

III. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ЗАХОДІВ

Ірина Жабченко, Юрій Лянной, Тамара Коваленко
ДУ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України
м. Київ, Інститут фізичної культури
Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка



Аннотація

В статті розглядається питання покращення перебігу вагітності та пологів у жінок з ожирінням за рахунок впровадження комплексної фізичної реабілітації, яка ґрунтується на спеціальних технологіях реабілітаційно-оздоровчого впливу та спрямована на попередження травм, профілактику ускладнень вагітності, пологів та покращення стану новонародженого.

Annotation

In the article the question of improvement of flow of pregnancy and births is examined for women with obesity, due to introduction of complex of physical rehabilitation, which is based on the special technologies rehabilitation–health influence, traumas directed on warning, improvement of flow of pregnancy, births and the state of new-born.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Фізичні вправи є незамінним засобом зміцнення здоров'я [3].

В основу комплексу фізичних вправ у вагітних з ожирінням покладено відомості про те, що під їх дією підвищується обмін речовин в організмі. Крім того, фізичні вправи активізують окислювальні процеси в тканинах, а це веде до більш інтенсивної роботи органів дихання. Одночасно поліпшується живлення киснем усіх органів вагітної [1,9].

М'язова діяльність, що утворює домінуючу рухову аналізатора, підвищує тонус центральної нервової системи, при цьому посилюються регулюючі впливи коркових та підкоркових центрів на судинну і дихальну системи, відновлюються вегетативні функції. Помірне фізичне навантаження на функцію серцево-судинної системи проявляється у підвищенні енергообміну в м'язах серця, мобілізації судинної системи, насиченості крові киснем і пристосуванні системи кровообігу до потреб обміну [6].

Фізичне навантаження підвищує стійкість організму до негативних факторів довкілля, таких, як нестача кисню у повітрі, дія високих та низьких температур, радіоактивне випромінювання тощо [2].

З цієї точки зору фізична підготовка вагітних з ожирінням роз-

глядається як один із заходів, що попереджає ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Ожиріння під час вагітності в останні роки набуває все більшої актуальності у сучасній науці реабілітації та акушерстві. Ожиріння реєструється у 20-30% населення України, серед вагітних відсоток коливається у межах 10-24% випадків від загального числа вагітних. За кожні 10 років кількість людей, що мають надмірну вагу, збільшується в середньому на 10%. На ожиріння страждають 28% мешканців міста та 22,3% сільських мешканців. Серед населення України нормальна маса тіла відмічена лиш у 44% чоловіків і 25% жінок [4,5].

Ожиріння є важливим фактором ризику щодо розвитку найбільш розповсюджених захворювань серцево-судинної системи, діабету, онкологічних захворювань та обумовлює зростання акушерської і перинатальної патології [10]. Також серед найважливіших чинників порушення репродуктивного здоров'я жінок є гіподинамія та незбалансоване харчування [7,8].

Комплекс фізичних реабілітаційних заходів у жінок з надмірною вагою під час вагітності спрямований на послідовне включення у тренування групи м'язів, що беруть активну участь у процесі виношування вагітності та під час



пологів. У зв'язку з цим, комплекс фізичних вправ розподілявся на періоди, що охоплюють певні терміни вагітності. Перший комплекс до – 16 тижнів, другий – від 17 до 24 тижня вагітності, третій – від 25 до 32 тижня, четвертий – від 33 до 36 тижня, п'ятий – від 37 тижня до пологів. Кожний комплекс мав свої особливості.

Мета дослідження. Розробити і впровадити у лікувально-реабілітаційні заходи для вагітних жінок з ожирінням комплекс фізичної реабілітації, що буде застосовуватися впродовж усієї вагітності та перед пологами. Даний комплекс спрямований на підвищення компенсаторно-захисних реакцій організму та зниження маси тіла вагітної, на попередження дистресу плода та акушерського травматизму.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження охопило 60 вагітних з ожирінням та 20 вагітних з нормальною масою тіла, у яких проаналізовано наслідки пологів та стан новонароджених.

