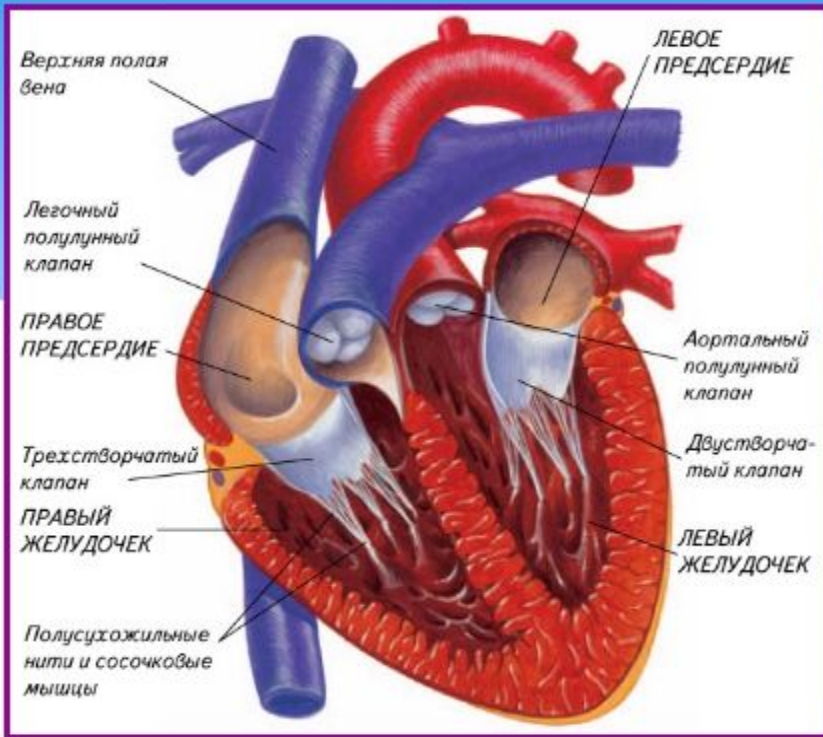


Физическая реабилитация при заболеваниях сердечно- сосудистой системы у беременных



Строение сердца



Сердце расположено почти в центре грудной полости и несколько смещено влево. Масса его около 250-300 г.



Сердце имеет четыре камеры – два предсердия и два желудочка.

Между предсердиями и желудочками расположены створчатые клапаны, а на выходе из желудочков в артерии – полулунные.

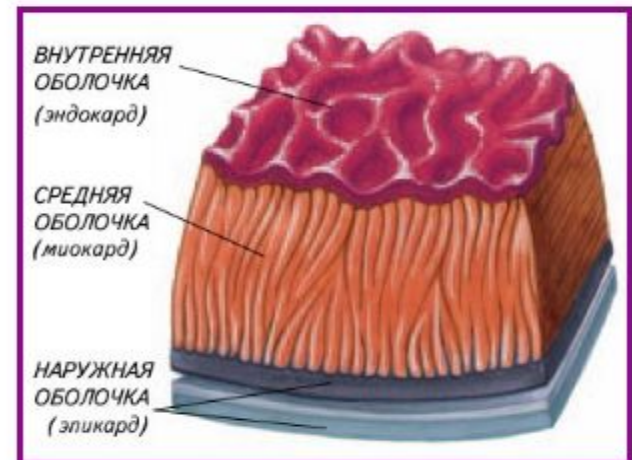
Мышечная стенка желудочков значительно толще стенки предсердий.

Стенка сердца имеет трехслойное строение:

Наружный слой (эпикард) – состоит из соединительной ткани.

Средний слой (миокард) – мощный мышечный слой.

Внутренний слой (эндокард) – внутренний эпителиальный слой.

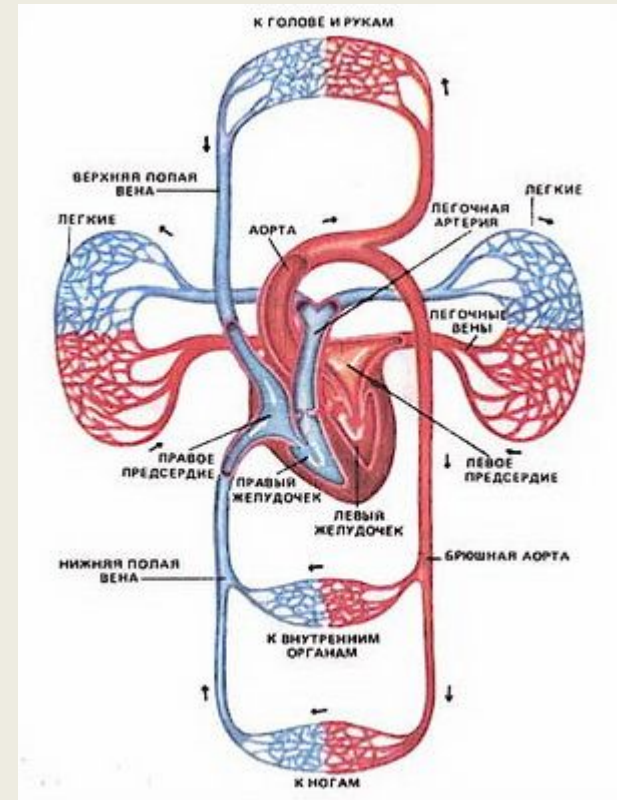


Сердечно-сосудистая система и беременность

Сердечно-сосудистое заболевания- это наиболее часто встречающаяся группа экстра генитальной патологии, которое занимает первое место в структуре материнской и паринатальной заболеваемости и смертности.

