

Програма комплексної реабілітації вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі

Коваленко Т.М.¹, Лянной Ю.О.², Жабченко І.А.¹

*Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»¹
Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка. Інститут фізичної культури²*

Анотація:

Представлена комплексна реабілітаційна програма для вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі. Програма спрямована на зниження ваги тіла, підвищення компенсаторно-захисних реакцій організму вагітних і зниженню акушерського травматизму в пологах. У експерименті приймали участь 90 вагітних третього триместру з ожирінням I – III ступеня, середнього репродуктивного віку. Розроблена і впроваджена програма передбачала використання фізичної, психологічної та медичної реабілітації.

Коваленко Т.Н., Лянной Ю.О., Жабченко І.А. Программа комплексной реабилитации беременных с алиментарно-конституционным ожирением в третьем триместре. Представлена комплексная реабилитационная программа для беременных с алиментарно-конституционным ожирением в третьем триместре. Программа направлена на снижение веса тела, с целью повышения компенсаторно-защитных реакций организма беременных и снижению акушерского травматизма в родах. В эксперименте принимали участие 90 беременных третьего триместра с ожирением I-III степени, среднего репродуктивного возраста. Разработанная и внедренная программа предусматривала использование физической, психологической и медицинской реабилитации.

Kovalenko T.N., Lyannoy Y.O., Zhabchenko I.A. Program of complex rehabilitation of pregnant with alimentary-constitutional obesity in the third trimester. In the article is presented the complex rehabilitation program for pregnant with alimentary-constitutional obesity in the third trimester. The program is directed on the decline of bodyweight, with the purpose of increase of scray-protective reactions of organism of pregnant and to the decline of obstetric traumatism in births. In an experiment took part 90 pregnant of the third trimester with obesity of I-III degree, middle genesial age. The developed and inculcated program foresaw the use of physical, psychological and medical rehabilitation.

Ключові слова:

вагітні, ожиріння, вправи, ходьба, прогулянки, харчування, релаксація, дихання, музикотерапія, реабілітація.

беременные, ожирение, упражнения, ходьба, прогулки, питание, релаксация, дыхание, музикотерапия, реабилитация.

pregnant, obesity, exercises, walking, walks, feed, relaxation, breathing, musicotherapy, rehabilitation.

Вступ.

Ожиріння під час вагітності в останні роки набуває все більшої актуальності. Зустрічається ожиріння у 20-30 % населення України, серед вагітних відсоток коливається у межах 10-24 % випадків від загально-го числа вагітних. За кожні 10 років кількість людей, що мають надмірну вагу, збільшується в середньому на 10%. На ожиріння страждають 28 % мешканців міст та 22,3 % сільських мешканців. Серед населення України нормальна вага тіла спостерігається лише у 44 % чоловіків та 25 % жінок [1, 2].

Ожиріння є важливим фактором ризику щодо розвитку найбільш розповсюджених захворювань серцево-судинної системи, діабету, та обумовлене зростання акушерської і перинатальної патології [5]. Серед найважливіших чинників порушення репродуктивного здоров'я жінок є гіподинамія та незбалансоване харчування [3, 4].

Реабілітаційна підготовка вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі полягала у збалансованому механізмі оздоровчої дії фізичних вправ, дистанційної ходьби, дихальної гімнастики, а також збалансованому харчуванні, які, у свою чергу, сприяють позитивному перебігу і закінченню вагітності.

Експериментальна програма комплексної реабілітації базувалась на основних положеннях фізичного виховання з дотриманням рухових режимів. Фізичні вправи з дозованим фізичним навантаженням ґрунтувалися на загальних принципах фізичної реабілітації. На сьогодні існує досить багато робіт вітчизняних та зарубіжних авторів, що вирішують проблеми вагітних, висвітлюють деякі окремі питання реабілітації,

але вплив комплексного фізичного та психічного вивчення стану здоров'я, питання причин розвитку багатьох акушерських ускладнень вагітних з ожирінням розроблені недостатньо, що підтверджує актуальність обраного напрямку дослідження.

