

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ НЕУСКЛАДНЕНОГО ДРІБНОВОГНИЩЕВОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ

Таможанська Г.В., Путятіна Г.М., Остяк В.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Розглянуто мету, завдання, основні форми, засоби, методи лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапевтичних процедур після неускладненого дрібновогнещезового інфаркту міокарда на санаторному етапі. Приведено основні методики лікувальної фізичної культури на санаторному етапі.

Ключові слова: гіпотонічна хвороба, санаторний етап реабілітації, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, неускладнений дрібновогнещезовий інфаркт міокарда.

Вступ. Однією з найбільш актуальних медичних та соціальних проблем в Україні на сьогоднішній день є ішемічна хвороба серця (ІХС). У багатьох країнах світу ІХС – на першому місці серед усіх причин захворюваності й смертності населення. В Україні ІХС становить 65% у структурі смертності від захворювань системи кровообігу працездатного населення та є головною причиною інвалідизації. Аналіз динаміки стану здоров'я населення України свідчить про негативну тенденцію, а саме погіршення якості та тривалості життя. Сьогодні фактично кожний 4-й пацієнт та 5-й громадянин працездатного віку в країні має серцево-судинне захворювання.

Інфаркт міокарда є однією з основних причин інвалідності й смертності працездатного населення. Летальність при інфаркті міокарда становить 18,5 - 40%, значне число хворих вмирає від початку приступу й у більшості випадків до госпіталізації. Так, серед осіб з першим «серцевим нападом» (інфарктом міокарда) летальний результат настає в 34% із числа захворілих, причому більшість із них вмерли протягом першої години. Летальність у перші 4 тижні захворювання склала 37,5%, причому найбільш високою вона виявилася в першу годину від початку захворювання (20,5%). Із числа померлих смерть в 4-тижневий період у 80,2 % наступила протягом першої доби [1,5,6].

Мета роботи – надати клініко-фізіологічне обґрунтування комплексної фізичної реабілітації для хворих після неускладненого дрібновогнещезового інфаркту міокарда на санаторному етапі.

Завдання роботи:

1. Вивчити й проаналізувати сучасну медичну літературу по проблемі застосування засобів фізичної реабілітації після інфаркту міокарда.

2. Обґрунтувати лікувальну дію лікувальної фізичної культури, лікувального масажу та фізіотерапії, розглянути диференційний підхід до застосування засобів фізичної реабілітації для хворих на неускладнений дрібновогнещезовий інфаркт міокарда на санаторному етапі.

Методи дослідження: аналіз сучасної спеціальної науково-методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення. Інфаркт міокарда – гостре захворювання, яке обумовлене розвитком одного або декількох осередків некрозу в серцевому м'язі. Найчастіше це відбувається за причини повного або часткового припинення надходження крові до його відповідної ділянки, що виявляється порушенням серцевої діяльності. З розвитком запального процесу некротичні ділянки міокарда розсмоктуються з одночасним заміщенням їх грануляційною сполучною тканиною, що поступово перетворюється в рубцеву.

У виникненні інфаркту мають значення ті ж фактори ризику, що й для атеросклерозу: гіперхолестерінемія, артеріальна гіпертонія, паління, цукровий діабет, ожиріння, малорухомий спосіб життя, психоемоційні напруження і нервові потрясіння [1,5]. Деякі дослідження вказують й такі фактори ризику, як спадковість.

Інфаркт міокарда значно частіше зустрічається в індустріально розвинутих країнах; мешканці міста частіше хворіють, ніж сільські жителі. Захворюваність значно збільшується з віком. Інфаркт міокарда залишається однією з найчастіших причин смертності й інвалідності населення. Інфаркт міокарда розвивається у осіб, професія яких пов'язана з низькою фізичною активністю й великою нервово-психічною напругою, тобто в осіб розумової праці, що свідчить про велике значення занять фізичною культурою з метою профілактики та лікування інфаркту міокарда і його ускладнень.

Інфаркт міокарда у чоловіків зустрічається частіше, ніж у жінок, особливо в молодому й середньому віці. У віці 40 - 50 років чоловіки хворіють приблизно в 5 разів частіше, а в більше літньому віці в 2 - 2,5 рази частіше. У середньому між жінками і чоловіками вікова різниця захворювання 10 - 15 років, що пояснюється сприятливим впливом жіночих полових гормонів на ліпідний обмін, особливо на зміст і співвідношення ліпопротеїдів високої й низької оптичної щільності [1,5,6].

Механізм лікувальної дії фізичних вправ нейро-рефлекторногуморальний і надають на організм хворого (по Добровольському):

- тонізуюча дія;
- трофічна дія;
- формування компенсацій;
- нормалізацію функції.

