

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ

Коваленко Тамара Миколаївна

УДК:615.825+796.035:613.25-055.26

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ**

24.00.03 – Фізична реабілітація

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук
з фізичного виховання і спорту

Київ – 2012

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному університеті фізичного виховання і спорту України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор

Владимирова Наталія Іванівна, Національний університет фізичного виховання і спорту України, професор кафедри фізичної реабілітації

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

Товстановська Валентина Олександрівна,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології №1

доктор медичних наук, професор

Григус Ігор Михайлович, Приватний вищий навчальний заклад «Міжнародний економіко-гуманітарний університет ім. акад. Степана Дем'янчука», професор кафедри фізичної реабілітації

Захист відбудеться 29 серпня 2012 року о 12 год. 30 хв. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.829.02 Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, м.Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, м. Київ - 150, вул. Фізкультури, 1).

Автореферат розісланий 25 липня 2012 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

Г.В. Коробейніков

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Здоров'я нації є найбільшим багатством суспільства, тому що лише здорові люди можуть постійно відновлювати економічний потенціал країни, створювати базис для її стабільного майбуття, народжувати здорових дітей, що стануть новими носіями генофонду нації.

Вагітність є фізіологічним процесом у житті кожної жінки і для його забезпечення характерна висока метаболічна активність та підвищені енерговитрати. В останнє десятиріччя у світі зростає кількість вагітних з аліментарно-конституційною формою ожирінням, яка обумовлена гіподинамією під час вагітності, надмірним вживанням неякісних продуктів харчування із значним вмістом модифікованих домішок, консервантів, тощо (Шелестова Л.П., 2009).

Відсутність фізичної активності вважається четвертим з найважливіших факторів ризику, які є причинами смерті в глобальному масштабі (на її частку доводиться 6 % від загальної кількості випадків смерті в світі). Наступними факторами є високий кров'яний тиск – 13%, куріння – 19 % і високий рівень глюкози в крові – 6 %. Частка зайвої ваги і ожиріння становить 5 % від загальної кількості випадків смерті в світі (ВООЗ, 2010).

Сьогодні дедалі більше наголошується на необхідності забезпечення права людини на збереження та зміцнення здоров'я. Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя визначено законодавством України як один із основних напрямів державної політики охорони здоров'я. Антенатальна охорона плоду, профілактика материнської та перинатальної захворюваності і смертності у вагітних з акушерською та екстрагенітальною патологією є однією з проблем сучасного акушерства та реабілітації (Кривоногова Т.С., 2009; Товстановська В.О., 2008).

Складна екологічна ситуація в країні, стан здоров'я, незбалансоване харчування, соціальна нестабільність, навантаження змушують учених працювати над проблемою покращення психофізичного стану та пов'язаного з ним стану фізичного здоров'я вагітної жінки (Абрамченко В.В., 2007).

Одним із актуальних питань сьогодення є реабілітація вагітних жінок при патологічному перебігу вагітності. Поліпшення здоров'я вагітної є пріоритетним напрямом розвитку не лише акушерства, але й галузі фізичного виховання, спорту та здоров'я людини (Камінський В.В., 2009; Жилка Н.Я., 2006).

Тільки у третини вагітних спостерігається фізіологічний перебіг вагітності та пологів (Жабченко І.А., 2003; Савельєва Г.М., 2000). У той же час зростає кількість вагітних із аліментарно-конституційною формою ожиріння, оскільки ця патологія спостерігається у 10–24 % випадків (Богослав Ю.П., 2008). Це обумовлено частково нераціональним харчуванням, гіподинамією, що, в першу чергу, пов'язане зі станом здоров'я вагітної жінки і недооцінкою стану плоду в антенатальний період (Артимук Н.В., 2010; Рожковська Н.М., 2006).

Зміни серцево-судинної та дихальної систем (Григус І.М., 2011), які відбуваються під час вагітності у хворих із ожирінням, призводять до значного функціонального перенавантаження, призводять до розвитку патологічного перебігу такої вагітності та до порушення адаптації (Вдовиченко Ю.П., 2004; Парашук Ю.С., 2004).

На сьогодні існує багато робіт вітчизняних та зарубіжних авторів, що висвітлюють деякі окремі питання реабілітації жінок із ожирінням впродовж вагітності (Поляев Б.А., 2003; Dixit A., 2008). Однак вплив програми допологової фізичної реабілітації та вивчення стану функціональних систем вагітних, причини розвитку багатьох акушерських ускладнень, які викликані ожирінням, розроблені недостатньо, що підтверджує актуальність обраної теми.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно плану науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України і «Зведеного плану НДР в сфері фізичної культури і спорту на 2006-2010 рр.» за темою 4.3.1. «Удосконалення оздоровчо-реабілітаційних програм профілактики і корекції дисфункцій, обумовлених порушеннями в різних системах організму» (№ державної реєстрації: 0106U010794), та у межах наукової теми відділення патології вагітності та пологів Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» і «Зведеного плану НДР у сфері акушерства і гінекології на 2007-2010 рр.» Міністерство охорони здоров'я України, за темою «Вивчення перебігу вагітності та пологів у жінок з фіброзно – кістозною хворобою молочних залоз та розробка системи заходів щодо запобігання і корекції виявлених у них акушерських та перинатальних ускладнень», (№ державної реєстрації 0107U001077).

Роль автора полягає у розробці програми допологової фізичної реабілітації вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням в умовах стаціонару.

Мета роботи – вивчити функціональні можливості організму вагітних з ожирінням і на основі отриманих даних науково обґрунтувати, розробити та впровадити програму допологової фізичної реабілітації у комплексне лікування вагітних з ожирінням в умовах стаціонару, спрямовану на зниження частоти ускладнень пологів та антенатальну охорону плода.

Завдання роботи:

1. Вивчити та узагальнити науково-методичні знання і результати використання засобів різних видів реабілітації в комплексному лікуванні вагітних з ожирінням.

2. Визначити функціональний стан дихальної системи та серцево-судинної системи у вагітних із ожирінням.

3. Визначити толерантності до фізичного навантаження у вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням перед пологами.

4. Проаналізувати психологічний статус та вивчити стан фактичного харчування у вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням перед пологами.

5. Розробити і перевірити ефективність програми допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних із ожирінням в залежності від ступеню ожиріння.

Об'єкт дослідження – функціональний стан вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням перед пологами.

Предмет дослідження – програма допологової фізичної реабілітації вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням і визначення її ефективності.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури; педагогічні методи дослідження (педагогічні спостереження, педагогічний експеримент);

контент-аналіз історій пологів; клінічні методи (тест 6-ти хвилинної ходьби; оцінка рівня стрес-реакцій за допомогою спеціальних анкет; аналіз стану фактичного харчування за допомогою спеціалізованих анкет; методи інструментальних досліджень (кардіоінтервалографія, кардіотокографія, спірографія,); методи математичної статистики.

