагальнення даних науково-теоретичної та методичної літератури, присвяченій питанням фізичної терапії жінок після кесаревого розтину, що дозволило з'ясувати сучасний стан розробленості зазначеної проблеми та визначити найбільш оптимальні засоби фізичної терапії цієї категорії жінок. На цьому етапі розроблено науковий апарат магістерської роботи: обґрунтовано актуальність проблеми дослідження, сформульовано мету і завдання, гіпотезу, визначено предмет і об'єкт дослідження.

Протягом *другого етапу* (грудень-березень 2020 року) було визначено методи дослідження, розроблено програму фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування. На цьому етапі було сформовано 2 групи жінок після кесаревого розтину – ОГ і ГП; проведено суб'єктивне обстеження; з'ясовано інформацію щодо медичних призначень,

особливостей оперативного розродження. Цей етап передбачав збір даних анамнезу жінок у післяпологовий період, проведення опитування і бесід з жінками, які надали згоду щодо участі в експериментальному дослідженні.

На третьому етапі (квітень-жовтень 2020 року) було проведено експериментальне дослідження, яке передбачало перевірку ефективності розробленої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування; здійснено аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження; проведено апробацію результатів дослідження шляхом участі у VI Всеукраїнській дистанційній науково-практичній інтернет-конференцію «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» (Суми, 2020 р.). На цьому етапі було сформульовано загальні висновки дослідної роботи, оформлено магістерську роботу.

Висновки до розділу 2

Під час організації і проведення науково-дослідної роботи використовувалися такі методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-теоретичної і спеціальної літератури з питань фізичної терапії жінок у післяпологовий період; медико-біологічні: суб'єктивне обстеження: опитування, бесіда, збір анамнезу, самооцінювання больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ); самооцінювання рівня тривожності за методикою Ч. Д. Спільберга та Ю. П. Ханіна; об'єктивне обстеження: функціональні тести для оцінювання рухливості хребта, сили та витривалості м'язів спини і черевного пресу; тестування статичної і динамічної рівноваги; тест 6-хвилинної ходьби з оцінюванням (самооцінка втоми і задишки) толерантності до фізичного навантаження за модифікованою шкалою Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale); констатувальний та формувальний етапи експерименту; методи математичної статистики.

Дослідження проводилось на базі Комунального некомерційного підприємства «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради. У дослідженні взяли участь 16 жінок у віці 21-38 років, після оперативного розродження шляхом кесаревого розтину. Дослідницька робота проводилася в період з вересня 2019 року по жовтень 2020 року і передбачала реалізацію трьох етапів, на кожному з яких вирішувалися конкретні загальні і часткові (спеціальні) завдання.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

3.1. Зміст та організаційно-методичне забезпечення програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування

Кодування по Міжнародній класифікації хвороб-10 (МКХ-10) [34]:

082 – пологи одноплідні, розродження за допомогою кесаревого перетину;

082.0 – проведення елективного кесаревого розтину;

082.1 – проведення термінового кесаревого розтину;

082.2 – проведення кесаревого розтину з гістеректомією;

082.8 – інші одноплідні пологи шляхом кесаревого розтину;

082.9 – пологи шляхом кесаревого розтину не уточнені;

084.2 – пологи багатоплідні, повністю шляхом кесаревого розтину.

Базовою метою фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі лікування було інтенсифікація інволюційних змін в організмі породіль, зумовлених вагітністю та пологами. В аспекті інволюційних змін розглядалися проблеми відновлення кістково-м'язової системи та оптимізація психоемоційного статусу жінок у післяпологовий період після оперативного розродження.

Фізична терапія, що включала різні види рухової активності, інтегрувалася з масажем і фізіотерапією (за призначеннями фізіотерапевта і відсутності протипоказань).

Алгоритм програми фізичної терапії після кесаревого розтину на амбулаторному та поза амбулаторному етапі:

1. Обстеження: опитування, бесіда, збір анамнезу, самооцінювання больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ);

самооцінювання рівня тривожності за методикою Ч. Д. Спільберга та Ю. П. Ханіна; функціональні тести для оцінювання рухливості хребта, сили та витривалості м'язів спини і черевного пресу; тестування статичної і динамічної рівноваги; тест 6-хвилинної ходьби з оцінюванням (самооцінка втоми і задишки) толерантності до фізичного навантаження за модифікованою шкалою Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale).

II. Планування втручання (програма фізичної терапії):

- амбулаторний етап (кінезотерапія, лікувальний масаж, фізіотерапія);
- поза амбулаторний етап (домашня кінезотерапія)

III. Проведення втручання (програма фізичної терапії).

IV. Оцінка втручання (оцінка ефективності програми).

Розроблена програма фізичної терапії жінок після кесаревого розтину реалізовувалася в два етапи: амбулаторний (в умовах жіночої консультації лікарні), позамбулаторний (самостійні заняття в домашніх умовах, умовах спортивного центру) (рис. 3.1).

Амбулаторний етап



- Кінезотерапія (дихальні, загальнозміцнювальні спеціальні терапевтичні вправи, велотренажер)
- Лікувальний масаж (7-12 сеансів по 45-60 хв.)
- Фізіотерапія (ЗМП НЧ (7-12 сеансів по 20 хв.) УВЧ (7-12 сеансів по 30 хв.))

Позаамбулаторний етап



- Терапевтичні вправи Кегеля
- Терапевтичні вправи на фіт-болі

Рис. 3.1. Програма фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації

Заняття з фізичної терапії проводились в першій половині дня від 2 до 3 разів на тиждень з тривалістю занять до 1 години. Також в процесі проведення занять додатково використовувалися індивідуально підібрані

м'ячі-футболи, застосовувалися велотренажери. Через день проводився масаж спини, попереково-крижового відділу, сідниць і стегон в кількості 10-15 сеансів. Крім того, жінкам була запропонована можливість самостійного проведення занять в домашніх умовах з використанням комплексу спеціальних вправ Кегеля для зміцнення м'язів промежини, тазового дна, вправи на м'ячі-футболі.

Тривалість амбулаторного етапу реабілітації становила від 1-го (у пацієнток з низьким поперечним розрізом) до 1,5-2-х місяців у пацієнток з низьким класичним розрізом і до 2,5 місяців у пацієнток з більш травмуючим класичним розрізом і передбачала щадно-тренувальний режим рухової активності.

Загальними завданнями фізичної терапії жінок на цьому етапі були: оптимізація психоемоційного стану; загальна тонізація та зміцнення організму; сприяння подальшому відновленню організму жінок після пологів; нормалізація обмінних процесів і попередження ожиріння; підвищення фізичної працездатності та профілактика астенії.

Спеціальні завдання спрямовувалися на: розширення можливостей функціонального стану і поступове тренування кардіореспіраторної системи; зміцнення м'язового корсету та безпосередньо м'язів, що приймали участь у виношуванні дитини (черевного пресу, спини, тазового дна, сідниць, стегон), підвищення рухливості хребта; нормалізацію діяльності кишечника і органів малого тазу; профілактику тривожності та депресивних станів.

Кінезотерапія на амбулаторному етапі включала дихальні, загальнозміцнювальні та спеціальні терапевтичні вправи: вправи для зміцнення м'язів черевного пресу і тазового дна (переважно у вихідних положеннях лежачи на карематі і колінно-кистьовому положенні), вправи для зміцнення м'язів грудної клітки та діафрагми, вправи для зміцнення м'язів спини та підвищення рухливості хребта, вправи для зміцнення м'язів нижніх кінцівок, особливо сідничних. Вправи виконувалися у положенні лежачи, сидячи, стоячи, в русі під час ходьби.

До терапевтичних вправ на амбулаторному етапі реабілітації залучалися вправи з фітболами та заняття на велотренажерах. Темп виконання вправ – повільний і середній, кількість повторень – 5-6; тривалість заняття – 35-45 хв. 1 раз на день. На цьому етапі жінок навчали вправам самостійних занять з кінезотерапії з метою подальшого проведення в домашніх умовах. Усім жінкам було надано на електронних носіях і / або роздрукованому вигляді індивідуальні програми фізичної терапії (для самостійних занять).