Санаторний етап реабілітації проводиться у фазі одужання в місцевому кардіологічному санаторії, куди направляють хворого після стаціонарного лікування. Санаторний етап є природним продовженням програм лікарняного етапу реабілітації, побудова і вміст яких, як і в попередньому, залежить від міри тягаря стану хворих інфарктом міокарду у фазі одужання. Вони визначаються мірою коронарної недостатності, наявністю ускладнень, супутніх захворювань і синдромів, характером поразки міокарду. Відповідно до стану хворого визначають міру активності і програму фізичної реабілітації, що відповідають щадному, щадно-тренувальному та тренувальному руховим режимам, й є типовими для санаторно-курортного лікування.

У програмах санаторного етапу реабілітації регламентуються різні види навантажень: тренувального комплексу, побутові і дозвілля. На цьому етапі реабілітації використовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію.

ЛФК є домінуючим засобом у фізичній реабілітації хворих інфарктом міокарду на санаторному етапі відновного лікування [2].

Завдання ЛФК:

1. Покращення загального стану та збереження психологічного настрою до занять фізичними вправами;
2. Зміцнення міокарду, його скоротливої здатності та покращення коронарного кровообігу;
3. Відновлення пристосованості серцево-судинної системи до виконання тривалої роботи помірної інтенсивності, фізичних навантажень побутового і виробничого характеру [2,3,4].

Виділяють наступні форми лікувальної фізичної культури в умови санаторію:

1. Ранкова гігієнічна гімнастика - за 1-1,5 год. до сніданку.
2. Лікувальна гімнастика - через 1,5-2 год. після сніданку або через 2 години після обіду.
3. Рухливі і спортивно-прикладні ігри - у другій половині дня у вигляді дозвілля і фізкультурно-розважальних заходів.
4. Дозована лікувальна ходьба, теренкур, заняття на стежці здоров'я - в першій або в другій половині дня з врахуванням розпорядку дня і строгої регламентації навантаження.

5. Близький туризм - через 1,5 години після сніданку. Цього дня відмінюються усі фізичні навантаження і лікувальні процедури.

6. Дозована ходьба перед сніданком, після денного відпочинку, перед вечерею і сном із застосуванням загартовуючої процедури.

7. Тренувальна ходьба по сходинках сходом протягом дня: перед сніданком, через 2 год. після обіду і в другій половині дня, чергуючи з лікувальною дозованою ходьбою або теренкуром [2,4].

Спочатку ЛФК проводять за програмою вільного режиму стаціонару. Він триває 1-3 дні, а інколи і 7, що визначається індивідуальними особливостями перебігу захворювання і швидкістю адаптації хворого до нових умов. Далі його переводять на щадний режим.

Щадний руховий режим триває від 6-7 до 10-12 днів.

Форми: РГГ і ЛГ, лікувальну ходьбу, прогулянки, ходьбу по сходах. У комплексах застосовуються фізичні вправи для всіх м'язових груп з вихідних положень стоячи і сидячи в повільному темпі для крупних м'язів і в середньому - для менших. Включають ходьбу з високим підніманням стегна, на шкарпетках, вправи в киданні і лові м'яча. Тривалість заняття по ЛГ, що проводиться в групах, близько 25 хвилин. Дистанція лікувальної ходьби збільшується до 1 км., а темп кроків - до 80-100 за 1 хвилину. Хворому дозволяються прогулянки на відстань до 4 км. в темпі на 10 кроків за 1 хв. менше, ніж під час лікувальної ходьби, під'їм по сходах на 2-3-й поверхи в темпі одна сходинка за 2 с. Він може дивитися телевизор, грати в шахи, шахи гіганти, шашки, доміно, ходити в кіно, на концерт. Допустимий пік ЧСС при будь-яких навантаженнях при цьому режимі складає 100 в 1 хв., і утримувати його рекомендують 3-5 хв. Це пояснюється тим, що для досягнення фізичного навантаження такого рівня, що тренує, необхідна тривалість піку ЧСС 3-6 хв. Доведено, що період посиленої фізичної напруги менше 3 хв. не здатний стимулювати розвиток компенсаторних процесів, а більше 5-6 хв. Може викликати гіпоксію міокарду протягом дня, кількість пікових періодів навантаження може бути 4-5 за весь день при виконанні різних фізичних вправ.

Щадно-тренувальний руховий режим, який триває від 7-8 до 9-10 днів, направлений на подальше збільшення фізичних навантажень за рахунок часу занять ЛГ до 30-40 хв., Лікувальної ходьби до 2 км. в темпі 100-110 кроків в хвилину, прогулянок і відстань 4-6 км. в

день, під'їм по сходах на 3-4-й поверхи в темпі одна сходинка за 1 з, малорухливих елементів спортивних ігор, нешвидких танців. Допустимий пік ЧСС в цьому режимі досягає 110 в 1 хв., Тривалість його 3-6 хв. і повторюватися він може 4-6 раз на день.