Наукова новизна отриманих результатів:

- вперше виявлено функціональні порушення в організмі вагітних з ожирінням, що проявились з боку системи зовнішнього дихання, вегетативної системи, психоемоційного стану і фактичного харчування та встановлено їх роль в розвитку ускладнень вагітності та пологів;
- вперше вивчена толерантність до фізичного навантаження у вагітних з аліментарно-конституційною формою ожиріння напередодні пологів;
- вперше науково обґрунтовано, розроблено та апробовано програму допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних із ожирінням в умовах стаціонару;
- доповнено, що активне впровадження засобів фізичної реабілітації під час вагітності використовується з метою покращення адаптаційних можливостей і профілактики перинатальних і материнських ускладнень.

Практична значущість отриманих результатів дисертаційної роботи полягає в розробці програми допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних із ожирінням в умовах стаціонару, яка дозволяє враховувати ступінь ожиріння, індивідуальні особливості вагітних та сприяє покращенню функціонального стану організму матері і плода. Програма складається з ранкової гігієнічної гімнастики, комплексів лікувальної гімнастики в залежності від ступеня ожиріння, а також адекватності на фізичне навантаження, дихальної гімнастики, прогулянок, дозованої лікувальної ходьби, збалансованого харчування та аутогенного тренування.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в навчальний процес і практичну діяльність наступних закладів освіти та охорони здоров'я: навчально-педагогічний процес Інституту фізичної культури, Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка, кафедра здоров'я людини та фізичної реабілітації, Київського обласного центру охорони «Здоров'я матері і дитини», Полтавського міського клінічного пологового будинку, Київського міського пологового будинку № 1, Сімферопольську центральну клінічну лікарню.

Особистий внесок автора полягає у розробці наукової проблеми, виборі методів, організації та проведенні досліджень, математичній обробці, аналізі, систематизації, описі й обговоренні отриманих результатів; оформленні й написанні дисертаційної роботи; розробці й виконанні всіх реабілітаційних заходів і підготовці публікацій.

Автором сформульовані й обґрунтовані особливості побудови раціонального рухового режиму та запропоновано методіку рухової активності при різному ступені ожиріння в залежності від адекватності на фізичне навантаження перед пологами. У спільних публікаціях авторові належить розробка програми допологової фізичної реабілітації, дані педагогічного експерименту й інструментальних досліджень.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційної роботи доповідались на науково-практичних конференціях: «Санаторно-курортне лікування в акушерстві та гінекології: досягнення, проблеми, перспективи» (Київ, 2005 р.), «Медична наука: Сучасні досягнення та інновації» (Харків, 2007 р.), «Основні напрямки розвитку фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації» (Дніпропетровськ, 2009 р.), «Науково – практичні завдання зниження материнської смертності в Україні» (Київ, 2009 р.), наукових конференціях молодих вчених ДУ «Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (Київ, 2007-2009 р.), медичному форумі «Здоров'я дітей – майбутнє нації» (Київ, 2009 р.), «Молода спортивна наука України» (Львів, 2010 р.), «Молода спортивна наука України» (Львів, 2011 р.), «Актуальні питання медичної реабілітації, курортології та фізіотерапії дорослих і дітей» (Євпаторія, 2011 р.), «Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України» (Суми, 2011 р.), «Молодь та олімпійський рух» (Київ, 2012 р.).

Публікації. Результати дисертації опубліковані в 11 наукових працях, з яких 5 – у спеціалізованих фахових виданнях (з них чотири одноосібні), 5 – у наукових журналах та збірках, одержано один патент України на корисну модель.

Структура і обсяг дисертації. Дисертація вміщує список умовних позначень, вступ, шість розділів, практичні рекомендації, висновки, список використаних джерел, додатки. Дисертаційна робота написана українською мовою, викладена на 193 сторінках основного тексту та вміщує 31 таблицю і 9 рисунків. У роботі використано 297 джерел наукової й спеціальної літератури.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

У вступі обґрунтована актуальність проблеми, визначена мета, завдання, об'єкт, предмет і методи дослідження; розкрита наукова новизна, практична значущість роботи і особистий внесок здобувача; описана сфера впровадження й апробації результатів дослідження, вказана кількість публікацій.

У першому розділі дисертації «**Сучасні напрямки реабілітації вагітних з ожирінням**» проведений аналіз даних літератури з проблеми відносно аліментарно-конституційного ожиріння при вагітності, викладені основи й загальні принципи реабілітації вагітних з екстрагенітальною та акушерською патологією, описані види реабілітації; визначена роль засобів і методів реабілітації при підготовці вагітних до пологів; проаналізовані основні реабілітаційні й профілактичні заходи, спрямовані на попередження дистресу плода у пологах, а також акушерського травматизму; розглянуті патофізіологічні механізми розвитку аліментарно-конституційного ожиріння при вагітності й запропоновані комплексні методи реабілітації.

У результаті аналізу літератури встановлено, що перебіг вагітності у жінок за наявності ожиріння негативно впливає на результат вагітності. Крім того, науково доведено цілеспрямоване використання засобів фізичної реабілітації у вагітних з метою профілактики ускладнень та нормального перебігу вагітності. Разом з тим слід зазначити той факт, що кількість наукових праць за даною проблемою є обмеженою.

Так, на сьогодні не повною мірою вивчено та не розроблено науково обґрунтованих заходів комплексного використання програми допологової фізичної

реабілітації в профілактиці та запобіганні можливих ускладнень у вагітних за наявності ожиріння.

У другому розділі дисертації **«Методи й організація досліджень»** обґрунтовані й описані взаємодоповнюючі методи дослідження, які є адекватними до об'єкту, предмету, меті і завданням дослідження: аналіз науково-методичної літератури; педагогічні методи дослідження (педагогічні спостереження, педагогічний експеримент); контент-аналіз історій пологів; клінічні методи (тест 6-ти хвилинної ходьби; оцінка рівня стрес-реакцій за допомогою спеціальних анкет; аналіз стану фактичного харчування за допомогою спеціалізованих анкет; методи інструментальних досліджень (кардіоінтервалографія, кардіотокографія, спірографія,); методи математичної статистики.

Дослідження проводилися у відділенні патології вагітності та пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Під нашим спостереженням перебувало 90 вагітних жінок з аліментарно-конституційною формою ожирінням перед пологами (основна група) та 20 вагітних без ожиріння, також перед пологами (контрольна група).

Жінки основної групи були розділені на три групи: 1 підгрупа – 30 вагітних із ожирінням I ступеня, 2 підгрупа – 34 вагітні із ожирінням II ступеня та 3 підгрупа – 26 вагітних із ожирінням III ступеня. Для апробації і впровадження програми допологової фізичної реабілітації у комплексне лікування, вагітні основної групи були розподілені на дві групи – експериментальну (45 жінок) та групу порівняння (45 жінок). Обстежені жінки, були переважно у віці з 25 до 35 років, який є найбільш сприятливим для народження дитини.

Дослідження проводилися у 3 етапи з 2008 до 2011 року.