Заболевания ССС разделяют на следующие группы:

- Врожденные пороки сердца;
- Ревматизм и ревматические пороки сердца;
- Состояния после операций на сердце;
- Заболевания миокарда;
- Артериальная гипертензия;
- Гипотеническая болезнь;



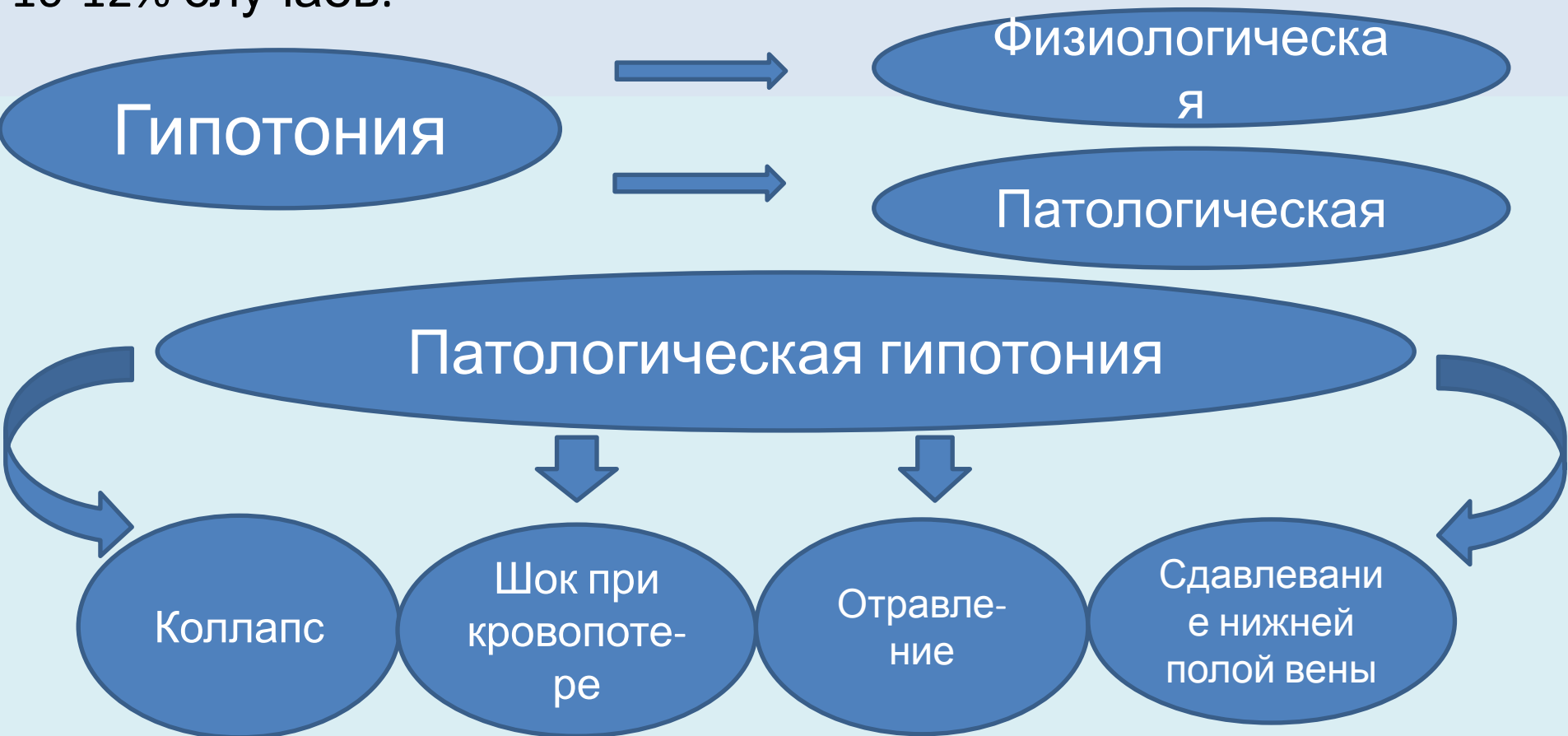
Всех беременных с заболеваниями ССС госпитализируют не менее трех раз:

- I. До 12 недель для решения вопроса о пролонгировании беременности, выработки тактики ведения и необходимости терапии
- II. В 28-32 недели в период максимальной нагрузки на сердце
- III. В 38 недель – для подготовки к родам и выработки способа родоразрешения



Гипотоническая болезнь

Гипотоническая болезнь (пониженное артериальное давление) проявляется снижением сосудистого тонуса и артериального давления ниже 100/50 мм рт. ст. У беременных встречается в 10-12% случаев.



