

Interdyscyplinarne Wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego odnośnie Rehabilitacji Okołoporodowej

**dotyczące opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej, podczas porodu fizjologicznego
i w położeniu celem zapobiegania urazom narządów dna miednicy oraz związanemu z tym
nieutrzymaniu moczu i stolca.**

Dnia 17.10.2015 r. Komisja Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego w składzie:

Przewodniczący Komisji: prof. dr hab. Maciej Józwik,

Członkowie Komisji:

1. mgr poł. Elżbieta Kaden
2. Aleksander Lizak
3. dr n. med. Krystyna Garstka-Namysł
4. mgr Jan Namysł
5. dr hab. Kazimierz Pityński
6. dr n. med. Jacek Szepieniec
7. dr n. med. Paweł Szymanowski
8. mgr poł. Elżbieta Świś

zarekomendowała do stosowania w codziennej praktyce poniższe Interdyscyplinarne Wytyczne odnośnie Profilaktyki i Rehabilitacji Okołoporodowej.

Rehabilitacja okołoporodowa jest częścią składową opieki nad kobietą ciężarną i w położeniu. Umożliwia zminimalizowanie skutków ciąży i porodu oraz ułatwia kobiecie powrót do równowagi psychofizycznej (3, 4, 7).

Następstwa ciąży i porodu drogami natury w terminie i po terminie są sumą procesów adaptacyjnych oraz doznanych urazów w obrębie struktur dna miednicy (10, 19, 20). Decyzję o zakresie i czasie rehabilitacji w przypadkach ciąży fizjologicznej podejmuje prowadzący lekarz położnik, lub położna*. Rehabilitacją w okresie okołoporodowym zajmuje się wyspecjalizowany terapeuta struktur dna miednicy: fizjoterapeuta, lub położna*. W postępowaniu rehabilitacyjnym terapeuta musi uwzględnić dynamikę zmian właściwych dla ciąży, porodu i położenia (19, 20, 32, 37, 42).

Elementem stałym, o kluczowym znaczeniu dla wszystkich trzech etapów jest terapia behawioralna (40). Procesy adaptacyjne podczas ciąży fizjologicznej mogą wpływać nie tylko na samopoczucie kobiety (19), ale w sposób znaczący na jej psychikę i jakość życia (3). Rolą rehabilitanta jest wyjaśnienie pacjentce przyczyn jej dolegliwości, reedukacja zachowań dotyczących mikcji i defekacji, wypracowanie systemu samokontroli i samooceny, efektywne motywowanie pacjentki do systematyczności. Terapię behawioralną terapeuta realizuje poprzez wyjaśnianie i omówienie tych procesów, pokazy oraz działania praktyczne (40).

Pozostałe składowe postępowania rehabilitacyjnego – techniki rehabilitacyjne, które w okresie okołoporodowym zmieniają się stosownie do wskazań i możliwości są następujące:

- kinezyterapia – ćwiczenia ruchowe - ogólnie usprawniające, wzmacniające i stabilizujące, rozciągające i równoważne – indywidualne, lub grupowe. Ćwiczenia mięśni dna miednicy oraz EMG i EMG-biofeedback (4, 5, 8, 33, 35, 36, 42, 44),

- techniki relaksacyjne - trening autogenny Schutlza, trening progresywnej relaksacji Jacobsona, ćwiczenia oddechowe, masaże (42),
- elektroterapia – przezskórna elektryczna stymulacja mięśni i nerwów EMS, NMS, FES, ETS (16, 36, 42),
- kinesiotaping (38, 42).

Postępowanie rehabilitacyjne w okresie okołoporodowym jest wielokierunkowe i determinowane celem właściwym dla danego okresu: ciąży, porodu, położu, oraz czynnikami współistniejącymi (1, 9, 10, 32).

Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości i potrzeb ciężarnej. Obowiązkiem terapeuty jest szczegółowe wyjaśnienie pacjentce celu i przebiegu rehabilitacji.

Procedury rehabilitacyjne są niezmiennie niezależnie od tego, czy rehabilitacja jest prewencyjna, czy terapeutyczna (4, 12, 22, 29, 33).