Обстежені жінки були розділені на 2 рівнозначні групи по 30 вагітних. У першу групу (основну) входили вагітні, яким призначали комплекс фізичної реабілітації у різні періоди (ЛФК, дихальні вправи) на фоні раціонального харчування. У другу групу (контрольну) увійшли жінки, які отримували традиційну терапію (симптоматичну). Для порівняння проаналізовано аналогічні показники групи з 20 здорових вагітних (група порівняння).

Середній вік жінок з ожирінням в основній групі склав $25,9 \pm 1,4$ років, в контрольній групі $24,6 \pm 2,2$ років, тобто різниці за віком не було. Тих, що первинно народжували серед жінок з ожирінням в основній групі було 50,5%, в контрольній групі – 85%, повторні пологи відбулись у 45,5% та 15% відповідно.

Для першого періоду (термін вагітності до 16 тижнів) нами була розроблена методика фізичних

вправ з урахуванням функціонального стану першого триместру вагітності тематичних жінок, коли матка є особливо чутливою до фізичного навантаження. З початком вагітності підвищуються процеси збудження й гальмування в ЦНС, змінюється діяльність залоз внутрішньої секреції, збільшується збудливість серцево-судинної системи, зростає потреба в кисні, а нестача його чинить негативний вплив на розвиток плода, відзначається швидка втомлюваність.

Метою фізичних вправ в даний період стало навчити вагітну правильному виробленню навичок ритмічного дихання: поступово адаптувати серцево-судинну систему вагітної до фізичних навантажень і збільшити насичення її організму киснем, стимулювати активність вегетативної нервової системи.

Методичні вимоги полягають у наступному. У даний період ризик викидня дуже великий, і тому фізичні вправи проводяться дуже обережно з індивідуальним підбором для кожної жінки. Тривалість заняття не перевищувала 20-25 хвилин. Вихідні положення були різні – стоячи, сидячи, лежачи. Вправи виконувались у повільному темпі, після кожної вправи – відпочинок. Динамічні вправи для рук, ніг, вправи на тренування черевного й грудного дихання, тренування м'язів промежини й живота вводились поступово. Вилучались вправи з підвищенням внутрішнього черевного тиску.

У реабілітації вагітних з ожирінням використано принципи поступового дозованого зростання навантаження. Обов'язково враховувались індивідуальні особливості вагітних і формувались групи з 4-5 пацієнток.

У другому комплексі фізичних вправ (від 17 до 24 тижнів вагітності) матка, що поступово збільшується, починає розміщуватися у черевній порожнині. Розвиток вагітності в даному періоді супроводжується певними змінами

в системі рухів. Пом'якшується м'язове напруження лобкового та крижово-клубового зчленування, міжхребцевих хрящів поперекового відділу хребта. Внаслідок слабкості зв'язок тазу знижується можливість утримувати нормальну поставу. У цей період роль зв'язок виконують м'язи, що підвищує навантаження на них і призводить до того, що вагітна швидко втомлюється. Статика тіла жінки змінюється, центр ваги зміщується вперед, що збільшує поперековий лордоз хребта і нахил тазу вперед. Враховуючи перелічені зміни, вагітній жінці з ожирінням до комплексу фізичної реабілітації включили вправи, які впливають на загальний стан організму.

Мета фізичних вправ в даний період полягає в збереженні певного обсягу рухів у суглобах; підвищенні еластичності м'язів за рахунок їх напруження і розслаблення. Особлива увага приділялася вправам для м'язів спини, підвищенню еластичності та рухливості кульшових суглобів. Слід відзначити, що всі підібрані вправи виконувались під контролем дихання: перша фаза кожного руху – вдих, друга – видих. Вправи супроводжувались спокійною музикою.