Тренувальний руховий режим призначають не усім хворим. Він доступний тим, хто засвоїв фізичні навантаження попереднього режиму і у нього немає прояви коронарної і серцевої недостатності, порушень ритму серця. Цей режим триває від 3-4 до 7-8 днів. Тренувального ефекту досягають за рахунок складності і інтенсифікації вправ, амплітуди рухів, вихідних положень, короткочасного бігу в повільному темпі, тривалість занять ЛГ до 35-40 хв. Збільшують дистанцію лікувальної ходьби до 3 км. і темп її зростає до 110-120 кроків в 1 хв.. Відстань прогулянок до 7-10 км. в день, підйом по сходах на 3-4-й поверхи в темпі одна сходинка за 1 с. Форми ЛФК доповнюють рухливими і спортивними іграми по спрощених правилах, ходьбою на лижах, плаванням, близьким туризмом. Пік ЧСС на тренувальному режимі може бути до 120 в 1 хв., Тривалість його 3-6 хв. і повторюються такі списи 4-6 разів за весь день виконанням різних фізичних навантажень [3].

Лікувальний масаж направлений на активізацію периферичного крово- і лімфообіг, поліпшення коронарної гемодинаміки і обмінних процесів в міокарді, стимуляцію регулюючих функцій ЦНС, підготовку серцево-судинної системи до відновлення фізичної працездатності організму. Застосовують класичний і сегментарний - рефлекторний масаж, використовуючи погладження і розтирання паравертебральних зон. Проводиться масаж міжреберних проміжків, м'язів спини і шиї, нижніх і верхніх кінцівок, сідниць, живота. Роблять погладження ділянки серця, грудини, лівої лопатки і лівої руки; розтирання і розминка лівого великого грудного м'яза і м'язів лівого плеча, вібраційне погладження ділянки серця.

Фізіотерапію застосовують для стимуляції компенсаторно-приспосувальних механізмів, зменшення невротичних порушень; поліпшення скоротливої здатності міокарду, коронарної гемодинаміки активізації периферичного кровообігу, гартування. Використовують електрорсон, ДМХ-терапію ділянки верхньогрудного відділу хребта - рефлексогенної зони серця, електрофорез лікарських речовин, місцеві ножні і ручні вуглекислі, сульфідні, радонові, йодобромні ванни, аеротерапію, часткові сонячні ванни або ультрафіолетове опромінення, повітряні ванни, обтирання, обливання [2].

Висновки:

1. Ґрунтуючись на даних літературних джерел, нами була складена програма фізичної реабілітації. Особливості даної програми полягає у використанні комплексу реабілітаційних заходів: лікувальної гімнастики, лікувального масажу і фізіотерапевтичних процедур після неускладненого дрібновогнищезового інфаркту міокарда на санаторному етапі.

2. Були визначені завдання, засоби, форми, методи та методики лікувальної фізичної культури, масажу і фізіотерапевтичних процедур після неускладненого дрібновогнищезового інфаркту міокарда на санаторному етапі.

3. ЛФК на поліклінічному етапі призначають за трьома руховими режимами: щадному, щадно-тренувальному та тренувальному.

Перспективою є розробка та наукове обґрунтування комплексної програми фізичної реабілітації для хворих після неускладненого дрібновогнищезового інфаркту міокарда на стаціонарному етапі.

Література:

1. Малая Л. Т. Лечение болезней сердца и сосудов / Л. Т. Малая. - Харьков: Вища школа, 1982. -447 с.

2. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник [для студ. вищ. навч. закладів фіз. виховання і спорту] / В.М. Мухін. - К.: Олімпійська література, 2005. 471 с.

3. Николаева Л.Ф. Реабилитация больных ИБС / Л.Ф. Николаева, Д.М. Аронов. - М.: Медицина, 1988. - 228 с.

4. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Х.: СПДФО Бровін О.В., 2011. - 312 с.

5. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/nonST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/NonST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine / J.L. Anderson,

C.D. Adams, E.M. Antman [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — № 50(7). — e1e157.

6. Validation of the 99th percentile cutoff independent of assay imprecision (CV) for cardiac troponin monitoring for ruling out myocardial infarction / F.S. Apple, C.A. Parvin, K.F. Buechler [et al.] // Clin. Chem. — 2005. — № 51(11). — P. 21982200.

Інформація про авторів:

Таможанська Ганна Володимирівна, старший викладач кафедри (ХДАФК)

Путятіна Галина Миколаївна, к.фіз.вих., доцент
Кафедра менеджменту фізичної культури (ХДАФК)

Остяк Владислава Олександрівна, студентка 4 курсу
денного відділення, напрям підготовки Здоров'я людини
(ХДАФК)

Кафедра фізичної реабілітації і рекреації
Харківська державна академія фізичної культури