

## ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НЕСТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Підкопай Т.В., Седунова А.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

**Анотація.** Описані основні результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації нестабільній стенокардії на поліклінічному етапі лікування. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації хворих після з нестабільною стенокардією на поліклінічному етапі дозволив створити і перевірити ефективність програми фізичної реабілітації для даної категорії хворих з використанням методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

**Ключові слова:** фізична реабілітація, нестабільна стенокардія, поліклінічний етап, лікувальний масаж.

### Постановка проблеми.

Стенокардія (грудна жаба) – напади раптового болю в грудях унаслідок гострої нестачі кровопостачання міокарду – клінічна форма ішемічної хвороби серця. Стенокардія (синонім «грудна жаба» – *angina pectoris*) походить від грецьких слів, що позначають «стискування» та «серце» [4,5]. Стенокардія є симптомом комплексом, найбільш характерним проявом якого є напад болю, головним чином за грудиною, рідше в області серця, пов'язаний з гострою коронарною недостатністю, що виникає при невідповідності коронарного кровообігу запитам міокарду. Стенокардія є однією з найчастіших форм коронарної недостатності (ішемічної хвороби серця – ІХС). За даними світової статистики, ІХС дає найвищий відсоток інвалідності та смертності серед населення. У чоловіків зустрічається в 2-4 рази частіше, ніж у жінок, звичайно після 40 років і лише в 10-15% випадків в молодшому віці [5,7]. Ось чому профілактика та лікування цього захворювання є актуальною проблемою сучасної медицини.

В більшості випадків стенокардія зумовлена атеросклерозом вінцевих артерій серця. Початкова стадія останнього обмежує розширення просвіту артерії і спричиняє гострий дефіцит кровопостачання міокарду при значних фізичних або (та) емоційних перенапруженнях. Значно виражений атеросклероз вінцевих артерій, що звужує просвіт артерій на 75% і більш, спричиняє такий дефіцит вже при помірних напруженнях [7]. Появі нападу сприяє зниження припливу крові до гірл коронарних артерій (артеріальна, особливо діастолічна гіпотензія будь-якого, зокрема лікарського походження або падіння серцевого викиду при тахіаритмії; венозній гіпотензії), патологічні рефлекторні впливи з боку жовчаних шляхів, стравоходу, шийного та грудного відділів хребта при супутніх і, захворюваннях; гостре звуження просвіту коронарної артерії (необтуровальний тромб, набухання атеросклерозної бляшки). Основні механізми стихання нападу: швидке та значне зниження рівня роботи серцевого м'яза (припинення навантаження, дія нітрогліцерину), відновлення адекватності припливу крові до коронарних артерій. Основними умовами зниження частоти та припинення нападів є пристосування режиму навантажень хворого до резервних можливостей його коронарного русла, розвиток шляхів обхідного кровопостачання міокарду, стихання проявів супутніх захворювань; стабілізація системного кровообігу, розвиток фіброзу міокарду в зоні його ішемії [5,7].

**Зв'язок роботи з науковими планами:** дослідження проводилося відповідно до навчального плану

студентської науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації і рекреації в розділі фізичної реабілітації при захворюваннях внутрішніх органів.

### Аналіз останніх літературних джерел і публікацій.

Більшість приведених нами авторів дотримуються думки, що Стенокардія спокою на відміну від стенокардії напруження виникає поза зв'язком з фізичним зусиллям, частіше ночами, але в іншому зберігає всі риси важкого нападу грудної жаби та нерідко супроводжується відчуттям браку повітря, задуюю.

У більшості хворих перебіг стенокардії характеризується відносною стабільністю. Під цим розуміють деяку давність виникнення ознак стенокардії, напади якої за цей період мало змінювалися за частотою та силою, настають при повторенні одних і тих же або при виникненні аналогічних умов, відсутні поза цими умовами та стихають в умовах спокою (стенокардія напруження) або після прийому нітрогліцерину. Інтенсивність стабільної стенокардії кваліфікують так званим функціональним класом (ФК) [7]. До I ФК відносять осіб, у яких стабільна стенокардія виявляється рідкими нападами, що викликаються лише надмірними фізичними напруженнями. Якщо напади стабільної стенокардії виникають і при звичайних навантаженнях, хоч і не завжди, таку стенокардію відносять до II ФК, а в разі нападів при малих (побутових) навантаженнях – до III ФК. IV ФК фіксують у хворих з нападами при мінімальних навантаженнях, а іноді й у їх відсутність.