Wykaz procedur:

- Diagnostyka, dokumentacja medyczna i archiwizacja danych – wywiad ukierunkowany zawierający obiektywne kwestionariusze/testy, analiza dokumentacji medycznej i położniczej, ocena postawy ciała, oglądanie i badanie zewnętrzne w spoczynku i w ruchu (2), badanie palpacyjne - per vaginam statyczne i dynamiczne wg skali Oxford z testem PERFECT – pełna procedura dotyczy okresu ciąży i późnego położu (2, 31, 4). W czasie położu klinicznego (wczesnego, po 12 godz. od porodu) obowiązuje procedura uproszczona: siła-wytrzymałość-reaktywność (31). Innym, przydatnym narzędziem diagnostycznym jest powierzchniowa elektromiografia mięśni i nerwów sEMG, którą podczas ciąży można stosować po 12 tyg. ciąży oraz po 6 tyg. od porodu (28, 44).
- Plan rehabilitacji – cele oraz proponowane techniki, zabiegi.
- Monitorowanie efektów.

Cele postępowania rehabilitacyjnego i zastosowane techniki w poszczególnych okresach okołoporodowych różnią się i zostały one szczegółowo opisane poniżej:

1a. Cele postępowania rehabilitacyjnego podczas ciąży:

- wzmacnianie aparatu podporowego poprzez stabilizację postawy (19, 20, 22),
- łagodzenie cięższych objawów adaptacyjnych (19, 40, 42),
- przygotowanie do porodu drogami natury (12, 13, 22),
- koordynacja oddechu z ruchem,
- poprawa ukrwienia (19, 25, 26).

1b. Techniki rehabilitacyjne stosowane podczas ciąży:

Wśród technik rehabilitacyjnych stosowanych podczas ciąży przeważają ćwiczenia ruchowe – ogólnie usprawniające i stabilizujące, rozciągające i równoważne oraz ćwiczenia mięśni dna miednicy (2, 4, 23, 28, 30, 33, 38). Stosowane od 28-go tyg. ciąży skupiają się na nauce kontrolowanej relaksacji tych mięśni po uprzednim ich napięciu (7). Właściwa relaksacja dna miednicy ułatwia i skraca II-gi okres porodu oraz zmniejsza ryzyko urazów tkanek miękkich

pochwy i krocza. Terapeuta ma do dyspozycji kilka technik relaksacji nerwowo-mięśniowej (42).

Techniki napinania skupiają się na wzmacnianiu włókien typu I w celu stabilizacji mechanizmu podporowego.

Spośród innych technik należy wymieć ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne (7, 42), lub w połączeniu z ruchem, masaże - stosowane po wykluczeniu przeciwwskazań (42), kinesiotaping (38) oraz terapię manualną – wykonywaną przez specjalistów tej terapii.

2a. Cele postępowania rehabilitacyjnego podczas porodu drogami natury:

- łagodzenie bólu w fazie rozwierania (42, 44),
- skrócenie II okresu porodu,
- minimalizowanie urazów tkanek miękkich pochwy i krocza (8),
- wczesne zapobieganie zaburzeniom statyki narządu płciowego, oraz wysiłkowemu nietrzymaniu moczu (7, 14, 15, 17, 19)

2b. Techniki rehabilitacyjne i asekuracyjne stosowane podczas porodu drogami natury w I okresie porodu:

- próba prowadzenia porodu bez stymulacji oksytocyną (19),
- zapewnienie odpowiedniego nawodnienia rodzącej,
- ułatwienie/umożliwienie swobodnej zmiany pozycji i przemieszczania się (42),
- masaż relaksacyjny odcinka krzyżowo-lędźwiowego, zastosowanie technik oddechowych i relaksacyjnych, opcjonalnie elektrycznej stymulacji nerwów TENS (42, 44)

w II okresie porodu:

- zastosowanie intuicyjnej pozycji porodowej (42),
- próba prowadzenia porodu bez stymulacji oksytocyną (19),
- opróżnienie pęcherza moczowego przed próbą parcia (mikcja, lub cewnikowanie),
- pasywne prowadzenie II okresu porodu – parcie zalecane jest, gdy część przodująca znajduje się na wychodzie, to znaczy spoczywa w dnie kanału rodnego i jest widoczna w szparze sromowej (8, 19, 24),
- poród w wodzie, lub poród do wody – na życzenie rodzącej, jeżeli nie ma przeciwwskazań medycznych,
- ograniczanie interwencji położniczych (15, 17, 19, 24),
- przyspieszenie procesów inwolucyjnych poprzez przystawienie noworodka do piersi (12, 37).

Tryb oddychania rodzącej dostosowany jest do fali skurczowej, o czym należy poinstruować rodzącą. Rolą terapeuty jest asystowanie w przyjmowaniu pozycji intuicyjnych, zwłaszcza podczas I okresu porodu, który z punktu widzenia rehabilitacji jest fazą aktywną. Terapeuta może zastosować w tym celu piłki, drabinki, worki sako, materace. Dodatkową pomocą w tym okresie są masaże oraz kąpiele rozluźniające. Masaż odcinka krzyżowo-lędźwiowego, szczególnie z zastosowaniem kontrucisku, oraz treningi relaksacyjne, jak trening autogenny Schultza, lub progresywnej relaksacji Jacobsona wspomagają relaksację nerwowo-mięśniową (12, 42).