Дихальні вправи у другому комплексі фізичних вправ у жінок з ожирінням спрямовані на оволодіння діафрагмальним диханням із залученням до цього процесу м'язів передньої стінки живота. Цей тип дихання через велике насичення організму киснем під час вдиху забезпечує активний стан дихальних м'язів діафрагми і черевної стінки, позитивно діє на роботу нирок.

У третьому комплексі фізичних вправ (від 25 до 32 тижня вагітності), збільшена матка тисне на судини малого тазу і перешкоджає відтоку крові та лімфи. У зв'язку з цим наш комплекс фізичних вправ у третьому періоді передбачає виконання вправ у повільному темпі й обмежує вправи в положенні стоячи.



Розвиток і зростання плода в цьому періоді – інтенсивні. Потреба в кисні зростає, так само збільшуються обмінні процеси, збільшується обсяг черевної порожнини, розширюється нижня частка грудної клітки, зростає напруження м'язів спини та ніг.

Мета фізичних вправ на цьому етапі: збільшення рухливості поперекового відділу хребта, тазового дна і його внутрішніх м'язів. Обсяг фізичних навантажень за рахунок повторних рухів дещо знижується, але збільшується кількість дихальних вправ.

Починаючи з 26-29 тижня вагітності, у жінок з ожирінням під впливом гормонів відбувається розтягнення черевних м'язів. У зв'язку з цим нами було прийнято рішення про введення до реабілітації тематичних жінок для виконання фізичних вправ, спрямованих на удосконалення активного розслаблення м'язів, особливо живота, забезпечуючи таким чином, їх зміцнення та розтягнення, при цьому уважно спостерігаючи за станом внутрішньоутробного плода.

Вправи на розслаблення починали виконувати в повільному темпі, концентруючи увагу на розслабленні м'язів всього організму.

Четвертий комплекс лікувальної гімнастики для вагітних жінок (з 33 по 36 тиждень) характеризується зміною розташування й функціонування органів черевної порожнини. Дно матки досягає мечовидного паростку груднини. Діафрагма максимально піднята, вентиляція легенів задовільна. Матка тисне на селезінку і печінку, що сприяє обмеженню відтоку жовчі. Зміщення кишечника може призвести до закрепи, черевні покрови напружені, пупок згладжений.

У цей період збільшується поперековий лордоз, напружуються м'язи спини та ніг, що несприятливо впливає на ходу вагітної жінки з ожирінням. Тематичним хворим у цей період реабілітації ми не рекомендували вправи з енергійним підніманням рук вго-

ру, а збільшували кількість вправ на розтягування м'язів дна матки і приводних м'язів ніг. Особливу увагу приділяли виконанню дихальної гімнастики, що важливо у підготовці вагітних жінок з ожирінням до пологів.

Дихальна гімнастика складалася із довільної регуляції тривалого вдиху, видиху й паузи після вдиху, проводилася водночас з лікувальною гімнастикою. Перед проведенням дихальної гімнастики вагітні виконували таку вправу: 2-3 глибоких вдихи з повним видихом. Після цього переходили до виконання основного комплексу. Виконували його на рахунок реабілітолога. Умовно дихальну гімнастику ми поділили на 4 етапи:

1. 3/3, 2; 3/4, 2; 3/5, 2; 3/5, 2; 3/6, 2;
2. 4/6, 2; 4/7, 2; 4/8, 2;
3. 5/8, 3; 6/8, 2; 7/8, 3; 7/8, 3; 8/8, 3;
4. 7/8, 3; 6/7, 3; 5/6, 3; 5/6, 3; 4/5, 2; 4/4, 2; 2/3, 2.

Чисельник – тривалість вдиху, знаменник – тривалість видиху, третій показник – пауза після видиху. Кожна лічба – приблизно одна секунда.

На першому етапі поступово збільшували тривалість видиху, поки він не стане в 2 рази тривалишим за вдих.