ДИАГНОСТИКА ГИПОТОНИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Анамнез

Необходимо собрать сведения о наследственной отягощённости по сердечно-сосудистым заболеваниям в семье, проанализировать течение беременности и родов, особое внимание следует обратить на величину АД у матери во время беременности.

Физикальное исследование

Часто выявляют астеническое телосложение и бледность кожных покровов, возможно наличие акроцианоза, гипергидроза, пониженной температуры кожи кистей и стоп. При оценке состояния вегетативной нервной системы обращают внимание на красный дермографизм. При аускультации может выявляться лёгкий систолический шум на верхушке сердца. При выраженной гипотонии тоны сердца могут быть слегка приглушены. При измерении величины АД фиксируют его снижение.

Лабораторные исследования

Результаты исследований при первичной артериальной гипотонии, как правило, не выходят за пределы нормы.

Проводят:

1. клинический анализ крови;



Инструментальные и

1. Суточное мониторирование артериального давления;
2. Электрокардиография;
3. Эхокардиография;
4. Электроэнцефалография;
5. Офтальмоскопия;



Причины:

Основной фактор, способствующий развитию артериальной гипотензии у беременных, - возникновение дополнительной маточно-плацентарной системы кровообращения. Хорион и затем плацента продуцируют гормоны, подавляющие гипофиз беременной, прекращается выделение вазопрессина, повышающего тонус сосудов, и формируется понижение АД.

Симптомы:

- Подташнивания,
- Разбитость,
- Слабость,
- Головокружение,
- Быстрая утомляемость,
- Головная боль,
- Вялость,
- Сонливость,
- Обмороки,
- Депрессивные состояния.



Различают три стадии артериальной гипотензии:

- I. Устойчивая,компенсированная гипотензия, проявляющаяся только понижением АД;
- II. Неустойчивая,субкомпенсированная гипотензия, проявляющаяся разнообразной объективной и объективной симптоматикой;
- III. Декомпенсированная гипотензия,характеризуется бессонницей,головокружением ,гипотоническими кризами,обмороками,похолоданием ушей и носа,кистей рук и стоп,трудоспособность утрачивается .

Гипотонические кризы происходят при критических цифрах АД- 80/40 до 75/30мм.рт.ст



Ведение беременных

- ✓ Оптимизация режима (сон 9–10 ч/сут, ежедневное пребывание на свежем воздухе не менее 2 ч).
- ✓ Утренняя гимнастика с последующими водными процедурами (контрастный и веерный душ).
- ✓ Адекватная физическая активность (плавание и комплекс общеукрепляющей гимнастики).
- ✓ При отсутствии противопоказаний — общий массаж, массаж воротниковой зоны, кистей рук и икроножных мышц, стоп.
- ✓ Диета с достаточным содержанием витаминов и микроэлементов.
- ✓ Физио- и бальнеотерапия (электросон, водные процедуры — солёно-хвойные, шалфейные и минеральные ванны, душ Шарко, веерный и циркулярный душ).
- ✓ Иглорефлексотерапия.
- ✓ Ношение эластических чулок, бинтование нижних конечностей для нормализации венозного возврата при варикозной болезни.

Задачи физической реабилитации

- Нормализация процессов возбуждения и торможения в ЦНС.
- Установления и закрепления моторно-висцеральных и висцерально-моторных связей.
- Восстановление нарушенной регуляции кровяного давления.
- Активизация сократительной способности миокарда.
- Улучшение координации движений , равновесия.
- Активизация экстракардиальных факторов кровообращения.
- Улучшения функционального состояния ССС.
- Общее укрепление организма.
- Восстановление эмоционального состояния больного.

Методика физической реабилитации

Период щажения (адаптации). Его назначают ослабленным больным с резко выраженным кардиалгическим и гиперкинетическим синдромом, с вегетососудистыми кризами, с нарушением структуры дыхательного цикла. В первые 3-4 дня занятия проводятся при постельном режиме и покой больного должен преобладать над движением. Рекомендуются статические и динамические дыхательные упражнения, элементарные упражнения для мелких и средних мышц и суставов конечностей, упражнения в расслаблении. Занятия проводятся индивидуальным способом. Через 3-4 дня к упражнениям в положении лежа добавляются и в положении сидя, разнообразятся сами упражнения, они должны выполняться плавно, без рывков, ритмично. Дыхание произвольное, без задержки. Темп выполнения упражнений вначале медленный, затем средний при улучшении адаптации организма к нагрузке. Больных полезно обучить приемам самомассажа и произвольного расслабления скелетной мускулатуры. Продолжительность периода 8 - 12 дней.

Период - тонизирующий. Цель периода - повысить ослабленные физиологические функции организма и нормализовать нарушенные функции органов и систем. Для выполнения тренировочных занятий необходимо часы купить с секундомером, тонометром и будильником - для соблюдения тренировочного графика.

Занятия начинаются с выполнения дыхательных упражнений как статического, так и динамического характера, которые выполняют плавно, с постепенным углублением вдоха, обязательно включают диафрагмальное дыхание, упражнения с небольшим отягощением, с мячом, медицинболлами, эспандером, а

После 10-12 дней в занятия включают дозированную ходьбу с паузами для дыханий и упражнений в расслаблении. При гипотонической болезни, при сниженном артериальном давлении следует использовать скоростно-силовые упражнения (с сопротивлением, отягощением, ускорения, прыжки, подскоки), а также подвижные игры и элементы спортивных игр.