3a. Cele postępowania rehabilitacyjnego w położeniu:

- poprawa kondycji fizycznej i ogólnego samopoczucia położnicy (3, 7),
- wzmocnienie struktur dna miednicy,
- eliminowanie cięższych objawów adaptacyjnych oraz skutków uszkodzeń w wyniku porodu drogami natury – urazów okolic krocza i odbytu, zaburzeń statyki, wysiłkowego nietrzymania moczu, parć naglących, zaparc (24),
- edukacja dotycząca mikcji i defekacji (24, 40),
- ułatwienie i przyspieszenie powrotu do aktywności po porodzie (4, 21, 23, 29, 33).

Z uwagi na dynamikę położenia pacjentka wymaga wnikliwej obserwacji stanu położniczego i psychofizycznego.

3b. Techniki rehabilitacyjne stosowane w położeniu wczesnym (klinicznym):

- wczesne uruchamianie, prewencja zastoju żylnych i limfatycznych (42),
- kontrola mikcji i defekacji (24-26), pierwsza mikcja powinna wystąpić do 6 godzin od porodu,
- wdrożenie wczesnych ćwiczeń krążeniowo-oddechowych (42),
- nauka poprawnego wstawania i siadania eliminująca bolesność okolicy krocza (7, 42),
- dobór optymalnych pozycji do karmienia piersią (12),
- wczesna diagnostyka różnicowa: wzrokowa i palpacyjna (stan włókien typu I oraz typu II) kondycji struktur miednicy (31) wg uproszczonego standardu PERFECT (3 elementy: siła, wytrzymałość, reaktywność) kończąca okres położenia klinicznego (najwcześniej po 12 godzin od porodu),
- wdrożenie ćwiczeń mięśni dna miednicy (4, 13, 18) stosownie do wyniku badania i zebranego wywiadu (po 12-tu godzin, nie później niż 2 tyg., od porodu). Jeżeli podczas ciąży i w trakcie porodu fizjologicznego nie wystąpiły odczuwalne dysfunkcje w obrębie struktur dna miednicy do zadań terapeuty należy uświadomienie pacjentce konieczności ćwiczenia mięśni dna miednicy jeszcze podczas pobytu w szpitalu (2, 31),
- dokumentowanie wyniku badań w kwestionariuszu, oraz umieszczenie danych z dalszymi zaleceniami dotyczącymi postępowania rehabilitacyjnego w epikryzie (2, 31).

3c. Techniki rehabilitacyjne stosowane w położeniu odległym (późnym):

W dalszym postępowaniu rehabilitacyjnym 6 – 8 tyg. i w czasie od porodu odległym terapeuta w porozumieniu z lekarzem prowadzącym oraz pacjentką określa optymalny plan terapii , zależny od rodzaju i nasilenia objawów poporodowych oraz modyfikacji stylu życia. Konieczna jest szczegółowa diagnostyka z lateralizacją możliwych uszkodzeń mięśni i nerwów (27, 29, 44). Terapeuta może zastosować różne techniki rehabilitacyjne z uwzględnieniem zmian możliwości ich realizacji po urodzeniu dziecka.

Do standardów należą :

- terapia behawioralna,
- ćwiczenia świadomościowe, ruchowe,
- biofeedback , EMG-biofeedback,
- masaże, terapia manualna wykonywana przez specjalistów terapii manualnej,
- elektrostymulacje EMS, NMS, FES, ETS,
- kinesiotaping.

Możliwe jest łączenie różnych metod i zabiegów w zależności od indywidualnych wskazań. Dla polepszenia efektów terapii niezbędne jest wyjaśnienie celów planowanych zabiegów oraz zrozumienie i akceptacja ich przez pacjentkę. Terapeuta powinien udzielić informacji dotyczących rodzaju, czasu i zakresu podjęcia aktywności fizycznej (sportowej) po zakończeniu porodu. Efekty rehabilitacji okołoporodowej obserwuje się w następujących interwałach: po 6-ciu tygodniach, po 3-ch miesiącach, po 6-ciu miesiącach. Jeżeli efekt postępowania rehabilitacyjnego nie przynosi spodziewanej poprawy, lub nie jest dla pacjentki w pełni satysfakcjonujący należy powiadomić o tym fakcie lekarza, który podejmie decyzję dotyczącą dalszego leczenia.