На **першому етапі** (2008–2009 рр.) був присвячений детальному аналізу сучасної літератури вітчизняних та закордонних авторів, що дозволило скласти загальне уявлення про стан проблеми, визначити мету, завдання і методи дослідження, узагальнити принципи побудови програми допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних з ожирінням. Було визначено терміни дослідження вагітних, обрано контингент основної та контрольної груп. Відповідно поставленій меті та завданням для отримання вихідних показників було обрано адекватні клінічні та експериментальні методи оцінки функціонального стану вагітних за наявності ожиріння.

На **другому етапі** (2009–2010 рр.) проведено основні функціональні дослідження. Отримано матеріали, які дозволили об'єктивно оцінити функціональний стан вегетативної нервової та дихальної систем, толерантності до фізичного харчування, аналіз стану фактичного харчування та психоемоційного напруження у вагітних з різним ступенем ожиріння напередодні пологів. На основі тестувань складено реабілітаційний прогноз, сплановано реабілітаційні дії, розроблено програму допологової фізичної реабілітації при комплексному лікуванні вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням в умовах стаціонару. Проведено первинну обробку результатів досліджень.

На **третьому етапі** (2010–2011 рр.) було здійснено ґрунтовний аналіз результатів дослідження, визначено ефективність розробленої програми допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних із ожирінням в умовах

стаціонару за допомогою статистичної обробки наукових даних, та порівняння вихідних і кінцевих показників функціонального стану обстежуваних груп, їх аналізу та інтерпретації. На цьому ж етапі, були сформульовані загальні висновки і практичні рекомендації, оформлено текст дисертації та викладено основні результати дослідження на наукових конференціях.

У третьому розділі дисертації «**Вивчення функціонального стану вагітних із ожирінням**» наведені результати другого етапу дослідження, на якому проведені опитування й анкетування, фізіологічні методи, що забезпечило здійснення аналізу стану об'єкта дослідження. Аналіз результатів анамнезу показав, що переважна кількість вагітних основної групи та контрольної групи займалися розумовою працею 57,8 % та 65 % відповідно. Більша частина як серед жінок основної, так і контрольної груп, мали в анамнезі перенесені дитячі інфекції та вірусні захворювання, хронічні джерела інфекції, спостерігались захворювання шлунково-кишкового тракту та захворювання серцево-судинної системи, переважна кількість яких репрезентована вегето-судинною дистонією та гіпертонічною хворобою.

Значний відсоток жінок з ожирінням 38,9 % становлять вагітні з порушенням менструального циклу. Переважними серед запальних захворювань статевих шляхів були ерозії шийки матки, хронічні сальпінгіти, безпліддя та полікістоз яєчників. Серед обстежених основної групи перша вагітність була у 42,2 % жінок, повторна вагітність – 57,8 % жінок.

При вивченні вегетативної системи у вагітних основної групи з різними ступенями ожиріння переважав симпатикотонічний вихідний вегетативний тонус. Зростання кількості гіперсимпатикотонічних та асимпатикотонічних варіантів вегетативної реактивності було характерне при збільшенні ступеня ожиріння. У вагітних основної групи зафіксовано надмірну активність центрального контуру регуляції серцевого ритму та зниження автономності синусового вузла.

Можна припустити, що ожиріння у вагітних провокує активізацію симпатичної ланки вегетативної нервової системи та напружену регуляцію ритму серця.

При вивченні толерантності до фізичного навантаження встановлено, що вагітні з ожирінням I ступеня за 6-ть хвилин змогли подолати відстань 442 м, вагітні з II ступенем ожиріння – 375 м, з III ступенем – 234 м, це свідчить про те, що чим менший ступінь ожиріння, тим вище гемодинамічне забезпечення. Залежно від результатів подоланої відстані, вагітні були розподілені на класи ходьби.

За результатами тесту 6-ти хвилинної ходьби у вагітних з ожирінням залежно від класу ходьби, встановлено, що до III класу ходьби увійшли всі жінки з III ступенем ожиріння. Це з'ясувалося при аналізі гемодинамічних параметрів: коли навіть ще до навантаження частота серцевих скорочень ($ЧСС_1$) становила 94,1 ударів за хвилину, що перевищувало цей показник у хворих I та II класами ходьби.

Таким чином, було виявлено зниження економічності функціонування серця та знижену адаптацію до фізичних навантажень порівняно із вагітними контрольної групи, що зумовлює необхідність підвищення адаптаційних можливостей вагітних основної групи перед пологами з більш активним використанням засобів фізичної реабілітації.

Дані дослідження життєвої ємності легенів у вагітних із ожирінням суттєво не змінювалися, хоча із-за високого рівня розташування діафрагми, підвищення

внутрішньочеревного тиску, структурно-фізіологічних змін м'язів передньої черевної стінки відбувалася перебудова структури загальної ємності легень, що створювало передумови для перерозподілу регіонарних об'ємів вентиляції зміни яких зростали із збільшенням ступеню ожиріння (табл. 1).

Таблиця 1

Показники об'ємів вентиляції у обстежених вагітних

Показники	Значення показників							
	основна група (n=90)						контрольна група (n=20)	
	1 підгрупа (n=30)		2 підгрупа (n=34)		3 підгрупа (n=26)			
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
ЖЄЛ, л	3,66	0,09	3,66	0,14	3,92	0,19	3,79	0,09
ЖЄЛ, %	99,6	2,3	99,1	4,0	106,5	2,4	99,8	2,7
РО вид., л	0,49***	0,06	0,49***	0,09	0,27*	0,03	0,80	0,13
РО вид., %	38,9***	5,4	38,9***	7,8	21,1*	2,2	60,7	9,7
РО вдих., л	2,36	0,11	2,31	0,17	2,55*	0,19	2,21	0,17
ХОД, л/хв.	11,5	0,8	12,4	0,7	15,1	1,2	12,2	0,8
ЧД, дих./хв.	14,9	0,9	15,07	0,63	14,3	0,5	15,8	0,8
ДО, л	0,80**	0,05	0,84**	0,05	1,08*	0,11	0,78	0,04

Примітки:

*- різниця статистично достовірна в порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$).

** - різниця статистично достовірна в порівнянні з третьою підгрупою ($p < 0,05$).

ЖЄЛ – життєва ємність легенів, л, %;

РО вид. – резервний об'єм видиху л, %;

РО вдих. – резервний об'єм вдиху, л;

ХОД – хвилинний об'єм дихання, л/хв;

ЧД – частота дихання, дих./хв;

ДО – дихальний об'єм видиху, л;

Дані зміни у вагітних при ожирінні 1 та 2 підгрупи полягали у зменшенні резервного об'єму видиху майже вдвічі порівняно із здоровими вагітними. У вагітних із ожирінням III ступеня - 3 підгрупа зміни були більш вираженими – достовірно збільшені показники резервного об'єму вдиху та дихального об'єму, резервний об'єм видиху зменшувався втричі, що вказувало на порушення прохідності дрібних бронхів.