На другому етапі пауза після видиху дорівнює половині вдиху.

На третьому етапі збільшувався вдих і пауза після видиху.

На четвертому етапі дихання поступово поверталось до вихідного. Слід відзначити, що лічба в даній схемі орієнтовна. Іноді ми корегували дихальну гімнастику і підходили до неї індивідуально, враховуючи категорію тематичних жінок, стан утробного плода та дані спірографії. Дихальну гімнастику виконували наприкінці вправ, у заключній частині. Тривалість дихальної гімнастики складала близько 4 хвилин. Дихальна гімнастика має велике значення в реабілітації жінок з ожирінням, оскільки ці вправи сприяють по-

передженню кисневої нестачі, яка має місце у цих вагітних.

П'ятий комплекс фізичних вправ від 37 тижнів вагітності і до пологів.

Мета вправ: тренування режиму дихання, особливо під час потуг, виробляється й закріплюється рефлекс розслаблення м'язів після заключного видиху, або при скороченнях матки. Голівка плода в цей період вагітності опускається в порожнину малого тазу, тиск на діафрагму зменшується, дихання стає більш вільним. Разом з тим, обмежується рухливість кульшових суглобів. Тиск вагітної матки на сечовий міхур викликає часте і невелике за обсягом сечовипускання.

У цей період у жінок з ожирінням при виконанні фізичних навантажень виникає втома. Тому всі вправи виконуються в повільному темпі, враховуючи індивідуальні можливості вагітної жінки.

Фізичні вправи виконувалися переважно в стаціонарі під спостереженням фахівця з фізичної реабілітації і лікаря акушера-гінеколога. Курс кожного комплексу фізичної реабілітації склав 10-15 сеансів.

Варто звертати увагу на дихання: щоб знизити напруження і прояви тканинної гіпоксії, після видиху ми рекомендували концентрувати свою увагу на розслабленні м'язів. Швидкі дихальні рухи забезпечують обмін повітря лише у верхніх дихальних шляхах, явища гіпервентиляції при цьому відсутні. Мінімальна пауза між вдихом, видихом і наступним вдихом також визначає приріст вентиляції.

Техніка виконання дихальних вправ побудована на чергуванні невеликого вдиху повітря зі швидким видихом. Саме такий тип дихання використовується вагітною в період перейми, запобігаючи тиску діафрагми на матку, при цьому напруження черевного пресу знижується.

Перед пологами особливу увагу приділяли тренуванню потуг, виконанню вправи на розслаблення



м'язів промежини і дна матки, а також вправи, які покращують кровообіг.

Результати досліджень та їх обговорення. Вивчення анамнезу та особливостей перебігу вагітності не встановило достовірної різниці у пацієток основної та контрольної груп. Соматично здоровими до моменту вагітності було лише 26% жінок, а в решті виявлені екстрагенітальні захворювання. У кожній другій, що мала повторні пологи, був обтяжений акушерський анамнез (штучні аборти, зазмерла вагітність, викидні). Також слід відмітити, що 35% обстежених жінок мали в анамнезі хронічні гінекологічні захворювання (хр. сальпінгоофорит, лейоміому матки, ерозію шийки матки, порушення менструального циклу).

Із ускладнень в першій половині даної вагітності відмічені ранні гестози (31%), загроза переривання вагітності (35%), а в другій половині – висока частота набряків (28,6%), плацентарна недостатність (54,3%), анемія (25,7%), багатоводдя (14,3%), гіпертензія (14,3%).

Таким чином, дана категорія вагітних характеризується високою частотою захворювань та порушень з боку репродуктивної системи, що створює фон для розвитку порушень гестаційного процесу.

Використання розробленої нами методики дозволило достовірно знизити частоту плацентарної недостатності (з 54,3% до 15,7% , $p < 0,05$); анемії вагітних (з 25,7% до 12% , $p < 0,05$), пізнього гестозу (з 55% до 20% , $p < 0,05$).