Период тренирующий. Цель - восстановление ослабленных физиологических функций, тренировка систем организма, повышение физической работоспособности, социально-трудовая и бытовая адаптация больного. Двигательный режим больных расширяется за счет увеличения числа упражнений, их повторений, характер упражнений усложняется, повышается темп их выполнения. Активно включаются упражнения с предметами, ходьба с ускорениями, приседания, дозированный бег, сочетающийся с ходьбой и дыхательными упражнениями. Используются также УГГ, самостоятельные занятия, самомассаж, водные процедуры. Перед занятиями рекомендуется сеанс лечебного массажа с учетом особенностей клинической картины болезни. Наряду с занятиями в зале лечебной физкультуры больным рекомендуются домашние задания, прогулки, дозированная ходьба и бег, лечебное плавание, зимой - ходьба на лыжах в прогулочном темпе, элементы спортивных игр, туризм, занятия на тренажерах.

Массаж при гипотонической болезни. Однако методика его должна быть различной в зависимости от состояния нервной системы и величины АД. При возбужденном состоянии и повышении давления он должен носить расслабляющий характер, т.е. применяют приемы поглаживания, растирания, мягкое выжимание, глубокое, но медленное разминание.

При депрессивном состоянии и низком давлении массаж должен носить тонизирующий характер (приемы проводятся в быстром темпе, применяются поколачивания, встряхивания-потряхивания). При массаже воротниковой зоны при пониженном АД направление массажных движений - от надплечий к шее, к затылку и голове, характер выполнения приемов должен быть достаточно интенсивным. При повышенном АД проводится обратный порядок направления в проведении приемов с мягким характером их проведения.



Женщины, которые имеют определенные осложнения при беременности, должны избегать массажных процедур.

Это при :

возникает угроза прерывания беременности, диагнозе эклампсия, преэклампсия, гестационный диабет.

Артериальная гипертензия при беременности — повышение абсолютной величины АД до 140/90 мм рт.ст. и выше или подъём АД по сравнению с его значениями до беременности или в I триместре: систолического АД — на 25 мм рт.ст. и более, диастолического АД — на 15 мм рт.ст. и более от нормального при 2-х последовательных измерениях с интервалом не менее 4 ч или однократно зарегистрированное диастолическое АД >110 мм рт.ст.

Во время беременности на каждом приёме проводят измерение АД. Профилактика осложнений заключается в нормализации АД.

Беременную, страдающую артериальной гипертензией, трижды за время беременности госпитализируют в стационар.

- ❑ Первая госпитализация — до 12 недель беременности. При обнаружении I стадии заболевания беременность может быть сохранена, II и III стадии служат показанием для прерывания беременности.
- ❑ Вторая госпитализация в 28–32 недель — период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обследование больной, коррекцию проводимой терапии и лечение ФПН.
- ❑ Третья госпитализация должна быть осуществлена за 2–3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.

КЛАССИФИКАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- существовавшая ранее АГ — повышение АД, диагностированное до беременности или в течение первых 20 нед гестации и сохраняющееся не менее 42 дней после родов;
- гестационная АГ — АГ, зарегистрированная после 20 нед беременности, у женщин с изначально нормальным АД (при этом АД нормализуется в течение 42 дней после родов);
- преэклампсия — сочетание гестационной гипертензии и протеинурии (протеинурия — наличие белка в моче в количестве >300 мг/л или >500 мг/сут, или более «++» при качественном его определении в разовой порции мочи);
- существовавшая ранее АГ с гестационной гипертензией и протеинурией — состояние, при котором АГ диагностирована до беременности, но после 20 нед беременности степени выраженности АГ нарастает, появляется протеинурия;
- неподдающаяся классификации АГ — повышение АД, неклассифицированное в виду недостатка информации



Стадии артериальной гипертензии:

I стадия — повышение АД от 140/90 до 159/99 мм рт.ст.;

II стадия — повышение АД от 160/100 до 179/109 мм рт.ст.;

III стадия — повышение АД от 180/110 мм рт.ст. и выше.

Выделяют:

первичную АГ;

симптоматическую АГ.

Стадии гипертонической болезни.

- Стадия I — отсутствие поражений органов-мишеней.

- Стадия II:

гипертрофия левого желудочка;

локальное или генерализованное сужение сосудов сетчатки;

микроальбуминурия, протеинурия, повышение концентрации креатинина в плазме крови;

признаки атеросклеротического поражения аорты, венечных, сонных или бедренных артерий.

- Стадия III:

со стороны сердца: стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность;

со стороны головного мозга: преходящее нарушение мозгового кровообращения, инсульт, гипертоническая энцефалопатия;

со стороны почек: почечная недостаточность;

со стороны сосудов: расслаивающаяся аневризма, симптомы окклюзивного поражения периферических артерий.