Фітбол гімнастика включала вправи на м'ячі для зміцнення і розтягнення м'язів спини, черевного пресу та підвищення рухливості хребта у положеннях: лежачи на м'ячі (на спині, животі, нижні кінцівки на м'ячі – руками упор в підлогу), а також вправи, що передбачали положення лежачи на спині з м'ячем, застиснутим між гомілками. Більш детально вправи фітбол гімнастики представлені в додатку Г.

Тренування починалося з кардіонавантаження. Після пологів, особливо для годуючих мам доцільно виключити бігову доріжку (струсове навантаження на груди) або виконувати на біговій доріжці ходьбу (швидкий крок). Більш оптимальним варіантом для кардіонавантажень після пологів є або еліпс (орбітрек), або степпер. Займаючись на цих тренажерах жінки можуть дотримуватися достатньо швидкого темпу, однак при цьому рухи виходять більш плавними порівняно з рухами під час бігу. Аналогічно використання цих тренажерів є більш сприятливим для суглобів породіль, які зазнали додаткового навантаження під час вагітності.

Толерантність та поточний контроль за рівнем фізичного навантаження жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації здійснювався за модифікованою шкалою суб'єктивної оцінки (самооцінка втоми і задишки) фізичного навантаження Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale).

Лікувальна гімнастика інтегрувалася з масажем і фізіотерапією за показаннями на амбулаторному етапі реабілітації.

Масаж. Спеціальними завданнями масажу жінок у післяпологовий період були: активізація крово- і лімфообігу, що усуває застійні явища в малому тазу і нижніх кінцівках; зменшення больового синдрому, особливо в м'язах спини і нижніх кінцівок; зміцнення м'язів тіла, підвищення еластичності м'язово-зв'язкового апарату і збереження рухливості суглобів; покращення загального обміну речовин; поліпшення психоемоційного статусу; прискорення відновлення після пологів.

Показання до масажу: больові синдроми в області спини, шиї, попереково-крижової області, крижово-клубових суглобів, нижніх кінцівок, судоми литкових м'язів; психічне напруження, загальна втома, запаморочення, безсоння, головний біль; набряки нижніх кінцівок; профілактика появи розтяжок (стрий) в області грудних залоз, живота і стегон; уповільнена пологова діяльність; психоемоційне і фізичне перенапруження під час пологів; порушення функції лактації.

Масаж проводився за схемою: спина з акцентом на поперековий відділ і сідниці; груди; живіт; нижні кінцівки. За потреби масажувалися дистальні відділи верхніх кінцівок.

Використовуються прийоми: погладжування, інтенсивне розтирання, глибоке розминання, перервна вібрація (лабільні, ударні прийоми – струс, похлопування, рубання тощо).

Перед початком масажу проводився огляд шкіряних покривів на наявність порізів, подряпин, ран, оскільки при деяких захворюваннях шкіри масаж протипоказаний.

Масаж спини виконували на обох сторонах спини по чергово або одночасно. Використовували прийоми: а) погладжування – попеременно, прямолінійне; б) розтирання – подушечками чотирьох пальців; подушечками великих пальців, пиляння (на попереку), колоподібне подушечками чотирьох пальців (на міжреберних проміжках), колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне подушечками чотирьох пальців (на фасції трапецієподібного м'яза), колоподібне подушечками великих пальців;

в) розминання – одною рукою, колоподібне однією рукою (на довгих м'язах), ординарне, подвійне кільцеве (на широких м'язах); г) вижимання – поперекове, ребром долоні, однією рукою подушечками великого пальця (починаючи з довгих м'язів та поступово переходячи до широчайших м'язів); д) пиляння в ділянці попереку.

Задню поверхню шиї масажували одночасно з трапецієподібним м'язом. Масаж задньої поверхні шиї виконувався у послідовності: прогладжування (прямолінійне, поперекове), вижимання (дзьобоподібне, кистю від себе; дзьобоподібне, ліктьовою частиною), розминання; розтирання (ординарне; подвійне кільцеве; подвійне кільцеве «щипцями» (м'язи шиї захоплюються кінцями фаланг пальців); колоподібне розминання подушечками чотирьох пальців, фалангами зігнутих пальців; дзьобоподібне кистю від себе – лицьовою частиною долоні; променевою стороною долоні.

Розтирання вздовж хребетного стовбура виконували після масажу м'язів шиї з обох сторін. Проводили прийоми розтирання вздовж хребетного стовпа, починаючи від початку росту волосся до 7-го шийного хребця: 1) прямолінійне та колоподібне подушечками великих пальців (одночасно або попеременно); 2) колоподібне, подушечками чотирьох пальців двома руками попеременно (ліктьї опущені вниз); 3) колоподібне, фалангами зігнутих пальців двома руками попеременно (фалангами однієї руки); 4) дзьобоподібне двома руками, долонею до себе (кінчиками пальців тильної сторони); 5) колоподібне гребенями кулаків.

Масаж навколо 7-го шийного хребця виконували в послідовності: 1) здавлювання – між великими та вказівними пальцями обох рук; між тильними сторонами великих пальців (кисті рук злегка стиснуті в кулак); 2) колоподібне розтирання подушечками великих пальців попеременно; колоподібне розтирання подушечками чотирьох пальців однієї, потім іншою рукою; 3) розминання – подвійне кільцеве «щипцями».

Наступний етап – масаж крижово-поперекового відділу спини. Комбіноване погладжування двома руками виконувалося в напрямку від тазу

вгору до лопаток (4-5 разів). Вижимання долонею – ребром або частиною з боку великого і вказівного пальців (4-6 разів), на довгих м'язах, розминання – ребром долоні і щіщеподібне (по 3-4 рази), на найширших м'язах спини – подвійне кільцеве (3-4 рази) і потряхування (2-3 рази). Після погладжування і вижимання на поперековому відділі (по 3-4 рази) приступали до розтирання вздовж хребта. Колоподібне розтирання подушечками 4 пальців обох рук (пальці розташовані перпендикулярно до масажованої ділянки поруч з хребтом (4-6 разів), вижимання (3-4 рази), погладжування (4-6 разів). Увесь комплекс був повторений не менше 3 разів.

На ділянці тазу виконувалося комбіноване погладжування (4-6 разів), вижимання (3-5 разів), розминання – ординарне і подвійне кільцеве (по 3-4 рази), вижимання (2-3 рази), знову розминання – подушечками всіх пальців, потряхування і погладжування (по 3-4 рази).

На крижовому відділі: розтирання – прямолінійне і колоподібне подушечками великих пальців обох рук (по 3-5 разів); прямолінійне й колоподібне гребенями пальців (по 4-6 разів), вижимання і погладжування (по 3-4 рази).

Повторивши масаж сідничних м'язів за описаною вище методикою, переходили на клубову кістку: розтирання на гребені клубової кістки подушечками чотирьох пальців (3-5 разів) і гребенями кулаків (3-4 рази), погладжування (4-6 разів), спіралеподібне розтирання подушечками чотирьох пальців (4-5 разів).

Масаж задньої поверхні стегна. Поглажування двома руками (4-6 разів), вижимання поперечне (4-6 разів), потряхування (2-3 рази), розминання – ординарне і «подвійний гриф» (по 3-4 рази), погладжування (2-3 рази), вижимання (3-4 рази), потряхування (2-3 рази), розминання – подвійне кільцеве (2-4 рази) і «подвійний гриф» (3-4 рази), потряхування і погладжування (по 2-3 рази). Те ж саме на другому стегні.

Масаж живота (найкраще положення пацієнта – лежачи на спині). Комбіноване погладжування від лобкової кістки вгору до підребер'я (4-6

разів), вижимання ребром долоні (2-4 рази), підковоподібне погладжування (по ходу годинникової стрілки – 4-6 разів).

Пацієнтка згинає ноги в колінах і кульшових суглобах. Далі чергувались прийоми: погладжування (5-7 разів) і вижимання (3-4 рази) по ходу товстої кишки. Після цього виконувалось: погладжування комбіноване від лобкової кістки вгору; ординарне розминання і вижимання (по 3-4 рази); погладжування (2-3 рази) і потряхування (4-6 разів). Потім погладжування по ходу товстої кишки (3-4 рази), вижимання (2-3 рази), розминання – ординарне (2-4 рази) і подвійне кільцеве (3-4 рази), комбіноване погладжування і потряхування (по 3-4 рази). Весь комплекс, дотримуючи послідовність етапів, повторювався 2-3 рази.