Зазначені відмінності в клінічному перебігу гестаційного процесу суттєво вплинули і на частоту основних ускладнень у пологах. З табл. 1 видно, що найбільша питома вага ускладнень зазначається у групі вагітних, які отримували лише симптоматичне лікування. В основній групі, що отримувала курси комплексу фізичних вправ та дихальні вправи, кількість усклад-

Таблиця 1.
Особливості перебігу пологів у обстежених жінок, абс. ч.(%)

Показники	Групи		
	Основна	Порівняль-на	Контроль-на
Ранній вилив навколо плодових вод	5 (16,6%)	8 (26,6%)	3 (15%)
Слабкість пологової діяльності	5 (16,6%)	10 (33,3%)	5 (25%)
Загроза передчасних пологів	4 (13,3%)	7 (23,3%)	5 (25%)
Внутрішньоутробний дистрес плода	2 (6,6%)	8 (26,6%)	2 (10%)
Ручне відокремлення плаценти	2 (6,6%)	6 (20%)	3 (15%)
Епізіотомія, розрив промежини	10 (33,3%)	15 (50%)	10 (50%)
Кесарів розтин	2 (6,6%)	4 (13,3%)	2 (10%)

нень зменшилась на половину і досягла рівня контрольної групи.

Як свідчать отримані результати, у жінок основної групи частота дистресу плода скоротилась з 30,0% до 10,0% ($p < 0,05$), тобто в три рази. Крім того, при використанні розробленого нами комплексу реабілітації для жінок з ожирінням, зменшилась питома вага епізіотомій з 50% до 33% ($p < 0,05$). Серед основних ускладнень та оперативних втручань можна виділити достовірні відмінності в частоті ручного виділення плаценти, слабкості пологової діяльності, раннього вилиття навколоплодових вод.

В цілому дані, отримані під час динамічного спостереження за перебігом вагітності та пологами у жінок з ожирінням підтвердили доцільність та ефективність розробленого комплексу реабілітації. Це дало можливість суттєво знизити частоту і ступінь вираженості ускладнень, зі значним зменшенням перинатальної та ранньої неонатальної захворюваності.

Виражена різниця в частоті розвитку акушерської патології у вагітних з ожирінням під впливом запропонованого комплексу свідчить про позитивне значення даної розробки для практичного акушерства та реабілітації.

У вагітних з ожирінням важлива роль відводиться раціональному

харчуванню, яке повинно бути диференційованим з урахуванням ступеня ожиріння, характеру праці, терміну вагітності і пори року. З метою профілактики та лікування, ми рекомендували вагітним жінкам калорійність харчового раціону зменшувати за рахунок жирів (особливо тваринного походження) та вуглеводів, при цьому білки необхідно отримувати у повному обсязі.

Харчовий раціон повинен бути різноманітним, біологічно повноцінним і включати м'ясо, птицю, молочні продукти, яйця, круп'яні вироби (гречка, перловка). Дефіцит вітамінів, мінеральних солей, мікроелементів компенсується включенням у раціон фруктів, овочів, плодів шипшини, ізюму, кураги тощо. Рекомендували також включати розвантажувальні дні (фруктові, молочні) 1-2 рази на тиждень.

У першій половині вагітності прийом їжі рекомендували не менше 4 разів на добу, у другій половині – 5-ти разове харчування, а у останні 2 місяці – 6-ти разове .

Таким чином, комплекси фізичних дозованих навантажень для вагітних жінок з ожирінням на різних етапах гестації сприяли встановленню в організмі оптимальних взаємовідносин. Фізичні вправи гармонійно впливали на організм вагітної з ожирінням,



розширюючи його резервні можливості, удосконалюючи діяльність всіх фізіологічних систем та органів – гемодинаміку, дихання, травлення, виділення й тим самим нормалізуючи перебіг вагітності. Фізична підготовка на протязі усієї вагітності повинна здійснюватись шляхом раціонального використання різних заходів фізичної культури, як методу забезпечення нормального перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду.