У сучасній лікувально-реабілітаційній практиці недостатньо приділяється увага жінкам впродовж вагітності з ожирінням у жіночій консультації на етапі підготовки до пологів та відповідного забезпечення і надання ефективної реабілітаційної допомоги в стаціонарі.

Робота виконана за планом НДР Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» та за планом НДР Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета дослідження. Розробити і впровадити у спеціалізовані лікувальні заклади для вагітних жінок комплексну програму реабілітації, яка буде тривати впродовж усього третього триместру вагітності та перед пологами. Дану комплексну програму буде спрямовано на підвищення компенсаторно-захисних реакцій організму вагітної, на попередження дистрес плода та акушерського травматизму, зниження ваги тіла вагітної.

Організація та методи дослідження. Розробка та впровадження комплексної реабілітаційної програми відбувалося у відділенні патології вагітності і пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Для дослідження було обрано середню вікову групу жінок репродуктивного віку, оскільки формування адаптаційних механізмів всіх функціональних систем відбувається до 21 року, а після 35 років розпочинається гормональна перебу-

дова в організмі жінок. Дослідження охопило 90 вагітних (основна група) з аліментарно-конституційним ожирінням різних ступенів. Жінки основної групи були розподілені на дві підгрупи – експериментальну та порівняння, до кожної з яких увійшли по 45 жінок. За ступеням ожиріння розподіл вагітних у підгрупах відбувся наступним чином: до експериментальної підгрупи увійшли 18 (40 %) жінок із I ст. ожиріння, 14 (31,1 %) жінок із II ст. ожиріння та 13 (28,9 %) жінок із III ст. ожиріння. До підгрупи порівняння увійшли 17 (37,8 %) жінок з I ст. ожиріння, 15 (33,3 %) жінок з II ст. ожиріння, та 13 (28,9 %) жінок з III ст. ожиріння. Групи були репрезентативні.

Результати дослідження.

Комплексна реабілітація тематичних вагітних передбачала проводити фізичну реабілітацію (лікувальна фізична культура, дозована ходьба, ранкова гігієнічна гімнастика в сполученні з дихальними вправами), психологічну реабілітацію (релаксація у поєднанні з музикотерапією), медичну реабілітацію з урахуванням збалансованого харчування.

Комплекс реабілітаційних заходів був спрямований на послідовне включення у тренування групи м'язів, що беруть активну участь у процесі виношування вагітності та під час пологів. Комплекс фізичних вправ у III триместрі розподілявся на три періоди. Перший терміном від 33 до 34 тижнів вагітності, другий – від 35 до 36 тижнів, третій – від 37 тижнів і до пологів.

Перший період характеризується швидким ростом плода, значним збільшенням розмірів матки та її ваги. Центр тяжіння тіла вагітної зміщується, збільшується поперековий лордоз, голова та плечі незначно відхиляються назад. Зростає навантаження на довгі м'язи спини.

Другий період характеризується подальшим внутрішньоутробним ростом плода. Дно матки до 36 тижнів вагітності сягає реберної дуги, обмежує рух діафрагми, утруднює подих.

У третьому періоді завершується внутрішньоутробний розвиток та рост плода.

Експериментальна програма комплексної реабілітації базувалась на основних положеннях фізичного виховання з дотриманням рухових режимів. Фізичні вправи з дозованим фізичним навантаженням ґрунтувалися на загальних принципах фізичної реабілітації.

Реабілітаційні заняття проводилося після виконання ранкової гігієнічної гімнастики (РГГ) і включали в залежності від реакції на фізичне навантаження вагітних (за тестом з ТШХ) – дозовану ходьбу (ДХ), прогулянки, комплекси фізичних вправ реабілітаційної гімнастики (з елементами дихальної гімнастики), які виконувались під музику. Фізичне навантаження відповідало стану вагітної, ступеню ожиріння і супутній патології. Кожне заняття завершувалося аутотренінгом з урахуванням індивідуального підходу та дотримання рекомендованого режиму харчування.