Передня поверхня стегна: погладжування, вижимання ребром долоні, погладжування і знову вижимання (всі – по 2-3 рази), розминання– ординарне і поздовжнє (по 3-4 рази), потряхування (2-3 рази) і погладжування (3-4 рази), вижимання (2-3 рази), розминання – «подвійний гриф», подвійне кільцеве (по 3-4 рази) і поздовжнє (2-3 рази), потряхування з погладжуванням (по 2-3 рази). Те ж саме на другому стегні.

Масаж литкового м'язу проводився в положенні лежачи на спині пр зігнутих у колінному і кульшовому суглобах ногах. На литковому м'язі після погладжування виконувалось вижимання, розминання – ординарне і подушечками чотирьох пальців, поштовхи, знову розминання– «подвійний гриф» (усі прийоми – по 3-4 рази); по закінченню – потряхування і погладжування (по 2-3 рази). Після цього приступали до передньо-гомількових м'язів.

На зовнішній стороні гомілки виконували прийоми погладжування (2-3 рази), вижимання, розминання подушечками чотирьох пальців, погладжування і знову вижимання, розминання – ребром долоні і фалангами пальців, стиснутих в кулак (усі прийоми – по 3-4 рази); масаж закінчувався погладжуванням (2-3 рази).

У середньому курс масажу становив 10-15 сеансів. Перші один-п'ять сеанси тривали 30-45 хв., наступні – 45-60 хв.

Фізіотерапія. Фізіотерапія у післяпологовий період найчастіше призначається з метою: стимуляції (покращенню) скорочення матки; сприяння процесам регенерації та репарації (загоєння швів кесаревого розтину); профілактики лактостазу; нівеляції післяпологового геморою; попередження післяпологового ендометриту.

За показаннями жінкам у післяпологовий період призначалась магнітотерапія – вплив змінним магнітним полем низької частоти (при дисфункціях та слабкості м'язів тазового дна, нівеляції болю) або ультрависокочастотну терапію (для інтенсифікації відновлення після пологів).

Вплив змінним магнітним полем низької частоти (ЗМП НЧ) на органи малого тазу жінок. Перший спосіб: індуктор з U-подібним сердечником розташовують (без зазору) над лобковим зчленуванням на стороні ураження. Режим безперервний, синусоїдальний або пульсуючий однонапівперіодний в переривчастому режимі (тривалість посилів і пауз – по 2 с). Перемикач інтенсивності – в положенні «4». Процедури тривалістю 20 хв проводять щодня або через день, до 15 процедур на курс лікування [47].

Другий спосіб техніки проведення ЗМП НЧ: спеціальний індуктор вводять у вагінальний звід відповідно локалізації ураження. Режим безперервний синусоїдальний або пульсуючий однонапівперіодний в переривчастому режимі (тривалість посилів і пауз – по 2 с). Перемикач інтенсивності – в положенні «4». Процедури тривалістю 20 хв проводились щодня або через день (виключаючи період менструацій), до 10 процедур на курс лікування.

Дозування. Вплив ЗМП НЧ не супроводжується будь-якими відчуттями або іншими реакціями. Дозування впливів проводиться індуктивністю до 40 мТл або тривалістю процедури 15-30 хв при одній локалізації і до 60 хв

при декількох локалізаціях. При низькій інтенсивності магнітного поля до 20 мТл денна доза має бути не менш ніж 30 хв.

Ультрависокочастотна терапія (УВЧ). Терапевтичні ефекти: стрес-лімітуючий, протизапальний, секреторний, протинабряклий, міорелаксуючий, імуносупресивний, трофічний, метаболічний, седативний, тромболітичний, гіперпластичний [52].

Діючий чинник УВЧ-терапії – постійне або імпульсне електричне поле з частотою 40,68 або 27,12 МГц, високої напруги – понад 20 кВ. При імпульсному електричному полі у переривистому режимі тривалість імпульсів становить 2 і 8 мкс, а частота – 500 і 125 Гц.

Вплив електромагнітного поля ультрависокої частоти на ділянку малого тазу у жінок. У першому випадку круглі конденсаторні пластини діаметром 16 см або прямокутні пластини площею 200 або 400 см² з повстяними прокладками розташовують в області крижів і над лобковим зчленуванням з зазором 3 см. У другому випадку спеціальний електрод вводять в піхву, круглу конденсаторну пластину діаметром 8 см або прямокутну пластину площею 200 см² поміщають над лобковим зчленуванням або в області крижів з зазором 3 см. Інтенсивність впливу – з відчуттям слабого тепла або без нього. Тривалість сеансів до 30 хв. Процедури проводять щодня або через день, до 15 процедур на курс лікування [61].

3.2. Результати дослідження

Аналіз результатів експериментального дослідження засвідчив більш позитивну динаміку досліджуваних показників у породіль ОГ.

У 8 пацієток (50%) причиною планової операції корпорального кесаревого розтину були різні варіанти вузького таза зі значними ступенями його звуження, неправильне положення плоду, багатоплідна вагітність, великий плід і клінічно вузький таз, передлежання плаценти.

У 4 пацієток (25%) показанням до проведення планового кесаревого розтину були різні варіанти екстрагенітальної патології, важкі форми гестозів II половини вагітності, аномалії родової діяльності. У 2 пацієток (12,5%) це була перша вагітність і перші пологи, у 2 (12,5%) – другі пологи (рис. 3.2).

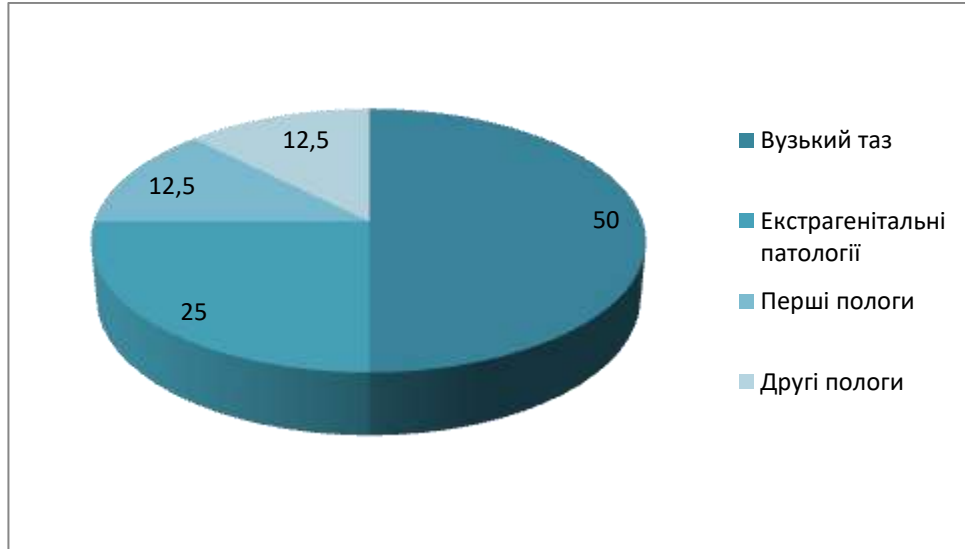


Рис. 3.2. Причини оперативного розродження жінок шляхом кесаревого розтину, %

Варіанти проведення операційного доступу при проведенні кесаревого розтину відображені на рисунку 3.3