Причины АГ у беременных

- ❖ Невроз, возникшим под влиянием стрессовых факторов, отрицательных эмоций нервно-психического перенапряжения;
- ❖ Сочетание психоэмоционального перенапряжения с другими предрасполагающими факторами;
- ❖ Наследственную отягощенность, перенесённые в прошлом поражения головного мозга, почек;
- ❖ Избыточное потребление поваренной соли, курение, алкоголь;
- ❖ Вследствие нарушения функции центральных нервных звеньев, регулирующих уровень АД;
- ❖ В результате сдвигов в функции систем гуморальной регуляции. Реализация нарушений кортиковисцеральной регуляции происходит через прессорные (симпатикоадреналовая, ренин-ангиотензин-альдостероновая) и депрессорные (каликреин-кининовая, вазодилататорные серии простагландинов) системы, которые в норме находятся в состоянии динамического равновесия. В процессе развития гипертонической болезни возможны как чрезмерная активизация прессорных факторов, так и угнетение вазодилататорных систем, приводящих к преобладанию вазопрессорной системы. Начальные стадии заболевания, как правило, протекают на фоне активации прессорных систем и повышения уровня простагландинов. На ранних этапах депрессорные системы в состоянии компенсировать сосудосуживающие эффекты и АГ носит лабильный характер. В последующем ослабление как прессорных, так и депрессорных систем, приводит к стойкому повышению АД.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Необходимо помнить о депрессивном влиянии беременности на величину АД в I триместре. Известно, что на различных этапах физиологически протекающей беременности показатели АД претерпевают закономерные изменения. В течении I триместра беременности АД (особенно систолическое) имеет тенденцию к снижению, а в III триместре оно постепенно повышается. Кроме того, во время беременности и особенно в родах, наблюдается умеренная тахикардия, и сразу после родов, т.е. в раннем послеродовом периоде, — брадикардия. Установлено, что уровень АД достигает максимума при потугах вследствие окклюзии дистального отдела аорты.

Жалобы:

- периодическая повышенная утомляемость,
- головные боли,
- головокружение, с
- ердцебиение, нарушение сна,
- одышка, боли в грудной клетке,
- нарушение зрения, шум в ушах,
- похолодание конечностей,
- парестезии, иногда жажда,
- никтурия,
- гематурия,
- немотивированное чувство тревоги, реже носовые кровотечения.



Осложнения при артериальной гипертензии

- Поздний гестоз,
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,
- Кровоизлияние в мозг,
- Гипертрофия и асфиксия плода.

Лабораторные исследования

Основные исследования

- исследование суточной мочи на наличие белка (количество белка или микроальбуминурия), крови и глюкозы;
- биохимическое исследование крови (общий белок и его фракции, печёночные ферменты, электролиты, глюкоза крови);
- клинический анализ крови (концентрация Hb, Ht и количество тромбоцитов);
- ЭКГ.

Дополнительные исследования

- Эхокардиография.
- Исследование глазного дна.
- Амбулаторное суточное мониторирование АД.
- УЗИ почек и надпочечников.
- Рентгенография грудной клетки. • Бактериурия мочи.

Лечение при ГБ

- устранение эмоционального стресса;
- изменение режима питания;
- разумная физическая активность;
- режим дневного отдыха («bed rest»);
- контроль факторов риска прогрессирования АГ;
- ограничение потребления поваренной соли до 5 г в день;
- ограничение потребления холестерина и насыщенных жиров при избыточной массе тела.



Всем беременным должны быть рекомендованы мероприятия по изменению образа жизни:

- рациональная психотерапия;
- снижение потребления поваренной соли до 5 г\сут;
- изменение режима питания с уменьшением потребления растительных и животных жиров, увеличением в рационе овощей, фруктов, зерновых и молочных продуктов;
- пребывание на свежем воздухе несколько часов в день;
- физиотерапевтические процедуры (электросон, индуктотермия области стоп и голеней, диатермия околопочечной области);
- хороший эффект даёт гипербарическая оксигенация.
- Массаж(лечебный, точечный)

Приблизительный комплекс ЛГ

- Перед началом занятия и после его окончания подсчитывайте пульс.
- И.п.- сидя, расслабленные руки опущены, ноги на ширине плеч, ступни на полу. Поднять руки вверх над головой – вдох, опустить – выдох. Повторить 3 раза. Темп медленный.
- И.п.- то же. Повернуть голову направо, вернуться в и.п., тоже налево. Повторить по 2 раза в каждую сторону. Темп медленный. Дыхание свободное.
- И.п.- то же, руки на поясе. Наклонить туловище вперед, поднять подбородок вверх, вернуться в и.п., опустить руки, расслабиться и покачать руками вперед-назад. Повторить 4-6 раз. Темп средний. Дыхание свободное.
- И.п. то же. Поднять плечи вверх – вдох, опустить – выдох. Повторить 3 раза. Темп медленный.
- И.п.- то же. Опустить голову вниз, затем поднять, наклонить назад и вернуться в и.п.
- Повторить 2-4 раза. Темп средний. Дыхание свободное.
- 7 И.п.- то же, руки вдоль туловища. Наклоняя туловище влево, одновременно скользить правой рукой к подмышке, а левой – вниз; выпрямляясь, скользить руками в обратном направлении. Повторить по 2-4 раза в каждую сторону. Темп средний. Дыхание свободное.
- И.п.- то же. Поднять руки вверх над головой – вдох, опустить и, наклоняясь вперед, положить их на колени и скользить кистями по голени к носкам ног, поднимая подбородок, – выдох. Повторить 2 раза. Темп медленный.