За нашими спостереженнями, дихальні вправи сприяли, поперше, розвитку і укріпленню м'язів грудної клітини і діафрагми, по-друге, виникненню навичок до правильної взаємодії скелетних м'язів з глибоким, ритмічним диханням (розведення рук – вдих, опускання – видих; нахил тулубу вперед – видих; випрямлення – вдих; привод ніг до живота – видих, опускання – вдих). Дихальні вправи слід включати вагітним жінкам з ожирінням у кожне заняття – від першого до останнього.

Фізичні вправи у вагітних жінок з ожирінням є потужним фактором зміцнення здоров'я, завдяки якому підвищується тонус і активізується діяльність всього організму, мобілізуються його захисні реакції, попереджаються ускладнення, вдосконалюється фізичний розвиток та морально вольові якості.

Розроблений комплекс фізичної реабілітації у вагітних жінок з ожирінням на протязі вагітності на стаціонарному етапі, враховував планування фізичних навантажень

і підбір вправ в залежності від ступеня ожиріння, стану здоров'я і терміну вагітності.

Адекватно підібрані фізичні вправи і навантаження добре вплинули не лише на вагітну жінку, а й на стан внутрішньоутробного плода, покращили обмін речовин, уповільнили набирання ваги.

Висновки:

1. Для зменшення частоти репродуктивних невдач, акушерської та перинатальної патології у вагітних з ожирінням необхідно використовувати комплекс реабілітації (ЛФК, дихальні вправи, раціональне харчування), незалежно від наявності клінічних ознак.
2. Висока ефективність комплексної терапії вагітних з ожирінням, що включає лікувальну фізкультуру та дихальні вправи, дають право рекомендувати її в практику роботи відділень патології вагітних, що буде сприяти зменшенню материнської та перинатальної патології.
3. Запропоновані заходи реабілітації сприятимуть зменшенню медикаментозного навантаження на материнський та плодовий організм.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Абрамченко В.В. Безопасное материнство. (Физическое совершенство женщины) / В.В. Абрамченко – СПб.: ИАГ РАМН им. Д.О.Отта, 1997. – 240 с.
2. Антипенко Е.Н. Влияние загрязнения окружающей среды

на здоровье / Е.Н.Антипенко, А.Г.Проданчук // Медицинские вести. – 1997. – №4. – С. 7-9.

3. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – К.: Здоров'я, 1998. – 248 с.
4. Ахметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века / А.С. Ахметов / Терапевт. Архив. – 2002. – Т.74, №10.- С.5-7.
5. Бабиляк В.И. Некоторые психолого-философские аспекты проблемы «качества жизни» человека / В.И. Бабиляк, В.В. Митрофанов. – 2003. – № 2. – С. 28-31.
6. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж : учебно методическое пособие для мед. Работников / Н.А. Белая. – М.: Сов. Спорт, 2001. – 272 с.
7. Бессесен Д.Г. Избыточный вес и ожирение / Д.Г. Бессесен, Р. Кушнір; пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2004. – 239с.
8. Луценко Н.С. Акушерские аспекты ожирения / Н.С. Луценко. – Запорожье: Просвіта, 2000. – С.21-25.
9. Никитина Е.А. Ожирение и роль физических нагрузок в его профилактике и лечении / Е.А. Никитина, Т.А. Євдокимова // ЛФК и массаж. – 2004. – №1. – С.6-13.
10. Хала Ахмед Сабри Кассим Аль-Тавель Акушерські і перинатальні ускладнення у жінок з ожирінням / Хала Ахмед Сабри Кассим Аль-Тавель, Н.М. Рожковська // Вісник наукових досліджень. – 2005. – №2. – С. 90.