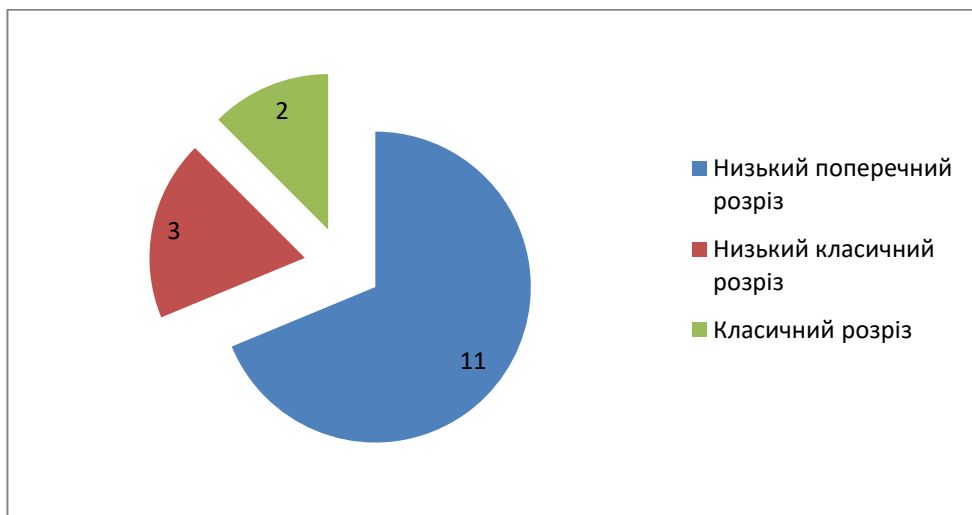


Рис. 3.3. Варіанти проведення кесаревого розтину у жінок що брали участь у експерименті

Оскільки на амбулаторному етапі реабілітації (відвідування залу ЛФК при жіночій консультації) жінки при виконанні функціональних проб з

навантаженням, відчували значний дискомфорт та біль в ділянці прооперованої рани. Як вже зазначалося, больовий синдром у породіль пов'язаний зі оперативним розродженням шляхом кесаревого розтину.

Динаміка больового синдрому за ВАШ у жінок обох груп оцінювалася за результатами тестування на початку, на екваторі та по закінченню амбулаторного етапу реабілітації (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Динаміка самовідчуття болю в жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації (за ВАШ), у балах

Група	На початку амбулаторного етапу	На екваторі амбулаторного етапу	По закінченню амбулаторного етапу
ОГ	3,8±3,0	1,2±0,3	0,1±0,1
ГП	3,6±1,2	2,2±0,6	1,0±0,25

Як видно з таблиці, у жінок ОГ динаміка нівеляції больових відчуттів відбулася більш прогресивно. На початку амбулаторного етапу середня оцінка болю за ВАШ у жінок ОГ та ГП становила відповідно 3,8 і 3,6 балів (біль помірного характеру, на який жінка постійно відволікається). На екваторі амбулаторного етапу середня оцінка болю в жінок ОГ за ВАШ становила 1,2 бали (слабко виражені дискомфортні відчуття, що не впливають на якість життя), у жінок ГП – 2,2 бали (слабко виражений біль, що турбує регулярно та викликає дискомфорт і дратівливість).

Повторне тестування за ВАШ болю було проведено по закінченню амбулаторного етапу реабілітації. У жінок ОГ відзначено позитивну динаміку усунення болю – лише у однієї жінки виявлено легкі дискомфортні відчуття, що її не турбували та не впливали на якість життя в цілому. У жінок ГП – лише у трьох жінок спостерігалась повна нівеляція больових відчуттів, середня оцінка болю склала 1 бал.

Результати повторного дослідження засвідчили більш стійку тенденцію до зниження особистісної та ситуативної тривожності в жінок ОГ (табл. 3.2).

У жінок ОГ низький рівень особистісної тривожності виявився в 15,00%; помірний рівень зріс у 40,00% за рахунок пониження високого рівня до 55,00%, а ситуативна тривожність низького рівня зросла на 60,00% за рахунок зменшення помірного рівня до 10,00%.

Показник динаміки тривожності у жінок ГП зазнав таких змін наприкінці дослідження: ситуативна тривожність низького рівня збільшилася на 15,00%, а особистісна помірного рівня збільшилася на 30,00%.

У результаті проведеної поетапної програми фізичної терапії жінки ОГ стали більш впевненими, знизився поріг особистісної та ситуативної тривожності.

Таблиця 3.2

Динаміка рівнів особистісної та ситуативної тривожності у жінок на амбулаторному етапі реабілітації, %

Рівень тривожності	Особистісна тривожність		Ситуаційна тривожність	
	ОГ	ГП	ОГ	ГП
Низький	15,00	–	90,00	40,00
Помірний	80,00	60,00	10,00	60,00
Високий	5,00	40,00	–	–

На амбулаторному етапі реабілітації проводилися функціональні тести з метою простеження динаміки інволюційних змін кістково-м'язової системи: визначення сили / витривалості м'язів, які прийняли участь у виношуванні та народженні дитини (спини, черевного пресу) та зазнали оперативного втручання під час розродження, рухливості хребта, а також дослідження рівноваги.

Доцільно відзначити, що тести з дозованим навантаженням проводилися за умови відсутності протипоказань (з'ясовувалися сумісно з лікарем) та наявності больового синдрому за шкалою ВАШ не вище 3-х балів, що свідчить про можливість призначення достатнього рівня (обсягу й інтенсивності) фізичного навантаження, яке оцінюється за шкалою Борга в 7 і вище балів.

Рухливість хребта визначалася за стандартною методикою (у нахилі тулуба в положенні стоячи дотягнутися пальцями до поверхні підлоги). Оцінювалась відстань від кінчиків пальців до поверхні підлоги, у см.

Результати дослідження наприкінцевого зрізу дозволили констатувати більш позитивну динаміку показників відновлення рухливості хребта у жінок ОГ порівняно з жінками ГП (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Динаміка показників рухливості хребта в жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, у см

Група	До експерим. дослідження	Після експерим. дослідження	Різниця
ОГ	16,7 ± 0,25	1,8 ± 1,3	14,9
ГП	14,5 ± 1,5	8,9 ± 0,5	5,6

Аналіз результатів дослідження рухливості хребта у жінок після кесаревого розтину засвідчив, що середній показник рухливості хребта в жінок ОГ після експериментального дослідження становив 1,8 см (до експериментального дослідження – 16,7 см) – відбулося покращення на 14,9 см. У жінок ГП також спостерігалася позитивна тенденція щодо відновлення рухливості хребта, однак це покращення відбулося менш ефективно порівняно з результатами жінок ОГ. У жінок ГП середній показник рухливості хребта після експериментального дослідження склав 8,9 см (до експериментального дослідження – 14,5 см), що свідчить про збільшення рухливості лише на 5,6 см.

Отже результати показників відновлення рухливості хребта в жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації дозволили відзначити ефективність розробленої програми фізичної терапії, що підтверджено значною інтенсифікацією відновлення рухливості хребта в жінок ОГ.

Результати дослідження показників сили м'язів черевного пресу і розгиначів спини за функціональними тестами оцінки статичної витривалості зазначених м'язів, дозволили констатувати більш виражений приріст м'язової сили у жінок ОГ (табл. 3.5, табл. 3.5).

Так, у жінок ОГ середній показник сили м'язів розгиначів спини по закінченню експериментального дослідження становив 3,8 бали (до експериментального дослідження – 1,7 балів), що свідчить про покращення на 2,1 бали. У жінок ГП зазначений показник після експериментального дослідження склав 2 бали (до експериментального дослідження – 1,5 балів), що свідчить про покращення на 0,5 балів (табл. 3.6).

Таблиця 3.4

Динаміка показників сили м'язів розгиначів спини в жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації (статична витривалість), у балах

Група	До експерим. дослідження	Після експерим. дослідження	Різниця
ОГ	1,7 ± 3,0	3,8 ± 2,5	2,1
ГП	1,5 ± 1,5	2,0 ± 2,5	0,5

Динаміка показників сили м'язів черевного пресу (тестування статичної витривалості) у породіль дозволила отримати такі результати (табл. 3.5). У жінок ОГ середній показник сили м'язів черевного пресу покращився на 2,4 бали (до експериментального дослідження – 1,2 бали, після – 4,1 бали). Тоді як у жінок ГП цей показник покращився лише на 1,1 бали (до експериментального дослідження – 1,4 бали, після – 2,6 бали).

Таблиця 3.5

Динаміка показників сили м'язів черевного пресу в жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації (статична витривалість), у балах

Група	До експерим. дослідження	Після експерим. дослідження	Різниця
ОГ	1,2 ± 0,5	4,1 ± 0,3	2,4
ГП	1,4 ± 1,8	2,6 ± 0,25	1,1

Одержані результати оцінювання показників динамічної витривалості м'язів черевного пресу в жінок обох груп засвідчили більш прогресивне покращення м'язової сили черевного пресу у жінок ОГ.