Ранкова гігієнічна гімнастика проводилась щодня протягом 10-15 хв., та включала дев'ять спеціальних вправ (по 5-6 повторень), які виконувались під музику плавно у повільному темпі.

Дозовану ходьбу виконували з метою підготовки до пологів, починаючи з 33 тижня вагітності. Дозували навантаження на вагітних довжиною дистанції, часом проходження, кількістю зупинок, тривалістю та характером відпочинку. Під час призначення вагітним з ожирінням дозованої ходьби враховували такі показники: заняття проводилися вранці з 11 до 12 год., або другій половині дня з 17 до 18 год.; ходьба проводилася у повільному та середньому темпі і супроводжувалася глибоким, спокійним, рівномірним диханням через ніс з подовженим видихом (на 2-3 кроки-вдих, на 3-4 кроки-видих); тривалість дозованої ходьби (відстань, час) збільшували поступово, залежно від перенесення їх вагітними; при відчутті втоми завершували ходьбу і відпочивали стоячи або сидячи впродовж 10-30 хв.; одяг для занять відповідав температурному режиму пори року. Довжина дистанції і темп ходьби призначалися в залежності від класу ходьби, які визначалися за тестом 6-ти хвилинної ходьби.

Вагітним з ожирінням, яких було віднесено до I класу ходьби (за тестом з ТШХ), призначали дистанції, починаючи від 300 до 500 м, темп ходьби 60-70 кроків за 1 хв. з поступовим підвищенням дистанції до 2000 м зі швидкістю руху до 90 кроків за 1 хв. Вагітним з ожирінням, яких було віднесено до II класу ходьби, призначали дистанції, починаючи від 200 до 400 м, темп ходьби 55-65 кроків за 1 хв. з поступовим підвищенням дистанції до 1500 м зі швидкістю руху до 80 кроків за 1 хв. Вагітним з ожирінням, яких було віднесено до III класу ходьби, призначали дистанції, починаючи від 150 до 300 м, темп ходьби 50-60 кроків за 1 хв. з поступовим підвищенням дистанції до 1500 м зі швидкістю руху до 70 кроків за 1 хв.

Однією з форм фізично-реабілітаційних заходів для вагітних з ожирінням є прогулянки. Вони проводилися на свіжому повітрі перед сном у парковій зоні інституту. Під час прогулянок використовувалися вправи в ходьбі, які були спрямовані на зміцнення усього організму вагітної та її витривалості. Під впливом регулярних прогулянок зміцнювався опорно-руховий апарат, серцево-судинна і дихальна системи, поліпшувався процес травлення, помірно підвищувався обмін речовин. Особлива цінність прогулянок виявлялася в їх позитивному впливі на психоемоційний стан вагітної. Вечірні прогулянки на свіжому повітрі сприяли більш швидкому засинанню.

Прогулянки широко призначалися вагітним при ожиріння як засіб поступової тонізації організму за наступними маршрутами (легкий – 200-250 м, середній – 350-400 м, більш інтенсивний – 500 м в залежності від самопочуття вагітної). По маршруту було встановлено лави для відпочинку. Під час призначення вагітним прогулянок виконували наступні умови: прогулянки проводились у спокійній обстановці щодня; тривалість прогулянок збільшували поступово, залежно від перенесення їх вагітними; прогулянки здійснювали перед сном, уникаючи найбільш спекотного періоду дня; враховували суб'єктивний стан вагітних наприкінці прогулянки, який характеризувався хорошим самопочуттям або легкою приємною втомою.

Комплексна дихальна гімнастика вагітних з ожирінням у III триместрі

Фази гімнастики	Тривалість вдиху(с)	Тривалість видиху (с)	Пауза після видиху (с)
Перша	3, 3, 3, 3, 3	3, 4, 5, 5, 6	2, 2, 2, 2, 2
Друга	4, 4, 4	6, 7, 8	2, 2, 2
Третя	5, 6, 7, 7, 8	8, 8, 8, 8, 8	3, 3, 3, 3, 3
Четверта	7, 6, 5, 5, 4, 4, 2	8, 7, 6, 6, 5, 4, 3	3, 3, 3, 3, 2, 2, 2

При призначенні фізичних вправ враховувалися загальні протипоказання: розходження лобкового зчленування, гострі інфекції, гарячкові стани, больовий синдром, викликаний м'язовим зусиллям, опущення внутрішніх органів, значне підвищення артеріального тиску, передлежання плаценти, загроза передчасних пологів.

