

СЕКЦІЯ XVII. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

DOI 10.62731/mcnd-31.07.2026.017

ОСТЕОПАТИЧНА КОРЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Веснін Максим Вікторович

здобувач вищої освіти

Харківський національний медичний університет, Україна

Веснін Артур Вікторович

ORCID ID: 0009-0007-1281-2902

Житомирський економіко-гуманітарний інститут

Університету «Україна», Україна

Антонюк Зоя Олександрівна

Міжнародна Академія Практичної Osteопатії «Весніна Груп»; Україна

Науковий керівник: Веснін Володимир Вікторович

ORCID ID: 0000-0001-9104-6116

канд. мед. наук, доцент,

доцент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії,
травматології та протезування

Харківський національний медичний університет; Україна

Міжнародна Академія Практичної Osteопатії «Весніна Груп»; Україна

Кесарів розтин (КР) є однією з найпоширеніших акушерських операцій у світі, частота виконання якої щороку зростає [1, 3]. Незважаючи на високу безпеку сучасних оперативних методик, післяопераційний період нерідко супроводжується розвитком функціональних порушень, які можуть тривалий час впливати на якість життя жінки [2, 3]. До найбільш поширених наслідків належать больовий синдром у ділянці післяопераційного рубця, обмеження рухливості передньої черевної стінки, порушення постави, зміни функції тазового

дна, порушення роботи органів малого таза та психоемоційний дискомфорт [2, 5].

Остеопатичний підхід ґрунтується на оцінці взаємозв'язків між структурою та функцією організму, виявленні соматичних дисфункцій і їх усуненні за допомогою м'яких мануальних технік [9, 10]. Такий підхід дозволяє впливати не лише на післяопераційний рубець, але й на глобальні функціональні порушення, що виникають після оперативного втручання.

Особливе значення остеопатична корекція має у жінок із повторними кесаревими розтинами або тривалим післяопераційним періодом, коли фасціальні зміни набувають системного характеру [4, 5]. У цих випадках комплексна реабілітація повинна бути спрямована не лише на локальне відновлення тканин, а й на нормалізацію функціонального стану всього організму, що відповідає сучасним принципам персоналізованої медицини [3].

Мета дослідження оцінити ефективність остеопатичної корекції як складової комплексної реабілітації жінок після кесаревого розтину та визначити її вплив на відновлення функціонального стану, зменшення больового синдрому й покращення якості життя пацієнток.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження виконано у форматі клінічного спостереження за участю 10 жінок віком від 27 до 38 років, які звернулися за остеопатичною допомогою після кесаревого розтину. Усі учасниці пройшли первинне клінічне обстеження, остеопатичну діагностику та курс індивідуальної корекції. Залежно від кількості перенесених оперативних втручань пацієнток було розподілено на три групи: після одного кесаревого розтину ($n=7$), після двох кесаревих розтинів ($n=2$) та після трьох оперативних розроджень ($n=1$).

Програма обстеження включала збір анамнезу, аналіз скарг, оцінку постави, характеру дихання, рухливості грудо-черевної та тазової діафрагм, дослідження мобільності післяопераційного рубця, пальпаторну оцінку фасціальних обмежень і функціонального стану органів малого таза відповідно до сучасних принципів післяопераційної реабілітації [3, 5, 8].

Курс остеопатичної корекції складався з трьох індивідуальних сеансів із використанням технік, спрямованих на нормалізацію функціонального стану фасціальної системи, покращення рухливості

діафрагм, відновлення мобільності органів малого таза, зменшення тканинного натягу в ділянці рубця та оптимізацію постурального балансу [9, 10].

Результати дослідження та їх обговорення. Під час первинного обстеження найбільш поширеними клінічними проявами були біль у поперековому відділі хребта, дискомфорт і відчуття натягу в ділянці післяопераційного рубця, поверхневий грудний тип дихання, обмеження рухливості тканин передньої черевної стінки, порушення постави та зниження функціональної активності м'язів передньої черевної стінки. Частина жінок також відзначала дискомфорт у ділянці малого таза, періодичні порушення функції сечового міхура, здуття живота та зниження якості життя.

Після завершення курсу остеопатичної корекції у більшості учасниць спостерігалася позитивна клінічна динаміка. Пацієнтки відзначали зменшення інтенсивності больового синдрому, покращення рухливості тканин у ділянці рубця, полегшення дихання, зменшення відчуття скутості та підвищення загальної фізичної активності. Під час повторного остеопатичного обстеження визначалося покращення мобільності грудо-черевної та тазової діафрагм, зменшення фасціального натягу, відновлення симетрії тулуба й покращення біомеханіки попереково-тазового комплексу.

Найбільш виражений терапевтичний ефект спостерігався у жінок після першого кесаревого розтину та за відносно невеликої давності післяопераційного рубця. У пацієнток із повторними оперативними втручаннями також відзначалася позитивна динаміка, однак досягнення повноцінного функціонального відновлення вимагало більш тривалого реабілітаційного супроводу. Отримані результати узгоджуються з сучасними дослідженнями, які підтверджують ефективність комплексної реабілітації та мануальних методів у післяопераційному відновленні жінок після кесаревого розтину.

Висновки

1. Остеопатична корекція є ефективним компонентом комплексної реабілітації жінок після кесаревого розтину, сприяючи зменшенню больового синдрому, покращенню рухливості післяопераційного рубця, нормалізації біомеханіки таза та підвищенню якості життя пацієнток.

2. Вираженість функціональних порушень залежить від кількості перенесених кесаревих розтинів і давності післяопераційного рубця, що

необхідно враховувати під час планування індивідуальної програми реабілітації.

3. Отримані результати підтверджують доцільність включення остеопатичних методів до сучасних програм післяпологового відновлення та обґрунтовують необхідність подальших клінічних досліджень із більшими вибірками пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Jiang H., Xu R., Li L., Zhu H. The effects of integrating the Manchester Pain Management Model and empowerment education on postoperative rehabilitation after cesarean section: A comprehensive intervention study. *PLOS One*. 2025;20(6):e0324292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324292>.
2. Zhao Z.-M., Yang J.-Q., Wang G.-X., Yu X.-J., Feng Y. A meta-analysis of the effects of multimodal intervention measures on the recovery of postpartum women after cesarean section. *Frontiers in Medicine*. 2025;12:1690139. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1690139>.
3. Sultan P., Monks D.T., Sharawi N., et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (Part 3): 2025 Update. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2025.
4. Mengü Y., Atici E. Postpartum Balance and Kinesiophobia in Cesarean Delivery: Impact of Abdominal Fascial Scars. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2025;229(6):421–427.
5. Ostafiichuk S., Drohomiretska N., Kusa O., et al. Effectiveness of physiotherapy on pain relief and functional recovery post-cesarean section. *Česká Gynekologie*. 2025;90(3):204–211.
6. Zhao Z.-M., Yang J.-Q., Wang G.-X., et al. A meta-analysis of the effects of multimodal intervention measures on the recovery of postpartum women after cesarean section. *Frontiers in Medicine*. 2025;12:1690139.
7. Li L., Wan W., Zhu C. Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. *Midwifery*. 2021;103:103117.
8. The efficacy and safety of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols in cesarean delivery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*. 2025.
9. Bordoni B. The Fascial System in Clinical and Osteopathic Practice: Current Evidence and Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*. 2022.
10. Chila A.G. (Ed.). *Foundations of Osteopathic Medicine*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023.