Так, у жінок ОГ середній показник динамічної сили м'язів черевного пресу по закінченню експериментального дослідження становив 4,5 бали (до експериментального дослідження – 1,8 балів), що свідчить про покращення на 2,7 балів. У жінок ГП зазначений показник після експериментального дослідження склав 2,8 балів (до експериментального дослідження – 1,6 балів), що свідчить про покращення на 1,2 балів.

Таблиця 3.6

Динаміка показників сили м'язів черевного пресу в жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, у балах

Група	До експерим. дослідження	Після експерим. дослідження	Різниця
ОГ	1,8 ± 0,4	4,5 ± 0,3	2,7
ГП	1,6 ± 1,5	2,8 ± 0,6	1,2

Координаційні здібності та рівновага жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації значно покращились у порівнянні з результатами на початку експериментального дослідження, про що свідчать

дані наведені у таблиці 3.7. Також жінки краще почували себе як психоемоційно, так і фізично.

Таблиця 3.7

Динаміка показників рівноваги та координації рухів у жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, у секундах

Проба	До експерим. дослідження		Після експерим. дослідження	
	ГП	ОГ	ГП	ОГ
Проба Яроцького	$16 \pm 0,3$	$16 \pm 3,5$	$17 \pm 0,2$	$26 \pm 1,6$
Проба Бондаревського	$5,3 \pm 1,0$	$5,2 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,25$	$4,2 \pm 0,8$

Згідно результатів дослідження показники статичної рівноваги, які оцінювались за пробою Яроцького змінилися в бік зростання, як у жінок ГП так і ОГ, що складає 10,6 % та 62,5 % відповідно (рис. 3.4). Це свідчить про ефективність розробленої програми фізичної терапії і вказує на необхідність організації та проведення аналогічних заходів для породіль.

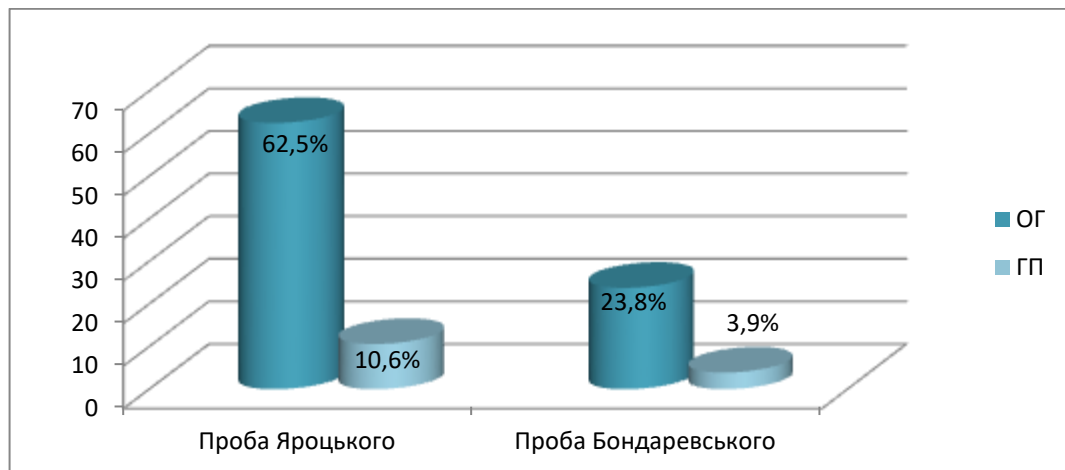


Рис. 3.4. Динаміка показників рівноваги та координації рухів у жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, у %

Аналізуючи дані тестування динамічної рівноваги за пробою Бондаревського, було встановлено, що в ГП результати на початку та наприкінці експериментального дослідження майже не відрізнялися і становили 5,3 с та 5,1 с, відповідно із процентного відношення зменшення тривалості виконання вправи 3,9 %, тоді як, в ОГ цей показник становив 23,8% (рис. 3.4). Це свідчить про позитивний вплив розробленої програми фізичної терапії.

Одержані результати тесту 6-хвилинної ходьби, який оцінювався за модифікованою шкалою сприйняття навантаження Борга засвідчили про значне покращення показників загальної витривалості в жінок ОГ (табл. 3.8).

Аналіз результатів дослідження показників самосприйняття навантаження у жінок ОГ засвідчив, що середній показник задишки за модифікованою шкалою Борга покращився на 6,7 балів, тоді як у жінок ГП лише на 4,5 балів.

Як видно з таблиці 3.8, показник втоми за шкалою Борга знизився у жінок ОГ на 5,5 балів, у жінок ГП – на 2,4 бали.

Отже показники задишки і втоми у жінок ОГ дозволяють відзначити суттєве покращення загальної витривалості та адекватної толерантності до фізичного навантаження.

Таблиця 3.8

Динаміка показників загальної витривалості за шкалою Борга у жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, у балах

Показник	До експерим. дослідження		Після експерим. дослідження	
	ОГ	ГП	ОГ	ГП
Задишка	8,5±0,5	8,8±0,3	1,8±0,2	4,3±1,5
Втома	8,0±1,5	7,6±0,6	2,5±0,2	5,2±0,5

У жінок ГП низькі показники загальної витривалості (задишка і втома) свідчать про незадовільну толерантність до фізичного навантаження, що пов'язано з відсутністю спеціального тренування.

Таким чином, аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження дозволяють відзначити дієвість розробленої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, що підтверджено більш позитивною динамікою показників функціонального стану кістково-м'язової системи та психоемоційного стану в жінок ОГ порівняно з жінками ГП.

Висновки до третього розділу

Розроблена програма фізичної терапії жінок після кесаревого розтину реалізовувалася в два етапи: амбулаторний (в умовах жіночої консультації лікарні), позамбулаторний (самостійні заняття в домашніх умовах або в умовах спортивного центру). Фізична терапія, що включала різні види рухової активності, інтегрувалася з масажем і фізіотерапією (за призначеннями фізіотерапевта і відсутності протипоказань).

Аналіз результатів експериментального дослідження засвідчив більш позитивну динаміку досліджуваних показників у жінок ОГ. Результати повторного дослідження засвідчили більш стійку тенденцію до зниження особистісної та ситуативної тривожності в жінок ОГ. У жінок ОГ низький рівень особистісної тривожності виявився в 15,00%; помірний рівень зріс у 40,00% за рахунок пониження високого рівня до 55,00%, а ситуативна тривожність низького рівня зросла на 60,00% за рахунок зменшення помірного рівня до 10,00%. Показник динаміки тривожності у жінок ГП зазнав таких змін наприкінці дослідження: ситуативна тривожність низького рівня збільшилася на 15,00%, а особистісна помірного рівня збільшилася на 30,00%.

Аналіз результатів дослідження рухливості хребта у жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації засвідчив, що середній показник рухливості хребта в жінок ОГ після експериментального дослідження становив 1,8 см (до експериментального дослідження – 16,7 см) – відбулося покращення на 14,9 см. У жінок ГП середній показник рухливості хребта після експериментального дослідження склав 8,9 см (до експериментального дослідження 14,5 см), що свідчить про збільшення рухливості лише на 5,6 см.

Наприкінці експериментального дослідження у жінок ОГ середній показник сили м'язів розгиначів спини становив 3,8 бали (було – 1,7 балів), що свідчить про покращення на 2,1 бали. У жінок ГП зазначений показник після експериментального дослідження склав 2 бали (було – 1,5 балів), що свідчить про покращення на 0,5 балів.

Середній показник статичної сили м'язів черевного пресу в жінок ОГ покращився на 2,4 бали (до експериментального дослідження – 1,2 бали, після – 4,1 бали). Тоді як у жінок ГП цей показник покращився лише на 1,1 бали (до експериментального дослідження – 1,4 бали, після – 2,6 бали).

Середній показник динамічної сили м'язів черевного пресу в жінок ОГ по закінченню експериментального дослідження становив 4,5 бали (до – 1,8 балів), що свідчить про покращення на 2,7 балів. У жінок ГП зазначений показник після експериментального дослідження склав 2,8 балів (до – 1,6 балів), що свідчить про покращення на 1,2 балів.

