



Особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению

Гончарук Н.В.

Мариупольский государственный университет
г. Мариуполь, Украина

Цель: представлены современные взгляды использования основных средств физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца в дооперационном периоде.

Материал и методы: рассмотрено применение кинезитерапии в хирургическом лечении приобретенных пороков сердца в предоперационном периоде. **Результаты:** до недавнего времени в кардиохирургии не использовали всех возможностей для восстановления трудоспособности больных после операции. Применение адекватных программ физической реабилитации позволяет восстановить здоровье и трудоспособность после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. **Выводы:** повышение эффективности хирургического лечения приобретенных пороков сердца требует проведения комплекса предоперационной терапии как медицинской так и физической.

Ключевые слова: пороки сердца, кинезитерапия, дооперационный период, лечебная гимнастика, физические упражнения, исходные положения.

Мета: представлено сучасні погляди використання основних засобів фізичної реабілітації хворих з набутими вадами серця у доопераційному періоді. **Матеріал і методи:** розглянуто застосування кінезітерапії у хірургічному лікуванні набутих вад серця в передопераційному періоді. **Результати:** до недавнього часу у кардіохірургії не використовували усіх можливостей для відновлення роботоздатності хворих після операції. Застосування адекватних програм фізичної реабілітації дозволяє відновити здоров'я та роботоздатність після хірургічної корекції набутих вад серця. **Висновки:** підвищення ефективності хірургічного лікування набутих вад серця потребує проведення комплексу передопераційно терапії як медичної так і фізичної. **Ключові слова:** набуті вади серця, кінезітерапія, доопераційний період, лікувальна гімнастика, фізичні вправи, вихідні положення.

Purpose: present views of the use of the basic means of physical rehabilitation of patients with acquired heart defects in the preoperative period are presented. **Material and methods:** the application of kinesitherapy in the surgical treatment of acquired heart defects in the preoperative period is considered. **Results:** Until recently, cardiosurgery did not use all the possibilities for restoring the patients' ability to work after the operation. The use of adequate physical rehabilitation programs can restore health and ability to work after surgical correction of acquired heart defects. **Conclusions:** increasing the effectiveness of surgical treatment of acquired heart defects requires a complex of preoperative therapy, both medical and physical. **Keywords:** heart defects, kinesitherapy, preoperative period, therapeutic gymnastics, physical exercises, initial positions.





Введение. Пороки сердца – это изменения в структуре клапанного аппарата сердца, что приводит к нарушению сократительной способности миокарда.

Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, несмотря на значительные успехи в хирургическом лечении, находится пока еще на невысоком уровне [1,12]. До митральной комиссуротомии работали 64,3% больных, а в отдаленные сроки после операции – 60,6% больных, до протезирования митрального клапана – 48,3%, а после - 40,6%. Анализ изучения результатов операций показал, что не у всех больных наступает полное восстановление здоровья и трудоспособности [3,11,13]. Это связано с отсутствием адекватных программ изической реабилитации и различными осложнениями, возникающими в ходе длительного существования болезни: дистрофическими и кардиосклеротическими изменениями в миокарде, изменениями в сосудах малого и большого кругов кровообращения, детренированностью и нарушением психического статуса больных [3,6,7].

До недавнего времени считалось правильным лечение с максимальным ограничением физической активности кардиологического больного. В настоящее время в кардиологии и кардиохирургии кинезитерапия является таким же неотъемлемым лечением, как и медицинская терапия. Дозированные физические нагрузки стали важнейшим фактором реабилитации [2,5,8].

Длительное пребывание в постели приводит к снижению максимального потребления кислорода, атрофии мышц, камнеобразованию в почках, инфекциям моченого пузыря, запорам, снижению обменных процес сов, ухудшению реакций на изменение положения тела, преждевременному старению и др.

Плановая предоперационная и послеоперационная физическая реабилитация в кардиохирургии помогает больному вернуться к нормальному состоянию, активизировать защитно-приспособительные механизмы для борьбы с болезнью [10,12].

Физическая активность, ранние занятия физическими упражнениями оказывают благотворное влияние на функцию жизненно важных органов и систем организма, улучшают коронарное и периферическое кровообращение [12,14].

Все вышеописанное является актуальным для изучения и рассмотрения современных взглядов и методов двигательной терапии в комплексной реабилитации больных с приобретенными пороками сердца.

Цель и задачи исследования: определить особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению.

Для этого решались такие **задачи:**

1. Выучить и проанализировать источники современной специальной научно-методической литературы по проблеме физической реабилитации в хирургическом лечении врожденных пороков сердца .
2. Определить особенности кинезитерапии в реабилитации больных с приобретенными пороками сердца в предоперационном периоде.
3. Охарактеризовать методы оценки эффективности двигательной терапии



больных с приобретенными пороками сердца.