При ожирінні вагітним призначали комплекс реабілітаційних заходів, які були спрямовані на поліпшення плодово-плацентарного кровообігу з урахуванням рухового режиму і системи збалансованого харчування жінки, її психоемоційного стану. Стимуляція відновлювальних процесів в організмі вагітних з використанням активної реабілітації і дотриманням метрологічного контролю сприяла поступовій адаптації організму до навантаження. Для вагітних з ожирінням були розроблені та рекомендовані для виконання комплекси фізичних вправ реабілітаційної гімнастики в залежності від періодів III триместру вагітності.

Комплекс фізичних вправ реабілітаційної гімнастики першого періоду III триместру вагітності виконувався протягом двох тижнів жінками на 33 і 34 тижнях вагітності. Спеціальний комплекс складався з 16 вправ, кількість виконання, яких дозувалася в залежності від адекватної або неадекватної реакції на фізичне навантаження. Вправи виконувалися у повільному темпі з обмеженням вправ у положенні стоячи, які були спрямовані на зменшення тиску на судини малого тазу збільшеної матки, що покращувало відтік крові і лімфи.

У зв'язку з інтенсивним зростанням плода, збільшенням обсягу черевної порожнини, розширенням нижньої частини грудної клітини, в цьому періоді комплекс фізичних вправ був спрямований на збільшення рухливості поперекового відділу хребта, тазового дна і його внутрішніх м'язів, зменшення напруження м'язів спини та ніг. Кількість повторного виконання вправ дещо зменшувалася за рахунок збільшення виконання дихальних вправ. Вправи було спрямовано на інтенсивне вироблення організмом кисню, що у свою чергу покращувало обмінні процеси. Крім того, до комплексу входили вправи, спрямовані на вдосконалення активного розслаблення м'язів, особливо живота, з метою їх зміцнення та розтягнення та з ретельним самоконтролем за станом утробного плода.

Комплекс фізичних вправ реабілітаційної гімнастики другого періоду III триместру вагітності виконувався протягом двох тижнів жінками на 35 і 36 тижнях вагітності. Спеціальний комплекс складався з 16 вправ,

кількість виконання яких дозувалася в залежності від адекватної або неадекватної реакції на фізичне навантаження. Вправи були спрямовані на розтягнення м'язів дна матки і привідних м'язів ніг. Виконувалися вправи, спрямовані на зменшення поперекового лордозу, розслаблення м'язів спини та ніг та покращення роботи кишечника і профілактиці закрепів. Особлива увага приділялася виконанню дихальної гімнастики, тому що дно матки сягає мечоподібного паростка груднини, що з і максимально піднятою діафрагмою утруднює вентиляцію легенів.

Дихальна гімнастика складалася з повільної регуляції тривалості вдиху, видиху і паузи після вдиху. Перед проведенням дихальної гімнастики вагітні виконували 2-3 глибоких вдихів з повним видихом. Після цього переходили до виконання основної частини дихальної гімнастики. Дихальна гімнастика складалася з 4 фаз з різним за часом тривалістю вдиху, видиху та паузи після видиху. Кожний рахунок дорівнював одній секунді. Вправи виконувалися за командою та лічбою фізичного реабілітолога у кількісному співвідношенні. Схема комплексної дихальної гімнастики наведена в табл. 1.