Згідно результатів дослідження показники статичної рівноваги, які оцінювались за пробою Яроцького, змінилися в бік зростання, як у жінок ГП так і ОГ, що складало 10,6 % та 62,5 % відповідно. Аналізуючи дані тестування динамічної рівноваги за пробою Бондаревського, було встановлено, що в ГП результати на початку та наприкінці експериментального дослідження майже не відрізнялися і становили 5,3 с та 5,1 с, відповідно із процентного відношення зменшення тривалості виконання вправи 3,9%, тоді як, в ОГ цей показник становив 23,8%.

Аналіз результатів дослідження показників самосприйняття навантаження за результатами тесту 6-хвилинної ходьби у жінок ОГ засвідчив, що середній показник задишки за модифікованою шкалою Борга покращився на 6,7 балів, тоді як у жінок ГП лише на 4,5 балів. Показник втоми за шкалою Борга знизився у жінок ОГ на 5,5 балів, у жінок ГП – на 2,4 бали. Таким чином, аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження дозволяють відзначити дієвість розробленої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, що підтверджено більш позитивною динамікою показників функціонального стану кістково-м'язової системи та психоемоційного стану в жінок ОГ порівняно з жінками ГП.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена проблемі фізичної терапії жінок після кесаревого розтину. У роботі науково обґрунтовано і розроблено програму фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації.

1. Аналіз наукової літератури за напрямом дослідження дозволив з'ясувати, що провідним засобом фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації є різні види рухової активності, спрямованої на інтенсифікацію відновлення організму жінок, насамперед – зміцнення слабких розтягнутих під час вагітності і пологів м'язів (черевного пресу, спини, промежини, малого тазу), підвищення рухливості хребта, а також оптимізацію психоемоційного стану породіль та профілактику тривожних і депресивних станів. Окремі дослідження свідчать про ефективність інтеграції лікувально-оздоровчої гімнастики з масажем та фізіотерапевтичними процедурами після кесаревого розтину. На основі аналізу наукових літературних джерел констатовано, що питанням фізичної терапії жінок після кесаревого розтину приділяється недостатньо уваги, про що свідчить незначна кількість публікацій та досліджень в цьому напрямку.

2. Розроблена програма фізичної терапії жінок після кесаревого розтину реалізовувалася в два етапи: амбулаторний (в умовах жіночої консультації лікарні), позамбулаторний (самостійні заняття в домашніх умовах або в умовах спортивного центру). Алгоритм програми фізичної терапії після кесаревого розтину на амбулаторному та поза амбулаторному етапі: обстеження (опитування, бесіда, збір анамнезу, самооцінювання больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ); самооцінювання рівня тривожності за методикою Ч. Д. Спільберга та Ю. П. Ханіна; функціональні тести для оцінювання рухливості хребта, сили та витривалості м'язів спини і черевного пресу; тестування статичної і динамічної рівноваги; тест 6-хвилинної ходьби з оцінюванням (самооцінка

втоми і задишки) толерантності до фізичного навантаження за модифікованою шкалою Борга (Borg Rating of Perceived Exertion Scale); планування втручання (програма фізичної терапії); проведення втручання (програма фізичної терапії); оцінка втручання (оцінка ефективності програми).

3. Аналіз результатів експериментального дослідження засвідчив більш позитивну динаміку досліджуваних показників у жінок основної групи. Результати повторного опитування дозволили констатувати більш стійку тенденцію до зниження особистісної та ситуативної тривожності в жінок ОГ.

Аналіз результатів дослідження рухливості хребта у жінок в післяпологовий період засвідчив, що середній показник рухливості хребта в жінок ОГ покращився на 14,9 см; у жінок ГП – лише на 5,6 см. Середній показник сили м'язів розгиначів спини в жінок ОГ покращився на 2,1 бали; у жінок ГП – на 0,5 балів. Середній показник статичної сили м'язів черевного пресу в жінок ОГ покращився на 2,4 бали; у жінок ГП – на 1,1 бали. Середній показник динамічної сили м'язів черевного пресу в жінок ОГ покращився на 2,7 балів; у жінок ГП – на 1,2 балів.

Дослідження показників витривалості на основі самосприйняття навантаження за результатами тесту 6-хвилинної ходьби у жінок ОГ дозволило з'ясувати, що середній показник задишки за модифікованою шкалою Борга покращився на 6,7 балів, тоді як у жінок ГП лише на 4,5 балів. Показник втоми за шкалою Борга знизився у жінок ОГ на 5,5 балів, у жінок ГП – на 2,4 бали.

Таким чином, аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження підтвердили ефективність розробленої програми фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, що дозволяє рекомендувати зміст експериментальної програми та результати дослідження щодо можливого подальшого використання в практичній діяльності закладів освіти, медичних та реабілітаційних установ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамченко В. В. Клиническая перинатология. СПб: ИАГ РАМН им. Д. О. Отта, 2006. 543 с.
2. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А., Шамхалова И. А. Кесарево сечение в перинатальной медицине. Спб.: ЭЛБИ СПб., 2005. 226 с.
3. Абрамченко В., Болотских В. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии. СПб: ЭЛБИ-СПб, 2007. 216 с.
4. Антипина Н. П., Антипин Э. Э., Совершаева С. Л., Нестеренко С. Е. Влияние физической реабилитации на характер болевого синдрома у рожениц, перенесших операцию кесарева сечения. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2009. № 3. С. 32–35.
5. Бугаевский К. А. Особенности реабилитации пациенток после перенесенного кесарева сечения. Безопасность здоровья человека. 2017. № 1. С. 19-29.
6. Бугаевский К. А. Применение физической реабилитации во время родов и в послеродовом периоде: учебно-методическое пособие. Курсы дистанционного образования. 2016. № 3 (10). С. 64-137.
7. Бугаевский К. А. Применение физической реабилитации при патологическом течении родов и послеродового периода. Метод. пособие. ЗГМУ. Запорожье. 2015. С. 47-51.
8. Владимиров О. А., Владимирова Н. И., Марченко О. К. Фізична реабілітація в акушерстві: Навчальний посібник. Одеса: Видавництво Бартенева, 2009. 100 с.
9. Владимиров О. А., Владимирова Н. И., Марченко О. К. Фізична реабілітація в акушерстві: навчальний посібник. Одеса: Київ : Видавництво Бартенева, 2009. 100 с.
10. Владимиров О. А., Тофан Н. И., Клименко С. К. Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок. Методичні рекомендації. Київ: ІПАГ АМН України. 2004. 31 с.

11. Гайдай Н. В., Гайдай Е. В., Яловенко Е. А. Психологические аспекты кесарева сечения в современном акушерстве. Запорож. мед. журн. 2007. № 2. С. 121-123.
12. Грищенко В. І., Паращук Ю. С. Елям-Вердиева Т. С. Фізична і психопрофілактична підготовка вагітних до пологів та фізична реабілітація жінок після пологів. Навчальний посібник. Харків: ТО Ексклюзив, 2003. 87 с.
13. Дрангой М. Г. Реабилитация после операции кесарева сечения и осложненных родов. Москва: «Научная книга», 2012. 28 с.
14. Ейям-Бердиева Т. С., Гурай В. П. Лікувальна фізкультура в акушерстві та гінекології. Підручник лікувальна фізкультура та спортивна медицина. Київ: Здоров'я, 1995. 126 с.
15. Залесный А. В. Комплексная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения. Журнал акушерства и женских болезней. 2010. № 59 (5). С. 118-26.
16. Запорожан В. М., Чайка В. К., Маркін Л. Б. Акушерство та гінекологія. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 1032 с.
17. Знаменская С. И. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений: диссертация . канд. психол. наук: 13.00.04. Санкт-Петербург, 2007. 116 с.
18. Зубкова С. М. Физиологические основы действия физических факторов. Москва: БИНОМ, 2008. С. 143-161.
19. Кабулова И. В., Шогенова Т. З., Майсурадзе Л. В. Эффективность этапных реабилитационных мероприятий у родильниц после кесарева сечения. Вестник новых медицинских технологий. 2009. Т. 16. № 4. С. 40-41.
20. Кавторова Н. Е., Султанова О. А. Гимнастика в послеродовом периоде. Лечебная физическая культура: справочник. Москва: Медицина, 2004. 380 с.
21. Кавторова Н. Е., Талина И. С. Лечебная гимнастика при оперативном родоразрешении. Лечебная физическая культура: Справочник. М.: Медицина, 2004. С. 381-382.