Методы исследования: анализ современной специальной научно – методической литературы по проблеме хирургического лечения приобретенных пороков сердца.

Материал. Повышение эффективности хирургического лечения приобретенных пороков сердца требует проведения комплекса разных средств и методов физической предоперационной и послеоперационной терапии. Ведущее место занимает кинезитерапия (лечение движением) - как основной метод физической реабилитации. Она направлена на улучшение функции дыхания и кровообращения, профилактику возможных осложнений после операции, возвращение больного к бытовой и трудовой деятельности.

Предоперационный период делится на период малых и средних тренировочных нагрузок. Особенности программы реабилитации и сроки ее проведения зависят от характера патологии и вида коррекции порока [4,7,12].

Основные задачи кинезитерапии в предоперационном периоде: улучшение центральной гемодинамики путем облегчения работы сердца за счет включения экстракардиальных факторов, щадящих сердце; активизация периферического кровообращения; расширение функциональной способности легких; обучение выполнения упражнений раннего послеоперационного периода [12].

В предоперационном периоде важным элементом кинезитерапии является правильное сочетание и чередование общеразвивающих физических упражнений с динамическими и статическими дыхательными упражнениями. Эти упражнения должны проводиться при максимальном расслаблении мышц с целью снижения нагрузки на сердце за счет снижения сосудистого сопротивления. Должен учитываться принцип рассеянности нагрузки [7,9,12].

При пороках сердца одним из важных составляющих кинезитерапии является ходьба, целью которой является включение в работу всего организма, усиление дыхания и кровообращения, активизация мышечной деятельности.

Занятия начинают со спокойной ходьбы в медленном темпе или среднем с постепенным ускорением и замедлением. Каждый комплекс лечебной гимнастики рекомендуется завершать ходьбой в медленном темпе для правильной регуляции кровообращения и укреплению всего организма.

У людей с ослабленной физической активностью, которые занимаются лечебной гимнастикой в исходном положении лежа или сидя, ходьба назначается в виде имитационных движений ногами [5,11,12].

Так же при приобретенных пороках сердца должен учитываться в комплексах лечебной гимнастики принцип последовательности: ходьба, упражнения для рук и плечевого пояса; упражнения для мышц туловища и ног в сочетании с глубоким дыханием на вдохе и выдохе.

Длительность и интенсивность кинезитерапии определяется видом, тяжестью порока, а также общим состоянием больного.

Перед назначением кинезитерапии больным с митральным стенозом, которых готовят к операции, проводят комплекс медицинских мероприятий для профилактики аритмии и предупреждения возникновения тромбов и послеоперационной тромбоэмболии [3,8]. Применяют упражнения для нижних



конечностей.

Назначают постельный или полупостельный двигательный режим для профилактики отека легких. Занятия лечебной гимнастикой проводят в исходном положении лежа с приподнятым изголовьем. Применяются упражнения для всех мышечных групп верхних и нижних конечностей, с ограничением для мышц туловища - в медленном темпе и ограниченной амплитудой, с небольшим мышечным усилением. Частота повторений 8-10 раз. Включаются статические дыхательные упражнения с углубленным вдохом и удлинённым выдохом, а также динамического характера с паузами отдыха при полном расслаблении мышц. Обучают откашливанию. Продолжительность занятия 10-15 минут, два-три раза в день. Плотность физической нагрузки 40-50% времени. Постепенно добавляют исходные положения сидя и стоя, дозированную ходьбу 2-5 минут. Общеразвивающие упражнения сочетают со статическими и динамическими дыхательными. Включают ходьбу по лестнице с подъемом и спуском. Продолжительность занятий увеличивается до 20-25 минут, плотность до 50-70% [11,12].

Больным с митральной недостаточностью кроме кинезитерапии назначают комплекс медицинской реабилитации. Назначают палатный и свободный двигательные режимы. Кинезитерапия проводится в форме лечебной гимнастики, утренней гигиенической гимнастики, индивидуальных занятий и ходьбы. В основном физические упражнения применяют в исходных положениях сидя и стоя. В занятия включают дыхательные упражнения с глубоким вдохом и удлинённым выдохом для уменьшения гипертензии в малом круге. Гимнастические упражнения без предметов и с предметами (гимнастические палки, волейбольные мячи) сочетают с дыхательными, на расслабление. Используются небольшие отягощения (гантели по 0,5 кг.) [8,12].

Назначают интервальную ходьбу по коридору и территории больницы по 50-100 м. три – пять раз в день, ходьбу по лестнице с подъемом и спуском. Продолжительность занятий 25-30 минут. Плотность физической нагрузки 60-80 % времени [12].