Відповідно до поданої схеми (див. табл. 1.1), у першій фазі поступово збільшували тривалість видиху, до рівня перевищення вдиху у 2 рази. У другій фазі пауза після видиху дорівнює половині вдиху. У третій фазі подовжували вдих і паузу після видиху. У четвертій фазі дихання поступово поверталось до вихідного положення першої фази. Під час гімнастики дихання було повільним і залишалось переважно черевним з урахуванням індивідуального підходу. Дихальну гімнастику виконували у заключній частині кожного комплексу фізичних вправ реабілітаційної гімнастики, Тривалість дихальної гімнастики складала 4 хв.

Комплекс фізичних вправ реабілітаційної гімнастики третього періоду III триместру вагітності виконувався, починаючи з 37 тижня та тривав до початку пологів. Спеціальний комплекс складався з 15 вправ, кількість виконання яких дозувалася в залежності від адекватної або неадекватної реакції на фізичне навантаження. Запропоновані вправи були спрямовані на тренування – режиму дихання і потуг, закріплювалися навички розслаблення м'язів. Всі вправи виконувалися у повільному темпі, з урахуванням індивідуальних властивостей вагітної, переважно в стаціонарі під спостереженням лікаря і фахівця з фізичної реабілітації.

З метою зменшення напруги і відчуття гіпоксії особливу увагу звертали на дихання, а також виконували

вправи спрямовані на покращення рухливості у кульшових суглобах. Вправи виконувались у тих положеннях тіла, які вагітним доводиться приймати під час пологів. Тематичні жінки навчалися виконанню складних координаційних вправ з напругою одних м'язових груп і одночасним розслабленням інших. Окремі вправи були спрямовані на розвиток вольових якостей, подолання труднощів, вироблення навичок до напруження окремих м'язових груп без підвищення тону м'язової системи в цілому, що вкрай важливо в пологах для попередження раннього розвитку стомлення.

Дихальна гімнастика у третьому періоді виконувалася на початку занять. Дихальні вправи були побудовані на чергуванні невеликого об'єму вдиху повітря зі швидким видихом, який виконувався за допомогою короткого переривчастого руху діафрагми. У результаті такого типу дихання у вагітних в період вигнання (II період пологів) збільшується тиск діафрагми на матку, при цьому напруга черевного пресу знижується. Перед пологами особливу увагу приділяли тренуванню потуг, виконувались вправи на розслаблення м'язів промежини і дна матки, а також вправи, що покращують кровообіг.

Комплекси фізичних вправ реабілітаційної гімнастики призначалися кожного дня тривалістю 30-40 хв. Кожне заняття мало вступну, основну і заключну частини, навантаження виконували в аеробному режимі. Курс реабілітаційної гімнастики включав 10 занять, які проводилися мало груповим методом по 3-5 осіб. За умов виписки із стаціонару кожна вагітна отримувала методичні рекомендації з виконання комплексу реабілітаційної гімнастики самостійно в домашніх умовах.

Рекомендована програма раціонального харчування, яка проводилася в межах медичної реабілітації, була диференційованою з урахуванням ваги тіла, пори року, терміну вагітності тощо. Важливою умовою програми харчування було уповільнення приросту ваги тіла вагітних.

Додаткове надходження енергії впродовж другої половини вагітності забезпечувалося, в першу чергу, за рахунок збільшення тваринного білка на 10-12 г на добу. Особливе значення мала збалансованість харчових інгредієнтів у раціоні. Раціон вагітних з ожирінням включав не менш 60 % білків тваринного походження (молоко, сир, кефір, яйця). Серед вуглеводних продуктів було рекомендовано вживати хліб з борошна грубого помолу, гречану крупу та інші злакові культури, овочі, фрукти, ягоди, які є джерелом мінеральних солей, вітамінів і сприяють нормалізації функції кишечника. Загальна кількість цукру не перевищувала 30-40 г на добу. Рекомендували вживати не менш 30 г рослинної олії, яка містить ненасичені жирні кислоти та вітамін Е, кількість жиру у раціоні вагітних не перевищувала 85-90 г.