Стенокардія повинна насторожувати, якщо: напад виник уперше, й особливо – якщо вперше виникли напади частішають і посилюються з перших же тижнів хвороби; перебіг стенокардії втрачає свою стабільність: частота нападів наростає, вони виникають в інших, ніж раніше, умовах (при менших навантаженнях, напруженнях), з'являються і поза напруженнями (у спокої, рано вранці), як би переходять із I-II ФК до III-IV ФК; тобто перебіг стенокардії змінився, набувши суттєво нові характеристики. Зміни ЕКГ (зниження сегменту ST, інверсія зубців T, аритмії), а також невелике підвищення активності ферментів сироватки крові (КФК, ЛДГ, ЛДГ, АсАТ), як правило, відсутні в таких випадках, але наявність цих ознак додатково підтверджує нестабільність стенокардії. Передінфарктна стенокардія не завжди завершується інфарктом серця (ймовірність розвитку інфаркту складає близько 30%).

Основною діагнозу будь-якою з форм і варіантів перебігу стенокардії є правильно побудоване та ретельно проведене розпитування хворого. У неясних випадках проводять пробу з фізичним навантаженням (велотермо-

метрична проба) з метою виявлення прихованої коронарної недостатності. Тактику встановлення діагнозу визначає наступна схематична послідовність рішення основних питань: чи коронарна (ангінна) природа болю? чи є ознаки передінфарктної стенокардії? чи не зв'язано дане загострення протягом ішемічної хвороби серця з впливом поза серцевих (супутніх) захворювань? Лише переконливо аргументована негативна відповідь на перший з трьох питань дає право на пошук іншої причини (джерела) болів: виявлення у хворого іншої хвороби як джерела його больових відчуттів не може виключити наявності у нього одночасно і нападів грудної жаби як проява ішемічної хвороби серця.

Ускладнень власне стенокардії не спостерігається, якщо вона не стає виразом прогресування кардіосклерозу й якщо вона не виявляється першим проявом інфаркту міокарду, що розвивається. Тому напад стенокардії, що триває більше 20-30 хв., а також нестабільна стенокардія вимагає електрокардіографічного обстеження в найближчі години та визначення наявності реактивних зрушень активності низки ферментів у крові, температури тіла [56, 91].

Загальні принципи лікування стенокардії: навіювання хворому необхідності уникати навантажень, що приводять до нападу, користуватися нітрогліцерином без побоювань, приймати його «профілактично» в передбаченні напруження, чреватого нападом; усунення емоційного напруження, зокрема викликаного страхом, тривогою у зв'язку з хворобою (психотерапевтичні дії, призначення транквілізаторів); лікування супутніх захворювань, особливо органів травлення; заходи профілактики атеросклерозу; збереження та поступове розширення меж фізичної активності (з урахуванням функціональних можливостей хворого) [5,7].

У зв'язку з нерідкими побічними явищами, пов'язаними з медикаментозним лікуванням хворих на ІХС, зростає інтерес до немедикаментозного лікування хворих на нестабільну стенокардію. З одного боку, представляються перспективними регулярні фізичні тренування (ЛФК) у хворих на ІХС, що може сприяти скороченню прийому антиангінальних препаратів [4]. З іншого боку, останніми роками запропоновано багато методів лікування стенокардії, заснованих на використанні фізичних факторів (магнітне поле, ультразвук, лазерні й ультрафіолетові промені тощо), ефект яких вимагає серйозного наукового обґрунтування. Все це і визначає актуальність даної роботи.

**Мета статті.** Описати деякі результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації для чоловіків середнього віку чоловіків середнього віку, які страждають на нестабільну форму стенокардії, в умовах поліклініки.

#### **Виклад основного матеріалу.**

Дослідження проводилися в 3 етапи. На першому етапі була проведена робота аналітичного й узагальнювального характеру за даними спеціальної медичної літератури, в ході якої нами було вивчено основні особливості будови та функції серцево-судинної системи, які можуть призвести до розвитку ІХС (зокрема стенокардії) в осіб середнього віку; етіопатогенез, фактори ризику стенокардії, як однієї з форм ІХС, особливості клінічного перебігу нестабільної стенокардії; сучасні підходи до фізичної реабілітації осіб, які страждають на дану форму ІХС з використанням поетапного підходу, з урахуванням фаз одужання хворих, класу тяжкості хвороби, ступеня їх підготовленості.

В результаті проведеної роботи, наприкінці першого етапу досліджень нами була розроблена комплексна програма фізичної реабілітації для чоловіків середнього віку, які страждають на нестабільну стенокардію, в умовах поліклініки, яка включає класичну методику ЛФК і масаж за методикою Погосяна М.М. та

Єфіменко П.Б. [3,8], в поєднанні з фізіотерапевтичними впливами, фітотерапією та дієтотерапією.