При вивченні психоемоційного статусу встановлено (табл. 2), що у вагітних з ожирінням має місце зниження показників індексу стресостійкості у порівнянні із контрольною групою, що проявляється високим рівнем тривоги та низьким рівнем щодо функціональних можливостей психологічної адаптації.

Показники розподілу вагітних із ожирінням за рівнем стресостійкості

Показники	Значення показників							
	1 підгрупа (n=30)		2 підгрупа (n=34)		3 підгрупа (n=26)		контрольна група (n=20)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Високий	6	20,0	4*	11,8	4*	15,4	9*	45,0
Помірний	14	46,6	15*	44,1	12**	46,2	8	40,0
Низький	10	33,4	15*	44,1	10	38,4	3	15,0

Примітки:

* – різниця статистично достовірна відносно 1 підгрупи.

** – різниця статистично достовірна відносно 2 підгрупи.

При аналізі вивчення стану фактичного харчування слід відмітити значний дефіцит вживання білків у середньому на 40 %, значне перевищення споживання жирів – на 30 % та вуглеводів – на 25 %. Зазначені вище тенденції сприяють підвищенню ваги тіла вагітної і призводять до розвитку ускладнень перебігу пологів та народження дітей з надмірною вагою.

Виявлені зміни функціональних систем у вагітних з ожирінням, дозволили визначити засоби фізичної реабілітації для ефективного проведення реабілітаційного процесу. Представлена програма буде принципово новою у сфері фізичної реабілітації в акушерстві яка проводитиметься в умовах стаціонару.

Четвертий розділ дисертації «**Програма допологової фізичної реабілітації при комплексному лікуванні вагітних із ожирінням**» присвячений теоретичному обґрунтуванню й розробці програми допологової фізичної реабілітації вагітних із ожирінням. Вона містить детальний опис всіх методів, які використовувалися під час підготовки і відображені у блок-схемі (рис. 1).

Підґрунтям для розробки програми допологової фізичної реабілітації вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням стали результати аналізу науково-методичної літератури, контент-аналізу історій пологів з метою визначення наявності ожиріння та для написання підрозділу клінічної характеристики, клінічні методи (тестування) для вивчення толерантності до фізичного навантаження, визначення фактичного харчування, психологічного статусу, інструментальні методи досліджень для вивчення функціональних систем.

Допологова програма фізичної реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику, комплекси лікувальної гімнастики в залежності від ступеня ожиріння, а також адекватності на фізичне навантаження і вміщувала у заключній частині дихальну гімнастику та аутогенне тренування, проводились у музикальному супроводі, а також дозовану лікувальну ходьбу, прогулянки, збалансоване харчування.

Як показали дослідження, провідне місце в програмі допологової фізичної реабілітації вагітних із ожирінням належить комплексам лікувальної фізичної культури і дихальній гімнастиці в залежності від ступеню ожиріння, а також збалансоване харчування. Програма починалася з 37 тижня вагітності і тривала до

ПРОГРАМА ДОПОЛОГОВОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ		
ЗАВДАННЯ:		
<ul style="list-style-type: none"> - поліпшити діяльність серцево-судинної і дихальної систем та плідно-плацентарного кровообігу; - зміцнити м'язи тазового дна і промежини; зменшити напругу на м'язи спини та ніг; <li style="padding-left: 40px;">- покращити процеси крово - і лімфообігу; - тренування режимів дихання і потуг; закріплення навичок розслаблення м'язів; - виконання фізичних вправ з напругою одних м'язових груп і одночасним розслабленням інших; - покращити психоемоційний стан вагітної; дотримуватися режиму харчування. 		
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ:		
I ступінь ожиріння	II ступінь ожиріння	III ступінь ожиріння
Ранкова гігієнічна гімнастика		
Комплекси лікувальної гімнастики з дихальною гімнастикою та аутогенним тренуванням		
Лікувальна дозована ходьба: 500-900м (перші 3 заняття), темп 70-80кр./хв. Потім до 1500м-90кр./хв.	Лікувальна дозована ходьба: 400-800м (перші 3 заняття), темп 60-75кр./хв. Потім до 1200м-80кр./хв.	Лікувальна дозована ходьба: 300-700м (перші 3 заняття), темп 50-60кр./хв. Потім до 1000м-70кр./хв.
Прогулянки: дистанція 1500м	Прогулянки: дистанція 1000м	Прогулянки: дистанція 500м
Збалансоване харчування: (5 разів на добу)	Збалансоване харчування: (5 разів на добу та один розвантажувальний день)	Збалансоване харчування: (5 разів на добу та два розвантажувальних дні)

Рис.1. Блок-схема програми допологової фізичної реабілітації вагітних із ожирінням на стаціонарному лікуванні

пологів. Основою фізичної реабілітації вагітних з ожирінням на стаціонарному етапі являвся режим, який включав режим відпочинку та фізичних навантажень.

При призначенні форм рухової активності ми брали до уваги загальні протипоказання. Фізичне навантаження та зміст занять яке ми пропонували поєднували з відпочинком на протязі дня.

Враховуючи, що негативний вплив ожиріння на організм матері і плода викликає гіпоксію, головною метою було збільшення оксигенації організму вагітних шляхом стимуляції легеневої вентиляції, тренування дихальних м'язів. Цикл фізичних вправ був спрямований на підвищення рівня фізичної працездатності, вправи сприяли посиленню діяльності функціональних систем і органів вагітних та позитивно вплинули на психоемоційну сферу жінки. Це у значній мірі забезпечувало нормальний перебіг і закінчення вагітності і було одним із засобів профілактики ускладнень пологів.

Ранкову гігієнічну гімнастику виконували щодня протягом 10-15 хвилин. Основною формою лікувального рухового режиму було заняття з лікувальної гімнастики. Для його проведення нами були сформовані однорідні групи по 3-5 жінок. Групові заняття проводили в першій половині дня через годину після другого сніданку. Беручи до уваги що більшість тематичних жінок були фізично не підготовлені, під час проведення фізичних вправ дотримувались наступних методичних вказівок:

- вправи виконувалися з послідовним переходом від легких до більш складних;
- навантаження збільшували послідовно;
- повтори вправ виконували в залежності від реакції на фізичне навантаження (за тестом 6-ти хвилинної ходьби);
- обирались вправи з урахуванням фізіологічних особливостей організму вагітних у третьому триместрі;
- використовували вправи не складні, які не потребують значних зусиль;
- вправи мали переважно аеробний характер;
- використовували вправи на зміцнення м'язів тазового дна та черевного пресу, а також вправи на підвищення еластичності м'язів та зв'язок нижніх кінцівок, спини;
- виконували вправи на корекцію постави;
- кожне заняття проводилося у музикальному супроводі;
- вихідні положення використовували сидячи, лежачи на спині та стоячи;
- виконували вправи з елементами фітболаеробіки;
- обмежували вправи з підйомом рук угору;
- активно використовували дихальні вправи статичного та динамічного руху;
- не використовували вправи пов'язані з різкими поворотами.