Для оценки эффективности двигательной терапии при пороках сердца важное значение имеют такие методы контроля: анализ самочувствия больного, наблюдение за его внешним видом и поведением, измерение частоты пульса до, во время и после нагрузки, измерение артериального давления, частоты дыхания; ЭКГ исследование, которое дает возможность судить о состоянии коронарного кровообращения, функциональных возможностях миокарда, наличии гипертрофии и перегрузки предсердий и желудочков, изменении электрической оси сердца.

Результати дослідження і їх обговорення. Літературні дані свідчать про те, що в останнє час більша роль віддається етапному хірургічному ліченню і реабілітації хворих з придбаними пороками серця для відновлення фізичної і умовної діяльності, сумісної з функціональним станом серця.

У хворих з придбаними пороками серця резервні можливості серцево-судинної системи к виконанню фізичних навантажень обмежені. Однак як до, так і після хірургічного лічення необхідна раціональна





двигательная терапия, способная повысить эффективность хирургического лечения и вернуть больного к нормальной жизни. Выбор безопасных средств и методов кинезитерапии требует оценки функционального состояния и его динамики под влиянием тренировочных физических нагрузок.

Выводы:

1. Анализ научно-методической литературы позволил определить, что приобретенный порок сердца – это заболевание сердечно-сосудистой системы, требующее хирургической коррекции. Среди приобретенных пороков различают недостаточность митрального клапана (митральная недостаточность), сужение левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз), комбинированные поражения клапанного аппарата сердца, недостаточность клапана аорты (аортальная недостаточность), сужение аортального отверстия (аортальный стеноз).
2. В хирургическом лечении приобретенных пороков сердца выделяют предоперационный период, который делится на период малых и средних физических нагрузок с соответствующими двигательными режимами – постельный, палатный, свободный. В работе описаны задачи, формы и средства двигательной терапии, а также описаны особенности кинезитерапии в соответствии с двигательными режимами и видами пороков.
3. Представлены методы оценки эффективности двигательной терапии больных с приобретенными пороками сердца.

Перспективы дальнейших исследований. Перспективным является исследование эффективности применения средств двигательной терапии при хирургическом лечении приобретенных пороков сердца.

Список використаної літератури

1. Амосов, Н.М. (2001). Терапевтические аспекты кардиохирургии. Киев: Здоров'я.
2. Бойко, С. М., & Калмикова, Ю. С. (2015). «Дослідження ефективності фізичної реабілітації за функціональними показниками серцево-судинної системи при комбінованих аортальних пороках». Збірник наукових праць Харківської державної академії фізичної культури, №2, 13-19.
3. Воловой, В.Л. (2004). Реабилитация больных оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. Москва: Медицина.2
4. Дубровский В. И. (2008). Лечебная физическая культура. Москва: Владос.3
5. Епифанов, В.А. (2008). Лечебная физическая культура и массаж. Москва: ГЭОТАР-МЕД. 4
6. Калмиков, С.А., & Драніщева, О.В. (2015). «Фізична реабілітація при недостатності аортального клапану». Фізична культура, спорт та здоров'я: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції, 10–11 грудня 2015 року. Харків, ХДАФК, 195-197.
7. Маколкин, В.И. (2003). Приобретенные пороки сердца. Москва: ГЭОТАР-МЕД. 5
8. Мурза, В.П. (2004). Физическая реабилитация. Киев: Олан.6
9. Мухин, В.М. (2008). Физическая реабилитация. Киев.7





10. Пархотик, И.И. (2005). Кинезитерапия в программе физической реабилитации при хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. IX Междунар. науч. конгр. «Олимпийский спорт и спорт для всех». С.815.8
11. Пархотик, И.И. (2009). Физическая реабилитация больных с приобретенными пороками сердца. Вестн. Приднпровья. 1, 103-106.9
12. Пархотик, И.И. (2015). Физическая реабилитация при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки. Киев: НУФВСУ. Олимп. лит.10
13. Kalmykov, S., & Kalmykova, Y. (2017). «Dynamics of cardiovascular parameters in combined aortic malformations under the influence of a physical therapy program during the rehabilitation process». Slobozhanskyi herald of science and sport, 6 (62), 43-47.
14. Kalmykov, S.A. (2013). «Features of method of medical physical culture at insufficiency of aortic valve». Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports, 17(1), 25-29.

Відомості про авторів

Гончарук Наталья Владимировна, канд. наук по физ. воспитанию и спорта, доцент. Мариупольский государственный университет
E-mail: goncharuknatalyaa@gmail.com

Стаття надійшла до редакції: 20.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р