- И.п.- то же.Наклониться вправо и покачать,расслабленной правой рукой вперед и назад.Повторить 4-6 раз.Темп медленный.Дыхание свободное.То же левой рукой,наклонившись влево.
- И.п.- то же.Сцепить руки в „ замок,, под правым коленом и поднять ими согнутую правую ногу.Расслабленно раскачивать голень вперед-назад. Повторить 10-12 раз. Темп медленный.Дыхание свободное.То же левой ногой.
- И.п.- то же,руки на коленях.Расслабиться – свободный вдох и удлиненный выдох со звуком „фу-фу,,.Повторить 3 раза.Темп медленный.
- И.п.- то же,руки на коленях.Расслабленный туловищем выполнять круговые движения по часовой и против часовой стрелки.Повторить по 4-6 раз в каждую сторону.Темп медленный.Дыхание свободное.
- И.п.- то же.Выгнув спину,опустить плечи,расслабиться и покачать руками вперед и назад.Повторить 10-12 раз.Темп медленный.Дыхание свободное.
- И.п.- то же.Кисти рук сцепить в „ замок,,,поднять руки вверх над головой- вдох и рывком опустить вниз со звуком „ух,,- выдох.Расслабиться на несколько секунд.Повторить 3 раза.Темп ускоренный.
- И.п.- то же,ноги вытянуты вперед,руки согнуты в локтях у туловища. Одновременно выполнять движения расслабленными кистями и стопами на себя и от себя.Повторить 6-10 раз.Темп медленный.Дыхание свободное.
- И.п.- то же,руки опущены.Круговые движения головой.Повторить по 2-4 раза в каждую сторону.Темп медленный.Дыхание свободное.
- И.п.- то же.Поднять руки через стороны вверх,опустить – выдох.Повторить 3 раза.Темп медленный.

- И.п.- стоя,ноги ширине плеч,руки опущены.Слегка наклонившись вперед и подняв подбородок, одновременно покачивать расслабленными руками вперед и назад.Повторить 10-20 раз.Темп медленный.Дыхание свободное.
- И.п.- то же,руки вытянуты вперед.Согнуть правую ногу в коленном и тазобедренном суставах под прямым углом и постоять так 10-15 с, удерживая равновесие.То же,подняв левую ногу.Повторить 2-4 раза каждой ногой.Темп медленный.Дыхание равномерное.
- И.п. то же,руки согнуты к плечам.Поднять локти вверх- вдох,опустить-выдох. Повторить 3 раза.Темп медленный.
- И.п.-то же,руки вытянуты вперед,глаза закрыты.Пройти 4-6 шагов вперед, повернуться кругом и вернуться в и.п.Повторить 2-4 раза.Темп медленный. Дыхание свободное.
- И.п.- то же,руки на поясе,глаза открыты.Маятникообразные покачивания расслабленной правой ногой вперед-назад.Повторить 6-10 раз.Темп медленный.Дыхание свободное.То же левой ногой.
- И.п.- то же,руки согнуты вперед грудью,ладони соединены.Развести руки в стороны-вдох,вернуться в и.п.- выдох.Повторить 3 раза.Темп медленный.
- И.п.-то же,руки опущены, туловище наклонено вперед,подбородок поднят вверх.Раскачивающими движениями повернуть туловище и руки направо, затем справа налево и наоборот.Повторить 6-10 раз в каждую сторону.Темп медленный.Дыхание свободное.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Существует более 100 различных врожденных пороков сердца. Среди основных врожденных пороков сердца можно отметить следующие:

- Открытый артериальный (Боталлов) проток
- Дефект аортолегочной перегородки
- Дефект межпредсердной перегородки
- Аномальный дренаж легочных вен
- Дефект межжелудочковой перегородки
- Аневризмы синусов Вальсавы
- Стеноз легочной артерии
- Стеноз аорты
- Тетрада Фалло
- Транспозиция магистральных сосудов
- Общий артериальный ствол
- Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка
- Единственный желудочек
- Атрезия трехстворчатого клапана
- Врожденный стеноз и недостаточность митрального клапана
- Аномалии коронарных артерий
- Аномалия Эбштейна
- Коарктация аорты



Все врожденные пороки сердца пороки приводят к нарушению нормального кровообращения. Возникают забросы крови из одного отдела сердца в другой, в результате чего развивается сердечная недостаточность. Врожденные пороки могут быть в основном в виде дефектов перегородок, отделяющих предсердия от желудочков, дефектов клапанов, которые регулируют адекватное движение крови из предсердий в желудочки, а также в виде аномалий кровеносных сосудов, исходящих из сердца, чаще всего в виде их сужения – стенозов.



Средства:

- Лечебная гимнастика,
- Занятия физическими упражнениями, (которые тренируют сердечную мышцу, сосуды сердца).
- Бег, энергичная ходьба, езда на велосипеде или занятия на велотренажере, плавание, танцы, катание на коньках или на лыжах.
- А вот такие виды нагрузок как: теннис, волейбол, баскетбол, занятия на тренажерах, не подходят для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, наоборот, они противопоказаны, поскольку статические длительные нагрузки вызывают повышение артериального давления и боли в сердце.
- Диета.