Другий етап дослідження проходив в умовах Харківської міської клінічної багатопрофільної лікарні №17 (поліклінічне відділення). Під нашим спостереженням перебувало 27 хворих чоловічої статі у віці 50-55 років, страждаючих на нестабільну стенокардію.

Дослідження проводилося протягом 7 місяців (вересень – початок квітня 2015- 2016 рр.). Всі хворі були розділені на основну (13 чоловік) – ОГ і контрольну (14 чоловік) групи – КГ. Обидві групи пацієнтів були однорідні за статтю, віком, рівнем фізичної підготовленості (нетреновані особи), клінічним проявом захворювання (II функціональний клас – сильна група та III функціональний клас – слабка група). В ОГ було 7 осіб з II ФК і 6 – з III ФК; в КГ було по 7 осіб II і III ФК.

На третьому етапі досліджень була проведена обробка одержаних нами даних для оцінки ефективності розробленої та застосованої програми фізичної реабілітації у даного контингенту хворих. На підставі аналізу одержаних результатів були зроблені обґрунтовані висновки та дані практичні рекомендації.

Внаслідок проведеного нами первинного обстеження хворих основної та контрольної групи, в яку входили 27 чоловіків 50-55 років, які страждають на нестабільну стенокардію II і III ФК, було з'ясовано, що обидві групи обстежених хворих були однорідні за статтю, віком, рівнем фізичної підготовленості (нетреновані особи), показниками досліджуваних систем організму. В усіх хворих був у анамнезі перенесений дрібновогнищевий інфаркт міокарду, що підтверджувалося наявністю рубцюватих змін на ЕКГ. Практично усі хворі скаржилися на періодично виникаючий серцевий біль, слабкість, підвищену стомлюваність, зниження працездатності. Електрографічно

підтверджувалася наявність порушень серцевого ритму у вигляді екстрасистолії, тахіаритмії, атріо-вентрикулярної блокади I і II ступеня більше ніж у 1/2 хворих обох груп. Практично у 3/4 хворих обох груп спостерігалися патологічні типи ліпідемії. В стані спокою в обох групах у хворих була тахікардія, величини артеріального тиску знаходилися в межах вікових норм. Величина зовнішньої роботи серця - індексу напруження (ЗР) відповідала параметрам II і III функціонального класу. При оцінці типу реакції на 1,5-хвилинну пробу Мастера було приблизно однаково співвідношення адекватних і неадекватних реакцій: у КГ складало 1:1,90, в ОГ – 1:1,85. Спостерігався виражений приріст АТс, АТд і АТп після проби Мастера, а також уповільнений час відновлення показників ЧСС і АТ. Також ми виявили, що переважання парасимпатичного відділу ВНС у чоловіків ОГ було в 30,8% випадках, у КГ – у 32,4% хворих, симпатикотонія спостерігалася у 56,4% та 52,9% чоловіків відповідно ОГ і КГ. Ейтонія визначалася у 14,7% чоловіків КГ та у 12,8% чоловіків ОГ. При первинному обстеженні у чоловіків обох груп спостерігалася дисліпемія: спостерігалася підвищення рівню холестерину, тригліцеридів і ЛПНЩ, ЛПДНЩ, досить значимим було зниження кількості ЛПВЩ.

Основною ланкою комплексної програми фізичної реабілітації даного контингенту хворих на поліклінічному етапі є ЛФК в поєднанні з масажем і фізіотерапією. Нами було розроблено диференційовану комплексну програму фізичної реабілітації для хворих нестабільну стенокардію з урахуванням функціонального класу рухової активності, яка включала ЛФК, масаж, фізіотерапію, фітотерапію та дієтотерапію.

Для чоловіків обох груп при II ФК призначалася ЛГ за щадно-тренувальним режимом; дозована ходьба; короточасні пробіжки (до 1-2 хв.) у помірному темпі; участь у спеціальних групах тривалих фізичних тренувань за програмою «сильної» групи з елементами спортивних ігор; велотренування; гідрокінезотерапія; короточасна (до 10 хв.) участь у спортивних іграх (волейбол,

настільний теніс і т. ін.). Для чоловіків обох груп при III ФК призначалася ЛГ за щадним і щадно-тренувальним режимом до 20-30-35 хв.; дозована ходьба в середньому темпі; участь у групах тривалих фізичних тренувань за програмою «слабкої» групи; гідрокінезотерапія. Однак, в основній групі ми застосовували систему аеробних фізичних вправ (ходьба, дозований біг). У хворих контрольної групи застосовувалася дозована ходьба за розрахунковим методом (по формулі), як це робиться в умовах санаторію. Хворим контрольної групи пропонувався масаж за Л.А. Кунічевим[6], в ОГ – за М.М. Погосяном [8]. Із фізіотерапевтичних процедур у хворих обох груп застосовувалися електросон; електрофорез лікарських речовин; кисневі коктейлі; повітряні ванни; діадинамічні токи на зірчасті вузли. Також хворим обох груп призначалася фітотерапія за вибором. Дієта призначалася чоловікам обох груп з урахуванням типу ліпідемії, рівню АТ, ступеня серцевої недостатності.