Кожне заняття лікувальної гімнастики мало вступну, основну та заключну частини та тривало від 45 до 60 хвилин.

Лікувальну дозовану ходьбу та прогулянки виконували кожного дня, як засіб поступової тонізації організму. Довжина дистанції і темп ходьби призначалися залежно від ступеню ожиріння.

Рекомендований режим харчування передбачав 5 разовий прийом їжі: 3 основних прийоми їжі та два додаткові 2-й сніданок і полуденок. У вагітних з II

ступенем ожиріння додатково до раціону було введено один розвантажувальний день кисломолочний або овочево-фруктовий, а при III ступені ожиріння було введено дворазовий розвантажувальний день на початку та у середині тижня. Калорійність харчового раціону зменшували за рахунок жирів та вуглеводів. Всі представлені засоби фізичної реабілітації використовувалися комплексно з урахуванням їх взаємного впливу. Загальна тривалість запропонованої програми склала 21 день.

У п'ятому розділі дисертації «**Ефективність розробленої програми допологової фізичної реабілітації у вагітних із ожирінням**» представлені результати педагогічного експерименту – порівняльний аналіз оцінки ефективності запропонованої нами програми допологової фізичної реабілітації (експериментальна група) і загальної програмою підготовки до пологів за методикою лікувального закладу акушерського відділення патології вагітності та пологів (група порівняння).

У результаті анкетування, тестування й педагогічного експерименту з використанням інструментальних методів дослідження встановлена перевага проведених нами комплексних реабілітаційних заходів із застосуванням лікувальної фізичної культури, збалансованого харчування і психотерапії в залежності від ступеню ожиріння та адекватності на фізичне навантаження.

При вивченні стану плода середнє значення серцевих скорочень у всіх групах було в межах загальноприйнятої норми і не мало достовірної різниці. Базальна частота серцевих скорочень не залежала від наявності ожиріння та певного ступеня ожиріння. При аналізі амплітуди миттєвих осциляцій відмічена достовірна різниця убік покращення цього показника у експериментальній групі порівняно з контрольною групою на 7,6 %, а відносно до групи порівняння вища на 14 %, що підтверджує ефективність допологової програми фізичної реабілітації.

Показник частоти осциляцій достовірно не змінився. Достовірно збільшилась й кількість та амплітуда акцелерацій у вагітних експериментальної групи відповідно до групи порівняння на 27 % та 33,1 % відповідно.

Кількість децелерацій достовірно зменшилась у експериментальній групі відповідно до групи порівняння на 30 %. За основними показниками кардіотокографії відмічається значне покращення стану плода після проведеної допологової програми фізичної реабілітації.

Так, дані інструментальних досліджень показали, що проводячи порівняння параметрів регіонарних об'ємів вентиляції у експериментальній групі спостерігалось зменшення частоти дихання порівняно з початком реабілітації на 23,9 %. Відмічено покращення параметрів функцій зовнішнього дихання – зростання резервного об'єму видиху та зменшення частоти дихання.

Отримані показники обумовлюють найкращу функціональну підготовку вагітних експериментальної групи безпосередньо до етапу потужного періоду пологів.

Порівнюючи результати вегетативної реактивності в експериментальній групі та у групі порівняння слід зазначити позитивний вплив розробленої програми допологової фізичної реабілітації щодо показника нормальної вегетативної реактивності який збільшився на 13,3 % (табл. 3).

Таблиця 3

Показники варіабельності ритму серця обстежених до та після реабілітації

Показники	Значення показників							
	експериментальна група (n=45)				група порівняння (n=45)			
	до реабілітації		після реабілітації		до реабілітації		після реабілітації	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
МО, с	0,59	0,09	0,72*	0,01	0,68	0,01	0,74**	0,02
АМО, %	23,2	0,7	18,5	1,1	18,6	1,6	19,6	0,8
ΔX , с	0,086	0,003	0,132*	0,003	0,114	0,01	0,113	0,004
ІН, ум. од.	188,0	11,2	99,7*	7,4	162,6	34,7	118,5	4,9
ВР, ум. од.	1,3	0,1	1,4	0,2	1,6	0,1	1,6	0,2
ВПР, %	7,4	0,6	10,4	0,8	10,8	0,8	9,5	0,8
ПАПР, %	18,1	1,4	26,1	1,4	23,1	1,8	21,4	1,4

Примітки:

* - достовірна різниця в експериментальній групі після реабілітації $p < 0,05$.

** - достовірна різниця в групі порівняння після реабілітації $p < 0,05$.

МО – миттєві осциляції, с;

АМО – амплітуда миттєвих осциляцій, %;

ΔX - діапазон коливань значень кардіоінтервалів, с;

ІН – індекс напруження, ум.од.;

ВР – вегетативна реактивність, ум.од.;

ВПР – вегетативний показник ритму, %;

ПАПР - показник адекватності процесів регуляції, %.

Позитивною дією впровадженої програми також є зменшення кількості вагітних з гіперсимпатикотонічною та асимпатикотонічною вегетативною реактивністю відповідно на 11,2 % та 6,6 %. За отриманими даними у вагітних експериментальної групи після проведення розробленої програми допологової фізичної реабілітації відмічено статистично достовірне збільшення показника миттєвих осциляцій на 22,0 % ($p < 0,05$) який характеризує гуморальний канал регуляції та недостовірне зменшення амплітуди миттєвих осциляцій ($p > 0,05$) який відображає стан симпатичної вегетативної нервової системи. При цьому спостерігалось достовірне зростання активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи за збільшенням на 53,5 % за показником діапазону коливань значень кардіоінтервалів - ΔX ($p > 0,05$). Індекс напруження у вагітних експериментальної групи після реабілітації був достовірно зниженим на 46,9 % ($p < 0,05$), що свідчило про зниження активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи та центрального контуру регуляції серцевого ритму.

У експериментальній групі не виявлено достовірної різниці показників адекватності процесів регуляції та вегетативного показника ритму ($p > 0,05$). При виконанні загальної програми підготовки вагітними групи порівняння мало місце лише статистично значиме зростання показника миттєвих осциляцій, який свідчить про активність симпатичної нервової системи. У вагітних групи порівняння не було відмічено достовірних змін інших показників вегетативної системи після проведення загальної програми підготовки.

Щодо аналізу оцінки стану фізичних можливостей, то у вагітних експериментальної групи відбулося значиме зменшення показників частоти серцевих скорочень та подвійного добутку, що свідчить про покращення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. При цьому стандартна реабілітаційна програма відділення не мала суттєвого впливу на підвищення економічності роботи серця. Істотним моментом аналізу дослідження толерантності до фізичного навантаження у вагітних експериментальної групи був приріст подоланої дистанції на 45,7 м (рис. 2).