Работа с психологом проводится в том случае, если она требуется. Если Вы страдаете депрессией, или перенесли стресс, то, несомненно, важна и психологическая реабилитация, одновременно с лечебной физкультурой. Помните, что стресс может усугубить течение заболевания, привести к обострению. Вот почему так важна правильная психологическая реабилитация.

Задачи ЛФК:

- ✓ Улучшить функции ССС и дыхательной системы,
- ✓ Повысить компенсаторно – адаптационные возможности организма,
- ✓ Нормализовать сосудистый тонус.

Противопоказания к применению ЛФК (кроме общих показаний во время беременности):

- ✓ Острая сердечно-сосудистая недостаточность,
- ✓ Тахикардия (в состоянии покоя ЧСС 120)
- ✓ Экстрасистолия, АТ 22,7/13,3 кПа (170/100 мм.рт.ст.)



Методические принципы.

При патологии беременности ЛГ проводятся в форме индивидуальных или малогрупповых занятий продолжительностью 10-15 мин, 2-3 раза в день. Физические упражнения общеукрепляющие, дыхательные и специальные с учетом периода беременности.

Определяя режим двигательной активности для беременных с пороками сердца, необходимо учесть не только срок беременности, но и характер основного заболевания и функциональные возможности ССС (ЧСС, АД, при реакции на простейший тест физической нагрузки). Во время занятий ЛГ используют и.п. сидя и лежа с приподнятой на 15-20 см. головой.

Целесообразно процедуру ЛГ проводить 2-3 рза в день, дробя дневной объем физ.нагрузки. Часто применять дыхательные паузы между упражнениями. Продолжительность занятий ЛГ 15-20 мин. В комплексе включают упражнения стоп и кистей, изометрические напряжения мышц нижних конечностей и туловища. Занятия проводят под контролем ЧСС и АД. Помимо занятий ЛГ беременным назначают дозированную ходьбу с постепенным увеличением дистанции (с 500м до 3000м) и темпа (с 60 до 90 шагов за мин).

Ориентировочный комплекс упражнений ЛГ для беременных с пороками сердца (палатный режим)

- ✓ И.п.- лежа на спине. Вращения кистей. 4-8 раз. Темп быстрый, дыхание свободное.
- ✓ И.п.- то же. Вращения стоп. 4-8 раз. Темп средний.
- ✓ И.п.- то же. Поднимание прямых рук - вдох, поворот а и.п.- выдох. 3-4 раза. Темп медленный, дыхание равномерное.
- ✓ И.п.- то же. Поочередное сгибание ног с возвращением в и.п. 4 раза. Темп медленный, дыхание свободное.
- ✓ И.п.- лежа на спине. Согнуть руки к плечам, вернуться в и.п. 4-6 раз. Темп медленный.
- ✓ И.п.- лежа, ноги согнуты. Развести колени в стороны в и.п. 4-6 раз. Темп средний.
- ✓ И.п.- то же. Диафрагмальное дыхание. 2-4 раза. Темп медленный. Движения диафрагмы контролировать ладонью руки, лежащего на животе, выдох удлинен.



- ✓ И.п.- лежа на спине.Диафрагмальное дыхание.2-3 раза.Темп-медленный. Вдох через нос средний продолжительности,выдох-удлинённый.
- ✓ И.п.- то же.Поочередное отведение прямых ног в стороны,вернуться в и.п 3-4 раза.Темп медленный.
- ✓ И.п.-сидя.Руки вверх-вдох,возвращение в иуп –выдох.3-4 раза.Темп средний, дыхание свободное.
- ✓ И.п то же.Развести прямые ноги в стороны,вернуться в и.п 4 раза.
- ✓ И.п.- то же.встать – вдох,вернуться в и.п-выдох.3 раза.
- ✓ И.п.-то же.Вращения кистей и стоп наружу и внутрь.По 6-8 раз в каждую сторону.Темп быстрый,дыхание свободное..
- ✓ И.п.-лежа на спине.Диафрагмальное дыхание.2-3 раза.
- ✓ И.п.-то же.Сжать кисти в кулак,стопы согнуть(на себя),вернуться в и.п 6-8 раз. Темп средний,возвращаясь в и.п.,-полное расслабление мышц.
- ✓ И.п.-то же.Имитация ходьбы,10-12с. Темп средний,дыхание свободное.



Показания для санаторно-курортного лечения

Беременным может быть показано санаторно-курортное лечение, если есть следующие особенности течения беременности:

- беременность после стимуляции овуляции, после ЭКО;
- угроза прерывания беременности;
- анемия II, III степени;
- наблюдаются кровотечения;
- сильный токсикоз;
- поздний токсикоз;
- предлежание плаценты;
- мало- и многоводие;
- рубец на матке после предыдущего кесарева сечения;
- заболевания, пороки женских половых органов;
- осложнения цитомегаловируса и герпеса;
- обострение хронических заболеваний;
- наркомания;
- алкоголизм.