Добова кількість рідини складала 35 мл на 1 кг ваги тіла (близько 1-1,2 л). Прийом їжі відбувався 5 разів на добу: 3 основних прийоми їжі – сніданок 30 % енергетичної цінності добового раціону, обід – 30 % енергетичної цінності добового раціону, вечеря – 20 % енергетичної цінності добового раціону і 2 до-

даткових – 2-й сніданок і полуденок – 20 % енергетичної цінності добового раціону, останній прийом їжі в 19 год. Важливе значення приділялося розподілу харчових продуктів упродовж доби: м'ясо, рибу, крупу вживали зранку та в обід, на вечерю – молочні та рослинні продукти.

Рекомендоване меню жінкам з аліментарно-конституційним ожирінням у III триместрі складалося з двох сніданків, обіду, полуденку та вечері.

Перший сніданок для вагітних включав на вибір – гуляш яловичий (120 г) з гречаною кашею (150 г), або риба відварена (120 г) з відвареною картоплею (80 г), або яйце 1 шт. і салат з свіжою капустою (100 г), або сир домашній 9 % (150 г) зі сметаною (30 г). Зелений чай (200 мл).

Другий сніданок включав на вибір – омлет яєчний (60 г) із сметаною (15 г) і фруктовий сік (200 мл); гречана каша (150 г) з молоком (200 мл), або фрукти (250 г).

Обід включав на вибір: на перше – суп гороховий з м'ясом (250 мл), або борщ (250 мл), або рибний суп (250 мл); на друге – овочеve рагу (80 г) з відвареною рибою (100 г), або курка відварена (100 г) з овочевим салатом (100 г), або язик відварений (100 г) з вівсяною кашею (150 г). На третє – компот, або морс (200 мл), або фрукти (200 г).

Полуденок був наступним, вагітним на вибір пропонували – фрукти (200 г), або відвар шипшини з нежирним сиром (100 г).

Вечеря включала на вибір – капусту тушену, або овочеve рагу (200 г), або твердий сир (70 г) з висівковою булочкою. Зелений чай (200 мл). Перед сном рекомендували кефір (200 мл).

Рекомендована методика аутогенного тренування, як засіб релаксації, проводилася в межах психологічної реабілітації і була спрямована на контроль за функцією дихання і саморегуляцію емоційно-вегетативних функцій, оптимізувала стан спокою, підвищувала можливість реалізації психофізіологічних резервів організму вагітної.

Аутотренінг у вагітних з ожирінням у комплексній програмі реабілітації застосовувався паралельно зі спеціально підібраними музичними творами.

Релаксаційний ефект досягався завдяки спеціально підібраним музичним творам та простим і не складним методикам ритмічного дихання. Вправи починалися з повільного глибокого вдиху, подовженого видиху, завдяки чому вагітна розслаблялася, дихання ставало поверхневим і уповільненим, ритм спокійний, що забезпечувало ефект релаксації.

На початку релаксації відбувалося зниження м'язового і психоемоційного тону за умов розташування вагітної у положенні лежачі, руки уздовж тулуба, під головою маленька плоска подушечка. Релаксація досягалася повторенням і самонавіюванням ряду стверджень про життєво необхідні і важливі у період вагітності і підготовки до пологів функції організму. При цьому речення повторювали усно за реабілітологом. Кожне речення повторювалося чотири рази. Перша частина речення проговорювалася на

Схема релаксації вагітних з ожирінням у III триместрі

Вдих 2-3 с	Затримка дихання 2-3 с	Видих 2-3 с
Я	-	розслаблена.
Мої руки і ноги	-	важкі і теплі.
Моє серце	-	б'ється спокійно і ритмічно.
Моє дихання	-	вільне і легке.
Мій живіт	-	м'який і теплий.
Моє обличчя	-	прохолодне.
Мої думки	-	спокійні і урівноважені.
Я спокійна	-	та впевнена у собі.
Мої пологи	-	радість для мене і моєї родини.
Я вірю	-	у сприятливе закінчення вагітності.

вдих протягом 2-3 с, далі затримка дихання 2-3 с, потім проговорювалася друга частина речення на видих протягом 2-3 с (табл. 2). У такому положенні перебували протягом усього сеансу релаксації (7-10 хв.).