Результати поліклінічного етапу фізичної реабілітації слід оцінювати як дуже сприятливі для чоловіків основної групи, тому що у 10 (76,9%) з них спостерігалася виразне поліпшення загального та функціонального стану організму. В контрольній групі ці явища спостерігалися лише в 8 (57,1%) осіб. Причому, в основній групі 4 пацієнта, які відносилися до III ФК перейшли до II ФК (66,7%), в контрольній групі лише 2 особи перейшли з III ФК до II ФК (28,6%). Все це підтверджувалося позитивною динамікою даних клінічних, функціональних досліджень і проведеного тестування, яка була більш значною у чоловіків ОГ. В обох групах хворих мала місце тенденція до підвищення рівню ЛПВЩ, мало місце зниження рівню загального холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ і ЛПДНЩ, що свідчило про позитивний вплив розробленої програми фізичної реабілітації в поєднанні з дієто-, фіто-, фізіотерапією та масажем, знижало ризик розвитку ускладнень атеросклерозу (зокрема прогресування нестабільної стенокардії). Слід відзначити, що ця тенденція була також більш позитивною у хворих основної групи.

#### Висновки.

1. Вивчення та аналіз джерел сучасної спеціальної літератури з проблеми фізичної реабілітації хворих чоловіків середнього віку, які страждають на нестабільну форму стенокардії, в умовах поліклініки дозволив визначити етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні ознаки, методи лікування і механізми впливу засобів фізичної реабілітації на організм постраждалих.

2. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації чоловіків середнього віку, які страждають на нестабільну форму стенокардії, в умовах поліклініки, дозволив вивчити і проаналізувати загальноприйнятту для даної категорії хворих програму фізичної реабілітації з використанням загальноприйнятих у травматології методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

3. Під впливом запропонованого нами комплексу реабілітаційних дій у хворих основної групи спостерігалася більш виражена позитивна динаміка показників, ніж у хворих контрольної групи.

4. На основі одержаних даних про динаміку вищеназаних показників у дослідженого контингенту хворих можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної реабілітації, яка включала поєднання лікувальної гімнастики, фізіотерапії та розробленої методики лікувального масажу надає загальнозміцнюючу дію на функціональний стан чоловіків середнього віку, які страждають на нестабільну форму стенокардії, в умовах поліклініки і може бути рекомендована до використання у кардіологічних відділеннях.

**Перспективи подальших досліджень.** Дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватися в подальшій науковій і практичній роботі.

#### Література:

1. Абальмасова Е.А. Методы клинического обследования / Е.А. Абальмасова, О.А. Ушакова // Травматология и ортопедия / [под ред. Ю.Г. Шапошникова]. – М.: Медицина, 1997. – Т. 1. – С. 31-87.
2. Бирюков А.А. Лечебный массаж: [учебно-пособие] / А.А. Бирюков. – К.: Олимпийская литература, 1995. – 200 с.
3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. – 2-е вид., перероб. й доп. / П.Б. Єфіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.
4. Заболевания сердца и реабилитация / [под общей ред. М.Л. Поллока, Д.Х. Шмидта]; [пер. с англ.]. - Киев: Олимпийская литература, 2000. - 408 с.
5. Крючкова Л.А. Болезни сердца / Л.А. Крючкова. - Волгоград: Учитель, 2000. - 95 с.
6. Кунічев Л.А. Лечебный массаж / Л.А. Кунічев. – К.: Вища школа, 1990. – 288 с.
7. Малая Л.Т. Терапия. Заболевания сердечно-сосудистой системы: [руководство для врачей-интернов и студентов] / Л.Т. Малая, В.Н. Хворостинка; - [2-е изд., испр. и доп.]. - Харьков: Фолио, 2005. - 1135 с.
8. Погосян М.М. Лечебный массаж / М.М. Погосян. - М.: Советский спорт, 2002. - 86 с.
9. Улащик В.С. Общая физиотерапия: [учебник] / В.С. Улащик, А.С. Лукомский. – Минск: Итерпрессервис, 2003. – С. 283-311.

#### Інформація про авторів:

**Підкопай Тетяна Володимирівна**, викладач кафедри (ХДАФК)

**Седунова Аліна Олексіївна**, студентка магістратури, група МД-5 ФР (ХДАФК)

Кафедра фізичної реабілітації і рекреації  
Харківська державна академія фізичної культури