Выбирая санатории или курорт для беременной, важно учесть некоторые условия:

- расположение в черте курортного города или в радиусе 30 км от ближайшего роддома;
- наличие штатного акушер-гинеколога;
- функционирующий круглосуточный сестринский пост в учреждении;
- наличие санитарного транспорта в учреждении;

Санаторно-курортное лечение для беременных представляет собой целый комплекс возможностей:

- ✓ аппаратные физиотерапевтические, физиопрофилактические средства оздоровления;
- ✓ талассотерапия (природное воздействие на организм фитонцидов морских водорослей, ионов калия, магния, натрия, йода, фтора и т.п. с тонизирующим и общеукрепляющим воздействием);
- ✓ минеральные воды;
- ✓ соляные пещеры;
- ✓ гелиотерапия (лечебный эффект прямых солнечных лучей);
- ✓ плавание (или специальная аквааэробика для беременных);
- ✓ гидромассаж (снятие отеков благодаря водно-иммерсионной компрессии);
- ✓ целебный морской воздух с отрицательными ионами (дыхание и свето-воздушные ванны)

Меры предосторожности

- ✓ Прибыв в санаторий, на курорт, важно сделать всё, чтобы не подорвать здоровье из-за собственного неправильного поведения. Для этого необходимо соблюдать основные меры предосторожности:
- ✓ первый день лучше провести в максимальном покое, чтобы организм отдохнул после поездки и начал привыкать к новым климатическим условиям;
- ✓ лечь спать пораньше и встать позже;
- ✓ не подниматься на высоту более 1 000 м над уровнем моря;
- ✓ в летний период всегда носить головной убор и светлую натуральную одежду;
- ✓ исключить пребывание на солнце с 11:00 до 17:00;

✓ не планировать конные прогулки, вертолетные экскурсии.

Курорты, санатории для беременных решают многие задачи по укреплению здоровья будущей мамы и ребенка, а также помогают снять стрессовое напряжение.

Санаторий Жовтень

Лечебные процедуры:

для больных с сердечно-сосудистой патологией

- климатобальнеотерапия, диетическое питание, программы физической и психотерапевтической реабилитации;

- гидрокинезотерапия, лечение питьевыми минеральными водами, спелеотерапия;

- магнитотерапия, лазеротерапия, гипобарическая оксигенация и многие другие методы физиотерапевтического лечения

для беременных

- электрокардиография, электроэнцефалография, холтеровский мониторинг

- спирография, ультразвуковая диагностика, лабораторно

- лечебная физкультура, климатотерапия, бальнеотера

- фитотерапия, аэрофитотерапия, спелеотерапия

- физиотерапия, психотерапия, массаж

- диетическое, дополнительное и альтернативное питание



для больных с цереброваскулярными заболеваниями

- лечебная физкультура, массаж, подводный душ-массаж
- гидрокинезотерапия, электростимуляция паретических мышц
- лазерная терапия, магнитная терапия, лечебные ванны
- электропроцедуры, реоэнцефалография, электроэнцефалография
- реовазография, исследование центральной гемодинамики с компьютерным анализом результатов, инфракрасная сауна



Список литературы.

- Акушерство - учебник - Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков. Год выпуска: 2000
- Пороки сердца у беременных.С.Р.Мравян В.А.Петрухин В. П.Пронина Год выпуска:2010
- Акушерство - Савельева Г.М. - 2000 год - 816 с.
- Эхография в акушерстве и гинекологии - А. Флейшер Ф. Менинг П.Дженти Р.Ромеро Год выпуска 2005.
- Акушерство –учкбник- Г.М. Савельева Р.И.Шалина С.Ч. Сичинава О.Б.Панина М.А. Курцер Год выпуска 2015ст 656
- Рвота беременных И.М.Миров В.М.Уткин Б.П.Чалых Ю.К. Гусак Год выпуска 1990
- Акушерство ,В.И.Дуда Год выпуска 2013
- Акушерство,Б.М.Венцковский И.Б. Венцковская Л.Б. Гутман 2010г
- Неотложные состояния в акушерстве- Серов В.Н. Г.Т. Сухих И.И .Баранов А.В.Пырегов В.Л.Тютюнник Р.Г. Шмаков 2011г

- Особенности питания беременных и женщин в период лактации –Коровина Н.А. Подзолкина Н.М Захарова И.Н 2008г
- Акушерство і гінекологія Запорожан В.М Цегельський М.Р Рожковська Н.М 2005р.
- Гестоз Сидорова И.С Год выпуска :2007
- Практические навыки в акушерстве –Цхай В.Б Год выпуска:2007
- Акушкрство и гинекология Бекманн Ч.Р Год выпуска :2004
- Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии – Кулаков В.И Год выпуска:1998
- Врожденные пороки развития:пренатальная диагностика и тактика Петриковский Б.М Медведев М.В Юдина Е.В Г. В-1998г
- Активное ведение родов Абрамченко В.В Г.В-1997г
- Гестозы Внцковский Б.М Запорожан В.Н. Сенчук А.Я Скачко Б.Г Год выпуска 2005.
- Роды и психика Сорокина Т.Т Год выпуска 2003

Спасибо за внимание!