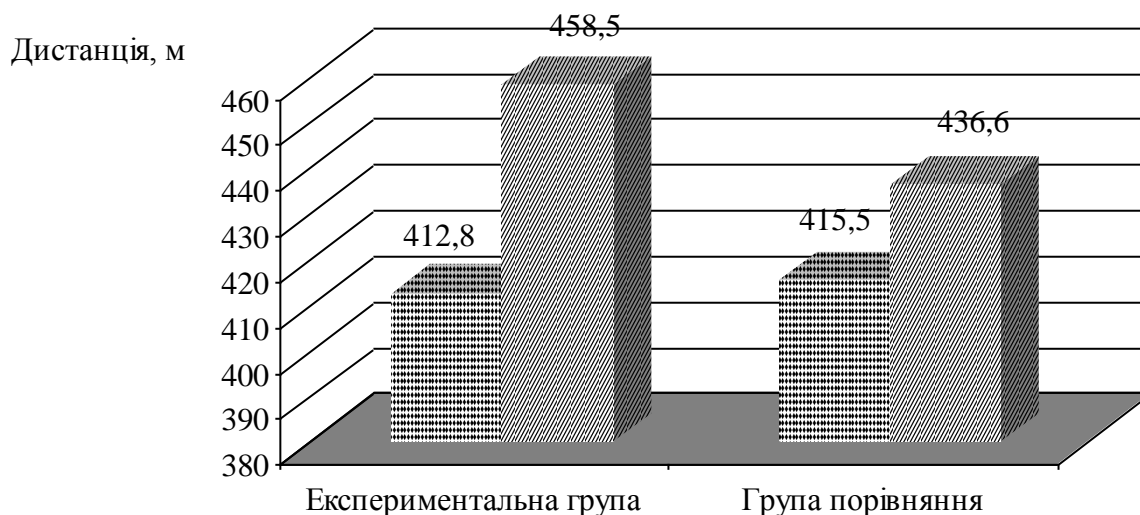


Рис. 2. Дистанція, подолана вагітними при виконанні тесту шести хвилинної ходьби:

- - до реабілітації;
- ▣ - після реабілітації.

Аналіз клінічних спостережень доводить зниження кількості ускладнень перебігу вагітності у третьому триместрі у експериментальній групі. Так, анемія знизилася – у 1,6 разів, дистрес плода – у 1,8 разу, набряки вагітних у – 2,5 рази.

Щодо показників ускладнення пологів, то дистрес плода у вагітних експериментальної групи знизився – у 2,5 рази, травми пологових шляхів – у 1,4 рази, ускладнені пологи зменшилися у 1,2 рази, зменшилася кількість кесаревого розтину, так кожні треті пологи закінчувалися цією операцією на відміну від групи порівняння, де кожна друга жінка народжувала шляхом операції. Фізіологічні пологи у експериментальній групі підвищилися у 3 рази.

Релаксація у поєднанні з ритмічним диханням, та музикотерапія дозволили зняти нервову напругу перед пологами, сприяли гарному сну і спокою. Кількість

вагітних з високим рівнем стресостійкості була вищою у експериментальній групі, що підтверджує достатній рівень адаптації жінки до процесу пологів. Збалансоване харчування сприяло зменшенню ваги тіла у вагітних, що в свою чергу позитивно вплинуло на перебіг пологів і призвело до зменшення травм м'яких тканин пологового каналу.

Запропонована програма сприятливо позначилася на масі немовлят. Жінки експериментальної групи мали лише 20 % немовлят із зайвою вагою, а цей показник був значно вищий – майже на 15 % – у жінок групи порівняння. Припускаємо, що основними етіологічними факторами у жінок групи порівняння, які призвели до народження немовлят із надмірною вагою, були нераціональне харчування під час вагітності та гіподинамія. Вагітність у всіх обстежених жінок закінчилася народженням дитини.

Усього народилося 111 дітей з них 57 хлопчиків та 54 дівчинки. Аналізуючи оцінку народжених дітей за шкалою Апгар встановлено, що більшість дітей, які народилися від жінок експериментальної групи, що займалися за розробленою програмою допологової фізичної реабілітації, мали середню (7-8 балів – 44,4 % дітей) та високу оцінки (8-9 балів – 44,4 % дітей).

В групі порівняння оцінка новонароджених за шкалою Апгар була меншою. Так, 8,7 % новонароджених мали 5–6 балів. Ці діти народилися шляхом операції кесаревого розтину, мали ознаки дистресу плоду. Крім того, у жінок групи порівняння середня та висока оцінки були нижчими у середньому на 11,8 % порівняно з експериментальною групою.

Таким чином, застосування програми допологової фізичної реабілітації дозволило найбільш раціонально підійти до рішення проблеми реабілітації вагітних з ожирінням в стаціонарних умовах.

У шостому розділі дисертації **«Аналіз і узагальнення результатів досліджень»** представлена повнота рішення поставлених завдань. У процесі досліджень були отримані дані, які: підтверджують вже існуючу думку; доповнюють вже наявні розробки; отримано вперше; дістали подальший розвиток.

Підтверджено результати досліджень (Ф.М. Абдурахманова, 2006; В.І. Брутмана, 2002; Н.І. Тофан, 2004), що психоемоційний стан впливає на перебіг та закінчення вагітності. Авторські дослідження підтверджують думку вчених (Е.А. Карлової, 2006; І.М. Меленої, 2008, В.М. Астахова, 2010), що в етіології та патогенезі аліментарно-конституційної форми ожиріння лежить незбалансоване харчування та гіподинамія.

Рядом авторів (S. Deane, 2006; С. Lovelady, 2000) підтверджено висновки, які стосуються стану системи дихання під час вагітності, а саме збільшення частоти дихання, та зменшення загальної життєвої ємності легенів.

Порівнюючи авторські дані з даними інших дослідників (С.В. Хлибова, 2007), можна стверджувати, що у вагітних відбувається зниження варіабельності серцевого ритму, що вказує на підвищення активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Автором істотно доповнені дані (Н.І. Луценко, 2000), які стосуються поєднаного впровадження засобів збалансованого раціонального харчування та

дозованих фізичних навантажень у вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням з метою зменшення маси тіла та активації загального обміну речовин.

Доповнені дані (В. Фонтем, 2000; О.А. Владимиров, 2004; М.Ф. Грищенко, 2002), щодо активного впровадження засобів фізичної реабілітації під час вагітності з метою покращення адаптаційних можливостей і профілактики перинатальних і материнських ускладнень.

Новими даними є:

- вперше вивчена толерантність до фізичного навантаження у вагітних з аліментарно-конституційною формою ожиріння напередодні пологів;
- вперше науково – обґрунтована, розроблена і впроваджена програма допологової фізичної реабілітації для вагітних з ожирінням в умовах стаціонару в залежності від ступеня ожиріння, яка спрямована на зниження частоти ускладнень перебігу вагітності та пологів у даного контингенту вагітних.