W procesie opieki okołoporodowej powinien uczestniczyć zespół specjalistów z różnych dziedzin: lekarzy, położnych, fizjoterapeutów, psychologów, dietetyków. Takie interdyscyplinarne podejście w oparciu o wypracowane standardy poprawia jakość leczenia.

**Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. z późniejszymi zmianami Dz.U. Z 2014 r. poz. 1435, 1491, 1877.*

Piśmiennictwo:

1. Ashton-Miller J.A., De Lancey J.O., Functional Anatomy of the Female Pelvic Floor, Ann. N.Y. Acad. Sci., 2007, 1101, 266-296;
2. Bernards A.T.M., Berghmans L.C.M., van Heeswijk-Faase I.C., Westerik-Verschuuren E.H.M.L., de Gee-de Ridder I., Groot J.A.M., Sliker-ten-Hove M.C.Ph., Hendriks J.H.M, KNGF Guideline for Physical Therapy in Patients with Stress Urinary Incontinence. Supl., to the Dutch Journal of Physical Therapy 2011;
3. Bidzan M., Jakość życia pacjentek w różnym stopniu nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Impuls Kraków 2008;
4. Bo K., Haaskstad L.A., Is Pelvic Floor Muscle Training Affective when Taught in a General Fitness Class in Pregnancy? A Randomised Controlled Trial, Physioter. 2011, 97, s. 190-195;
5. Burgio K.L. et al., The Role of Biofeedback in Kegel Exercise Training for Stress Urinary Incontinence, Am J Obstet Gynecol. 1986, 154, s. 58-64;
6. Chmielewska D., Kwaśna K., Piecha M., Halski T., Wybrane metody zachowawczego leczenia nietrzymania moczu – aktualne poglądy, Przegl. Menopauzalny 2012, 4, s. 265-267;
7. Chrabota U., Kozłowska J., Znaczenie reedukacji mięśni dna miednicy i krocza w okresie przedporodowym i poporodowym, Gin. Prakt 2010, 1, s. 10-11;
8. Czarkowska-Pączek B., Wpływ wysiłku fizycznego na mięśnie poprzecznie prążkowane, w: Czarkowska-Pączek B., Przybylski J (red.), Zarys fizjologii wysiłku fizycznego, Urban&Partner, Wrocław 2006;
9. De Lancey J.O., Correlative Study of Para-urethral Anatomy, Am J Obstet Gynecol. 1986, 68, s. 91-97;
10. De Lancey J.O., Starr R.A., Histology of the Connection Between the Vagina and Levator and Muscles. Implications for Urinary Tract Function, J. Reprod. Med. 1990, 35, s. 765-771;