22. Кочев Д. М., Дикке Г. Б. Дисфункция тазового дна до и после родов и превентивные стратегии в акушерской практике. Акушерств и гинекология. 2017. № 5. С. 9-15.
23. Краснопольский В. И., Радзинский В. Е., Логутова Л. С. Кесарево сечение. Москва: ТОО «ТЕХЛИТ»; Медицина, 1997. 285 с.
24. Крисси Галлагер-Манди. Кесарево сечение. Восстановление. Москва: Диля, 2004. С. 5; 27–29.
25. Кузнєцова І. Л., Кіріченко І. М., Тарасова Г. В. Розробка комплексної програми реабілітації жінок після кесарева розтину. Вісник Запорізького Національного університету. Фізичне виховання та спорт. 2010. № 1 (3). С. 134–138.
26. Кулаков В. И. Акушерство и гинекология: клин. рек. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 542 с.
27. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. Москва: Триада-Х, 2004. 320 с.
28. Кулешова Н. А. Укрепление силы мышц у женщин в послеродовом периоде средствами оздоровительной физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Москва, 2007. 22 с.
29. Маланова Т. Б., Ипатова М. В., Кубицкая Ю. В., Локтионов С. В. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. № 2. С. 27-33.
30. Милюкова Н. В., Евдокимова Т. А. Лечебная физкультура. Новейший справочник. СПб.: Сова; Москва: ЭКСМО, 2003. С. 575-578.
31. Михалюк Е. Л., Малахова С. Н., Черепок А. А. Особенности использования средств физической реабилитации в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. Запорожье: ЗГМУ, 2014. 76 с.
32. Наказ Міністра охорони здоров'я України від 27.12.2011 № 977. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин».

33. Орлова В. С., Калашникова И. В., Дуань Я. Я., Булгакова Е. В. Первые роды и факторы риска. Журнал акушерства и женских болезней. 2010. № 59 (6). С. 15-21.
34. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
35. Полуянова О.М. Клинико-физиологические обоснования использования современных физиотерапевтических методов как компонента прегравидарной подготовки женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Оригінальні дослідження, 2013, №4. С. 25-29.
36. Приходько А. М., Баев О. Р., Луньков С. С., Еремина О. В., Гус А. И. Возможности методов оценки состояния стенки матки после операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология. 2013. № 10. С. 12-16.
37. Радзинского В. Е. Акушерство: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 904 с.
38. Савельева Г. М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве. Акушерство и гинекология. 2008. № 3. С. 10-14.
39. Савельева Г. М., Кулаков В. И., Стрижаков А. Н. Акушерство: учебник. Москва: Медицина, 2000. 816 с.
40. Савельева Г. М., Курцер М. А., Караганова Е. Я., Бреусенко Л. Е., Третьякова М. В. Ведение физиологических и осложненных родов // Акушерство и гинекология. 2011. № 3. С. 4-10.
41. Серов В. Н. Современное акушерство и кесарево сечение. Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12, №13. С. 749-751.
42. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Акушерство и гинекология: клин. рек. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.
43. Станько Э. П., Лискович В. А., Наумов И. А., Гарбуз С. А. Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, психотерапия и психопрофилактическая подготовка. Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2005. 194 с.

44. Степанковская Г. К., Вецковский Б. М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Киев: Здоров'я. 2000.
45. Стрижаков А. Н., Баев О. Р. Техника операции кесарева сечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т. 3. № 6. С. 55-61.
46. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И. Акушерство: курс лекций: учеб. пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 456 с.
47. Стругацкий В. М., Маланова Т. Б., Арсланян К. Н., Ипатов М. В. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (Клинические аспекты и рецептура). 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
48. Таюпова И. М., Сахаутдинова И. В., Кулешова Т. П., Хайбуллина А. Р., Муслимова С. Ю. Физиология и патология послеродового периода: учебное пособие. Уфа: БашНИПИнефть. 2014. 59 с.
49. Тхакумачева Ю. Б. Физкультурно-оздоровительные системы в постродовой реабилитации женщин: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Майкоп, 2012. 21 с.
50. Тхакумачева Ю. Б. Оздоровительная физическая культура в послеродовом восстановлении. Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozdorovitel'naya-fizicheskaya-kultura-v-poslerodovom-vosstanovlenii/viewer>
51. Улащик В. С. Физико-химические основы действия лечебных физических факторов на организм. Москва: БИНОМ, 2008. С. 134-142.
52. Улащик В.С., Лукомский И. В. Общая физиотерапия. 2-е изд. Минск: Книжный Дом, 2005.
53. Фаткуллин И. Ф. К вопросу о методике операции кесарева сечения при преждевременных родах. Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя», 2007. С. 167.
54. Федотченко А. А. Современная физиотерапия – эффективный лечебный метод. Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 105. № 6. С. 286-288.

55. Фізіологічне акушерство: змістовий модуль: навчальний посібник для студентів медичних факультетів. Київ, 2008. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/19506>
56. Ходаківський С. Б., Захаренко Н. А. Оптимізація умов виконання кесаревого розтину при високому ризику септичних ускладнень. Жіночий лікар. 2008. № 4. С. 34.
57. Чернуха Е. А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 272 с.
58. Чумаченко Є. Д. Рання реабілітація після операції кесаревого розтину. Зб. Матер. II Міжн. Конгр. з гемостазіології, анестезіології та інтенсивної терапії «Black Sea Pearl». Одеса, 21–23 травня 2015. С. 24–28.
59. Шашина А. И. Восстановление после родов (вес, фигура, анемия, варикоз, страхи, усталость.). Москва: Миклош, 2005. С. 12.
60. Шевчук А. И. Реабилитация после тяжелых родов и операции кесарева сечения. СПб. : Научная книга, 2013. С. 31–34.
61. Шогенова Т. З. Этапная реабилитация родильниц после кесарева сечения с использованием современных немедикаментозных технологий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11, 14.01.01 Пятигорск, 2011. 19 с.
62. Fenwick J., Staff L., Gamble J. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. Midwifery. 2010. № 26 (4). P. 394–400.
63. Litwicka K., Greco E. Caesarean scar pregnancy: a review of management options. Curr Opin Obstet Gynecol. 2013. № 25 (6). P. 456–461.
64. Paul R. H., Miller D. A. Cesarean birth: how to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol. 2015. № 172. P. 1903–1907.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала ситуаційної тривожності (опитувальник)

№ з/п	Ствердження	Ні, це не так	Мабуть це так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені не що не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся у напрузі	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільним	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я схвилюваний	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я накручую себе	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруження	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Інструкція. Уважно прочитайте кожне із наведених нижче висловлювань і позначте цифру у відповідній графі справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте на даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Друга частина анкети також складалася з 20 питань, на які необхідно було відповісти: «Ніколи», «Майже ніколи», «Часто», «Майже завжди». Ця частина анкети характеризує рівень особистісної тривоги.