Отримали подальший розвиток нові підходи до реабілітації вагітних в умовах стаціонару та вивчення віддалених результатів щодо фізичного стану матері та дитини протягом року після пологів.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз спеціальних науково-методичних джерел та проведені особисті дослідження свідчать про те, що фізична реабілітація вагітних є невід'ємною складовою комплексного процесу лікування та підготовки до пологів у спеціалізованих медичних закладах акушерської допомоги. Незважаючи на повні досягнення в цій галузі багато важливих питань залишається не вирішеними. Відсутні дослідження з вивчення адекватності організму вагітної та її плода на фізичне навантаження в залежності від ступеню ожиріння. В доступній літературі не знайшли відображення і до цього часу не розроблено патогенетичного обґрунтованих програм фізичної реабілітації вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням. Тому даний науковий напрямок є принципово новим і надзвичайно актуальним.

2. Виявлено, що у вагітних із різним ступенем ожиріння мають місце порушення показників зовнішнього дихання, за відсутності суттєвих змін життєвої ємкості легень, який у середньому дорівнював $\bar{x} = 3,74$; $S = 0,14$ л, спостерігався перерозподіл регіонарних об'ємів вентиляції, зміни яких зростали зі збільшенням ступеня ожиріння. Не було відзначено змін частоти дихання і показників хвилинного об'єму дихання у перших двох підгрупах, але зафіксовано збільшення показника хвилинного об'єму дихання у вагітних 3 підгрупи на 23,8 %. Показники легеневої вентиляції кривої «потік – об'єм» у вагітних із ожирінням усіх трьох ступенів залишалися сталими. Відмічалися зміни вегетативної системи: як правило, переважав симпатикотонічний вихідний вегетативний тонус. Залежно від збільшення ступеня ожиріння, збільшувалася кількість гіперсимпатикотонічних і асимпатикотонічних варіантів вегетативної реактивності: у вагітних третьої підгрупи гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність становила 46,2 %.

3. На основі даних 6-ти хвилинного тесту, встановлено, що показники пройденої дистанції у вагітних 1 підгрупи дорівнювали $\bar{x} = 442,0$; $S = 13,1$ м, у 2

підгрупі – $\bar{x} = 375,4$; $S = 9,2$ м, у 3 підгрупі – $\bar{x} = 234,4$; $S = 12,7$ м, що свідчить про залежність ступеня ожиріння від гемодинамічного забезпечення.

У здорових вагітних показники дистанції становили $\bar{x} = 505,6$; $S = 9,7$ м проти $\bar{x} = 356,9$; $S = 12,5$ м у вагітних із ожирінням ($p < 0,05$). Найчисельнішою 45,6 % була група жінок яких віднесено до II класу ходьби. Адекватний тип реакції на фізичне навантаження мали – 45,5 % вагітних, а неадекватну – 55,5 % вагітних. Виявлене зниження економічності роботи серця та недостатня адаптація до фізичних навантажень зумовлює до необхідності більш активного використання засобів фізичної реабілітації перед пологами.

4. Визначено, що при аліментарно-конституційній формі ожиріння притаманне значне підвищення апетиту у всіх підгрупах вагітних відповідно у 40,0 %, 44,1 % та 53,8 % жінок першої, другої та третьої підгруп. Середня добова кількість білка була недостатньою – 41,3 %, визначено також значне перевищення споживання жирів на 33,2 % та вуглеводів на 24,8 %; що сприяло набору зайвої маси переважно за рахунок легкозасвоюваних вуглеводів. Аналіз вивчення стану харчування підтвердив аліментарний шлях ожиріння у тематичних жінок, саме тому до програми допологової фізичної реабілітації було включено збалансоване харчування.

5. Розроблена програма допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних з ожирінням в умовах стаціонару, крім збалансованого харчування включала: ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику при різному ступені ожиріння, аутотренінг, музикотерапію, дихальну гімнастику, лікувальну дозовану ходьбу, прогулянки.

6. Доведено, що у 35,6 % жінок після проведення програми допологової фізичної реабілітації переважала нормальна вегетативна реактивність, а у групі порівняння вона була вдвічі меншою. При аналізі дослідження толерантності до фізичного навантаження у вагітних експериментальної групи істотним був приріст подоланої дистанції, який збільшився на 11 %, на відміну від групи порівняння. За основними показниками кардіотокографії відзначалося значне покращання стану плода після виконання запропонованої програми. Раціон низькокалорійного харчування передбачав споживання білків не більше 120 г/добу, води до 0,8–1 л та солі до 4–5 г на добу, що сприяло зменшенню набряків у вагітних і в цілому поліпшувало діяльність серцево-судинної системи. Різниця у зменшенні маси у вагітних з I ступенем ожиріння становила як мінімум 3,2 кг, у вагітних з II ступенем ожиріння – 4,1 кг, у вагітних з III ступенем ожиріння – 5,3 кг. Травми м'яких тканин пологового каналу зменшилися у 1,7 раз. Високий індекс стресостійкості відзначено у 30 % вагітних експериментальної групи, тривожність перед пологами в обстежених експериментальної групи була найнижчою, відповідно до групи порівняння.

7. Встановлено, що ступінь ожиріння не впливає на частоту виникнення загрози передчасних пологів, однак при ожирінні III ступеня ускладнення спостерігаються частіше саме перед пологами, ніж у вагітних з I ступенем ожиріння. Відзначено зниження кількості ускладнень перебігу вагітності у жінок експериментальної групи, порівняно з групою порівняння. Так, дистрес плода у вагітних експериментальної групи змінився у бік покращення – у 2,5 рази, травма

пологових шляхів зменшилася – у 1,4 рази, ускладнені пологи зменшилися – у 1,2 рази, кесарів розтин відбувся – у 2,2 рази рідше. У жінок експериментальної групи лише кожні треті пологи закінчувалися цією операцією на відміну від групи порівняння, де кожна друга жінка народжувала шляхом операції кесаревого розтину.

8. Висока ефективність розробленої програми допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних з ожирінням в умовах стаціонару, дає підставу рекомендувати її до широкого впровадження в практику з метою зниження материнської та перинатальної патології при аліментарно-конституційні форми ожиріння.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Коваленко Т. М. Реабілітація жінок з ожирінням під час вагітності із застосуванням немедикаментозних заходів / Т. М. Коваленко, І. А. Жабченко, Ю. О. Лянной // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2009. – №2–3. – С. 205–209. *Особистий внесок дисертанта полягає у плануванні роботи, проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів, формулюванні висновків.*

2. Коваленко Т. М. Толерантності до фізичного навантаження у вагітних з ожирінням / Т. М. Коваленко // Теорія і методика фізичного виховання. – 2010. – №4. – С. 44–48.

3. Коваленко Т. М. Вегетативний баланс та стан адаптаційних можливостей серцево-судинної системи у вагітних із ожирінням при розробці профілактично-реабілітаційного комплексу / Т. М. Коваленко // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць в галузі фізичної культури та спорту. – Львів, 2010. – №14. – Т. 3. – С. 90–94.