11. De Lancey J.O., Anatomy and Biomechanics of Genital Prolapsed, Clin. Obstet. Gynecol. 1993, 36, s. 897-909;
12. Fijałkowski W., Przygotowanie do naturalnego porodu, PZWL Warszawa 1987;
13. Fijałkowski W., Michalczyk H., Markowska R., et al., Rehabilitacja w położnictwie i ginekologii, AWF Wrocław 1998;
14. Fleming M., Newton ER., Roberts J., Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women with and without Episiotomie, Journal of Midwifery&Womens Health 2003, 48, s. 53-9;
15. Garstka-Namysł K., Ocena wpływu terapii EMG-Biofeedback i elektrostymulacji funkcjonalnej na jakość życia kobiet po operacjach ginekologicznych z objawami nietrzymania moczu, AWF Poznań 2012, 411;
16. Guise J. M., Morris C., Osterweil P., Hong L.I., Rosenberg D., Greenlick M.N., Incidence of Fecal Incontinence after Childbirth, Obstetrics and Gynecology 2007, 109, s. 281-288;
17. Halski T., Taradaj J., Pasternak M. et al., Zastosowanie elektrostymulacji w przypadkach NTM u kobiet, Rehab. Prakt. 2007, 4, s. 24-26;
18. Hartmann K., Viswanathan M., Palmeri R., Gartlehner G., Thorp J, Lohr K.N., Outcomes of Routine Episiotomy, Systematic Review Jama. 2004, 293/17, s. 2141-2148;
19. Józwick T., Adamkiewicz M., Józwick M., Profilaktyka nietrzymania moczu u kobiet, w: Rechberger T. (red.), Uroginekologia praktyczna, BIFolium Lublin 2007, s. 135-138;
20. Józwick M., Józwick M., Wpływ porodu drogami natury na czynność dolnego odcinka dróg moczowych oraz unerwienie dna miednicy – przegląd obecnego stanu wiedzy, Nowa Med. Urologia 2000, 5;
21. Józwick M., Józwick M., Adamkiewicz M., Szymanowski P., Józwick M., Budowa i czynność dna miednicy u kobiet – uaktualniony przegląd z podkreśleniem wpływu porodu drogami natury, Developmental Period. Medicine, Aluna 2013;
22. Karram M.M., What is the Clinical Relevance of a Parvaginal Defect?, Int. Urogynecol.;
23. Karowicz-Bilińska A., Sikora A., Estenberg D. et al., Fizjoterapia w położnictwie, Ginekologia Pol. 2010, 81, s. 441-444;
24. Kegel A.H., Progressive Resistance Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscles, Am. J. Obstet. Gynecol. 1948, 56, s. 238;
25. Kołodziejczak M., Okołoporodowe uszkodzenia zwieraczy odbytu i odbytnicy - badania prospektywne, niepublikowana rozprawa habilitacyjna, Warszawa 2006;
26. Kołodziejczak M., Obsowska A., Leczenie choroby hemoroidalnej u kobiet w ciąży i okresie okołoporodowym, Ginek. Polska 2010, 2, s. 8-11;
27. Kołodziejczak M. (red.), Leczenie chorób proktologicznych w okresie ciąży i porodu, Wyd. Med. Borgis Warszawa 2011;
28. Kościński T., Choroby struktur dna miednicy, Zysk i S-ka Poznań 2006;
29. Krol P., Piecha M., Słoka K. et al., The Effect of Whole-Body Vibration Frequency and Amplitude on the Mioelectric Activity of Vastus Medialis and Vastus Lateralis, J. Sports Sci. Med. 2011, 10, s. 168-174;
30. Kozłowska J., Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie, 2006 AWF Kraków;
31. Lamont HS., Cramer JT., Bemben DA., et al., Effects of Adding Whole Body Vibration to Squat Training on Isometric Force/Time Characteristics, J. Strength Cond. Res. 2010, 24, s. 171-183;
32. Laycock J., Jerwood D., Pelvic Floor Muscle Assessment, The Perfect Scheme Physiotherapy 2001, 12, s. 87;
33. Netter F.H., Atlas anatomii człowieka. Część V: Miednica i krocze, Urban&Partner, Wrocław 2008, s. 429-458;

34. Norman E., Sherbun M., Osborne R.H. et al., An Exercise and Education Programme Improves Well-Being of New Mothers: a Randomized Controlled Trial, *Phys. Ther.* 2010, 90, s. 348-35;
35. Opala-Berdzik A., Poręba R, Chmielewska D., Współczesne terapeutyczne metody leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, *Fizjoter. Pol.* 2005, s. 364-368;
36. Opara J., Socha T., Prajsner A., Poświata A., Fizjoterapia w wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet. Część I: Aktualne rekomendacje dotyczące ćwiczeń według Kegla, *Fizjoterapia* 2011, 19, s. 41-49;
37. Paczkowska A., Friebe Z., Koszła M., Skojarzone leczenie mieszanych postaci nietrzymania moczu elektrostymulacją i biofeedback, *Urologia Praktyczna* 2002, 6, s. 57-59;
38. Pschyrembel W., Obladen M., Położnictwo praktyczne i operacje położnicze PZWL, Warszawa 2010;
39. Senderek T., Breitenbach S., Hałas I., Kinesiotaping – nowe możliwości fizjoterapii kobiet w czasie ciąży, *Fizjoterapia Polska* 2005, 5, s. 266-271;
40. Signorello LB., Harlow BL., Checos AM., Repke J.T., Postpartum Sexual Functioning and Its Relationship to Perineal Trauma: a Retrospective Cohort Study of Primiparous Women, *Am. Obstet. Gynecol.* 2001, 184, s. 881-90;
41. Strupińska E., Fizjoterapia nietrzymania moczu – nowoczesne metody fizykoterapii. Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu – techniki i metodyka ćwiczeń. Reedukacja zachowań związanych z mikcją – terapia nietrzymania moczu u kobiet, *Przegląd Urol.* 2007, 8, s. 2-6;
42. Sudół-Szopińska I., Radkiewicz j., Kołodziejczak M., Jakubowski W., Diagnostyka poporodowych uszkodzeń mięśni dna miednicy, *Gin. Prakt.* 2007, 1, s. 15-21;
43. Szukiewicz D. (red.), *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*, 2012 PZWL Warszawa;
44. Thacker SB., Banta HD., Benefits and Risks of Episiotomy: an Interpretive Review of the English Language Literature 1860-1980, *Obstet. Gynecol. Surv.* 1983, 38, s. 322-338.