Додаток Б

Шкала особистісної тривожності

Інструкція. Уважно прочитайте кожне із наведених нижче висловлювань і позначте цифру у відповідній графі справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте зазвичай. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Шкала особистісної тривожності (опитувальник)

№ з/п	Ствердження	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1	2	3	4	5	6
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я зазвичай швидко втомлююсь	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші люди	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний та зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
29	Я дуже переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю все дуже близько до серця	1	2	3	4

32	Мені не вистачає впевненості у собі	1	2	3	4
33	Зазвичай я відчуваю себе у безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Будь-які дрібниці відволікають мене та турбують	1	2	3	4
38	Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

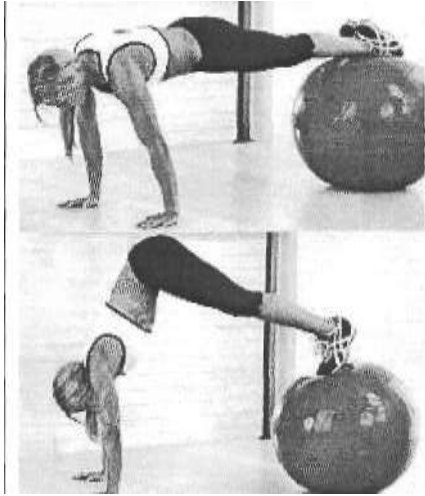
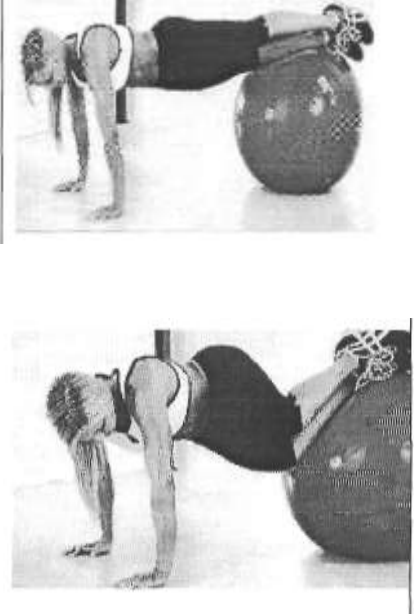
Додаток В

Ключ до опитувальників ситуаційної та особистісної тривожності

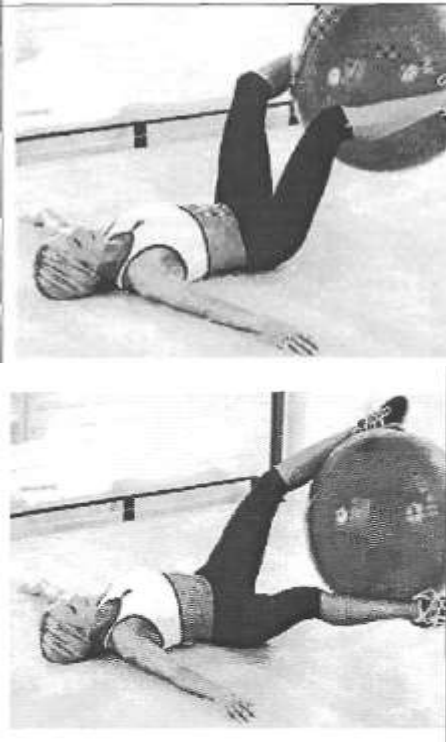
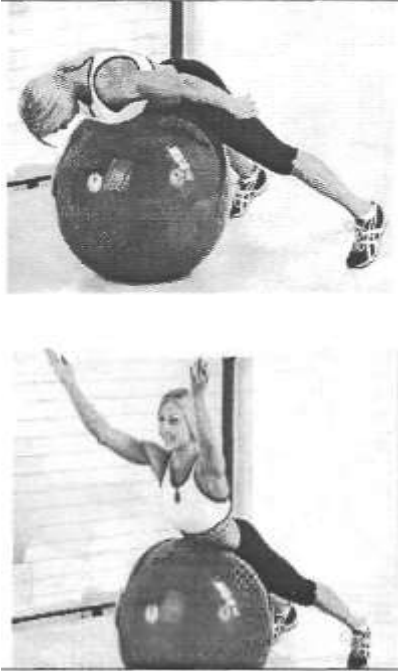
Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність								
	№з/п	Ні, не так	Мабуть, так	Вірно	Абсолютно вірно	№ з/п	Ніколи	Майже ніколи	Часто
1	4	1	3	2	21	4	3	2	1
2	4	1	3	2	22	1	2	3	4
3	1	4	2	3	23	1	2	3	4
4	1	4	2	3	24	1	2	3	4
5	4	1	3	2	25	1	2	3	4
6	1	4	2	3	26	4	3	2	1
7	1	4	2	3	27	4	3	2	1
8	4	1	3	2	28	1	2	3	4
9	1	4	2	3	29	1	2	3	4
10	4	1	3	2	30	4	3	2	1
11	4	1	3	2	31	1	2	3	4
12	1	4	2	3	32	1	2	3	4
13	1	4	2	3	33	1	2	3	4
14	1	4	2	3	34	1	2	3	4
15	4	1	3	2	35	1	2	3	4
16	4	1	3	2	36	4	3	2	1
17	1	4	2	3	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	1	3	2	39	4	3	2	1
20	4	1	3	2	40	1	2	3	4

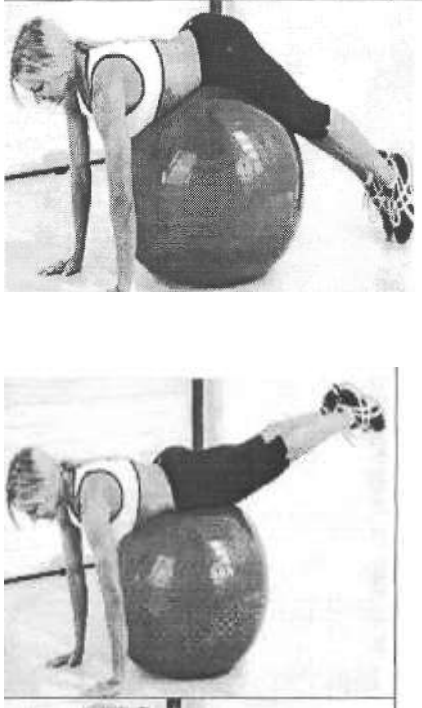

Додаток Г

Вправи на фіт-болі для жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації

<p>1. Спир (Pike) Ляжте на м'яч і пройдіть руками по підлозі вперед, поки м'яч не виявиться під кісточками. Долоні мають бути точно під плечима. Стежите за тим, аби корпус був паралельний підлозі, не опускайте таз вниз, напружте м'язи преса. Зробіть вдих. На видиху, не згинаючи ніг ніг, підніміть таз вгору і перекотіть м'яч у напрямку до рук. На вдиху відкотите м'яч назад.</p>	5 хвилин	
<p>2. Скручування із згинанням колін у бік (Crunch with Knee Side Curl) Покладіть стегна на м'яч. Пройдіть руками по підлозі вперед, поки м'яч не виявиться під кісточками. Зробіть вдих, на видиху зігніть коліна і підтягніть м'яч до одного плеча. На вдиху, випрямляючи ноги, перекотіть м'яч назад. Із видихом повторіть рух, притягуючи м'яч до іншого плеча.</p>	8 хвилин	

Продовження додатку Г

<p>3. Повороти ножиць (Scissor Rotations)</p> <p>Ляжте на спину.</p> <p>Помістіть м'яч між гомілкою, підніміть над підлогою так, щоб кут в колінах був 90 градусів. Руки витягнуті в сторони, долоні на рівні плечей, звернені до підлоги.</p> <p>Щільно стискуйте ногами м'яч.</p> <p>Зробіть вдих, на видиху постарайтеся опустити ноги управо якнайнижче, не відриваючи лопаток від підлоги</p> <p>На видиху поверніться у вихідне положення і з видихом повторіть те ж саме в інший бік.</p>	10 хвилин	
<p>4. Екстензія №2 Back Extension</p> <p>Покладіть таз на м'яч.</p> <p>Ноги широко, прямі, упор на носки. Руки уздовж стегон. Долоні розгорнуті в стелю.</p> <p>На видиху відірвіть груди від м'яча, з'єднайте лопатки, витягніть руки перед собою.</p> <p>На видиху поверніться у вихідне положення</p>	5 хвилин	

<p>5. Зворотна екстензія (Reverse Back Extension)</p> <p>Покладіть живіт, таз, стегна на м'яч. Упор на носки, ноги ледве торкаються підлоги, вага тіла на м'ячі і на руках. Руки перед м'ячем точно під плечима. На видиху повільно підніміть прямі ноги вгору, на вдиху опустіть. Напружуйте прес, задню поверхню стегна і сідниці.</p>	8 хвилин	
<p>6. Розтяжка преса (Ab Stretch)</p> <p>Сядьте на м'яч і пройдіть вперед, відхиляючись назад, поки поперек не ляже на м'яч. Покладіть лопатки і голову на м'яч, розкиньте руки в сторони. Таз, спина і голова повинні торкатися м'яча. Постарайтеся розслабити поперек і прес.</p>	8 хвилин	
<p>7. Розтяжка спини (Back Stretch)</p> <p>Сядьте на м'яч, ноги широко. Потягніться руками до підлоги. Розслабте шию, плечі, спину.</p>	5 хвилин	