4. Коваленко Т. М. Програма комплексної реабілітації вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі / Т. М. Коваленко, І. А. Жабченко, Ю. О. Лянной // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту / за ред. С. С. Єрмакова. – 2011. – №3. – С. 79–83. *Особистий внесок дисертанта полягає у плануванні роботи, проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів, формулюванні висновків.*

5. Коваленко Т. М. Рівень стресостійкості у вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі під час проведення фізичної реабілітації / Т. М. Коваленко // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць в галузі фізичної культури та спорту. – Львів, 2011. – №15. – Т. 3. – С. 143–148.

Опубліковані роботи апробаційного характеру

6. Коваленко Т. М. Підготовка вагітних з ожирінням до пологів засобами фізіопсихологічної реабілітації / Т. М. Коваленко, М. В. Похитун // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених «Медична наука: сучасні досягнення та інновації». – Харків, 2007. – С. 36–37. *Особистий внесок дисертанта полягає у плануванні роботи, проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів, формулюванні висновків.*

7. Коваленко Т. М. Реабілітація в профілактиці акушерських ускладнень у жінок з ожирінням / Т. М. Коваленко, І. А. Жабченко // Медичний форум-2009, м. Київ, 26–29 травня 2009 р.– С. 49–50. *Особистий внесок дисертанта полягає у плануванні роботи, проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів, формулюванні висновків.*

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

8. Коваленко Т. М. Характеристика фактичного харчування вагітних жінок з ожирінням / Т. М. Коваленко, Ю. В. Невишна // Проблеми харчування. – 2009.–№1 – (20). – С. 22–25. *Особистий внесок дисертанта полягає в аналізі впливу збалансованого харчування на прогресування аліментарно-конституційного ожиріння під час вагітності.*

9. Коваленко Т. М. Особливості функції зовнішнього дихання у вагітних з ожирінням / Т. М. Коваленко // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010.–№1. – С. 55–60.

10. Коваленко Т. М. Фізична реабілітація в профілактиці акушерських ускладнень у жінок з аліментарно-конституційним ожирінням / Т. М. Коваленко, Ю. О. Лянной // Матеріали XI Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнародною участю «Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України». – Суми: Сум.ДПУ, 2011. Т. 1. – С. 255–259. *Особистий внесок дисертанта полягає в обґрунтуванні теми й актуальності дослідження, розробці програми фізичної реабілітації, аналізі результатів, формулюванні висновків.*

11. Патент UA 47946, МПК А61К 31/00. Спосіб реабілітації вагітних жінок з ожирінням на етапі підготовки до пологів. / Т.М. Коваленко, І.А. Жабченко, Ю.В. Невишна (UA). – №200910400; заявл. 14.10.2009; опубл. 25.02.2010, Бюл. №4. *Особистий внесок дисертанта полягає в обґрунтуванні теми й актуальності дослідження, розробці програми фізичної реабілітації, аналізі результатів, формулюванні висновків.*

АНОТАЦІЇ

Коваленко Т. М. Фізична реабілітація при комплексному лікуванні вагітних з ожирінням. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – Фізична реабілітація. – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2012.

У дисертаційній роботі висвітлено й науково обґрунтовано програму допологової фізичної реабілітації для вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням, спрямовану на загальне зміцнення здоров'я, поліпшення функціонального стану дихальної та серцево-судинної системи, підвищення та адаптації до фізичного навантаження, поліпшення психоемоційного стану жінок перед пологами. Вперше визначено особливості вмісту і спрямованості програми допологової фізичної реабілітації для вагітних із аліментарно-конституційним

ожирінням на стаціонарному етапі лікування з урахуванням індивідуальних особливостей контингенту жінок, наявності ожиріння різного ступеню та супутніх акушерських ускладнень.

Ключові слова: фізична реабілітація, аліментарно-конституційне ожиріння, вагітні.

Коваленко Т.Н. Физическая реабилитация при комплексном лечении беременных с ожирением. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – Физическая реабилитация. – Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев, 2012.

Диссертация посвящена вопросам реабилитации беременных с алиментарно-конституционным ожирением на этапе подготовки к родам в условиях стационара. В ходе работы установлено, что у беременных с разной степенью ожирения преобладает симпатикотонический вегетативный тонус при I ст. ожирения – 46,7 % женщин, II ст. – 41,2 % женщин, III ст. – 57,7 % женщин. Увеличение количества гиперсимпатикотонических вариантов вегетативной реактивности характерно при увеличении степени ожирения. У беременных основной группы отмечается повышенная активность центрального контура регуляции сердечного ритма. Допускаем, что у беременных с ожирением отмечается перенапряжение адаптационно-приспособительных механизмов вегетативной нервной системы.

Отмечается перераспределение регионарных объемов вентиляции, изменения которых отмечается с увеличением степени ожирения. Изучение толерантности к физической нагрузке показывает, что чем меньше степень ожирения, тем выше гемодинамическое обеспечение. Анализ состояния фактического питания, подтверждает алиментарный путь возникновения заболевания, а показатели психоэмоциональной системы проявляются высоким уровнем тревоги и низким уровнем адаптации.

Реабилитационные мероприятия, проводимые беременным, были направлены в первую очередь на снижение частоты осложнений в родах и антенатальную охрану внутриутробного плода, а также на общее укрепление здоровья; улучшение функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой системы; адаптации беременной к физической нагрузке; улучшение психоэмоционального состояния. Основными отличиями в предложенной нами программы от стандартных имеющихся программ в том, что соблюден дифференцированный подход к реабилитации беременных, программа предусматривает и учитывает степень ожирения, адекватность на физическую нагрузку, средства и методы направлены как на укрепление и адаптацию к нагрузке в родах так и на улучшение общего состояния матери и плода, а также направлены на профилактику осложнений течения родов и улучшение психоэмоционального состояния перед родами.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности программы дородовой физической реабилитации для беременных с ожирением, которая предусматривает выполнение в стационаре.

Ключевые слова: физическая реабилитация, алиментарно-конституционное ожирение, беременные.

Kovalenko T.M. Physical rehabilitation for obese pregnant woman. – Manuscript.

Dissertation on the receipt of scientific degree of candidate of sciences from physical education and sport after specialty 24.00.03 is the Physical rehabilitation. it is the National university of physical education and sport of Ukraine, Kyiv, 2012.

In dissertation work it is reflected and scientifically grounded program of predelivery physical rehabilitation for pregnant from alimentary-constitutional type of obesity, directed on the general strengthening of health, improvement of the functional state of the respiratory and cardio-vascular system, increase of adaptation, to the improvement physical and psychoemotional state of women before births.

The features of content and orientation of the program of predelivery physical rehabilitation the first certain for pregnant with alimentary-constitutional type of obesity on the inpatient stage of treatment taking into account the individual features of contingent of women, presence of obesity of different degree and concomitant obstetric complications.

Key words: physical rehabilitation, alimentary–constitutional obesity, pregnancy.