Вихід із стану релаксації відбувався після рахування від десяти до одного, повільно відкривали очі, ворухили пальцями рук і ніг, вставали і спокійно рухалися. Курс аутотренінгу складав 10 процедур щодня, при виписці із стаціонару вагітним рекомендували проводити релаксацію самостійно вдома.

Протягом усього курсу реабілітації у вагітних з ожирінням широко використовувалася методика музикотерапії. Спеціально підібрані музичні твори активно впливали на слухову систему вагітної, на майбутній позитивний емоційний розвиток ненародженої дитини. Музичні твори підбиралися неголосні, без сильних низьких звукових коливань, лагідні. Найбільш сприятлива для релаксації була класична музика, її ритм і гармонія сприймалася як заспокоєння. Інтенсивність 10-15 Дб. Для заспокоєння застосовувалися твори Бетховена “Місячна соната”, Дебюссі “Місячне світло”, концерт до-мажор для фортепіано № 21 Моцарта, Шопена “Ноктюрн”, Шуберта “Аве-Марія”. Для тонізуючого ефекту застосовували – симфонію № 6 П. І. Чайковського, симфонію “Юпітер” Моцарта. Також використовували спеціальні акустичні ефекти, що імітують шум морського прибою, гірського струмка, спів птахів тощо.

Висновки.

Таким чином, розроблена і впроваджена комплексна програма реабілітації вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі базувалася на комплексному впливі засобів фізичної (ранкова гігієнічна гімнастика, дозована ходьба, прогулянки, комплекси фізичних вправ реабілітаційної гімнастики, дихальні вправи), медичної (спеціальні режими харчування) та психологічної (аутотренінг, музикотерапія) реабілітації, яка застосовувалася у

спеціалізованих умовах у залежності від етапу (терміну вагітності від 33 тижнів і до пологів). За терміном виконання програма була індивідуально розрахована на 2-8 тижнів, виконувалася трьома курсами. Щоденний розклад реабілітаційних занять був розрахований на 1,5-2 год., з них ранкова гігієнічна гімнастика (10-15 хв.), дозована ходьба (15 хв.), комплекс фізичних вправ реабілітаційних занять (40-45 хв.), аутотренінг (7-10 хв.), дихальна гімнастика (10-15 хв.), прогулянки перед сном (10-15 хв.).

В результаті впровадженої комплексної програми реабілітації у вагітних перед пологами знизилася вага тіла на 3-5 %, збільшилась кількість вагітних з адекватною реакцією на навантаження за результатом тесту 6-ти хвилинної ходьби, покращилася робота функції кишковика, зменшилося психоемоційне напруження перед пологами.

Планується проведення *подальших досліджень*, вивчення перебігу вагітності та пологів у вагітних на тлі ожиріння в залежності від обраної програми реабілітації.

Література:

1. Астахов В.М. Перинатальні ускладнення у жінок з аліментарно-конституційним ожирінням / В.М. Астахов, Л.П. Шелестова //Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2005. – С. 191-193.
2. Ахметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века / А.С. Ахметов // Терапевт. – 2002. – Т. 74. – № 10. – С. 5-7.
3. Балкаров И. Ожирение: терапевтические аспекты проблемы / И. Балкаров, С. Моисеев, В. Фомин, Е. Краснова //Врач. – 2004. – № 9. – С. 6-9.
4. Луценко Н.С. Акушерские аспекты ожирения / Н.С. Луценко. – Запорожье: Просвіта, 2000. – 160с. – ISBN 966-7362-71-X.
5. Хала Ахмед Сабри Кассим Аль-Тавель. Оценка алиментарного статуса и его коррекция у беременных с ожирением / Хала Ахмед Сабри Кассим Аль-Тавель, Н.М. Рожковська //Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 1. – С. 85-87.

Надійшла до редакції 08.02.2011 р.
Коваленко Тамара Николаевна
Лянной Юрий Олегович
Жабченко Ирина Анатолиевна
cenchik.dmitrii@mail.ru