

УДК:615.817: 616-005.8

Тихончук Марія, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.м.н. доцент Оксюта В. М. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне).

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

***Анотація.** У статті розглянуто поняття реабілітації хворих, що перенесли неускладнений інфаркт міокарда та ступінь її актуальності в сучасних дослідженнях. Детально вивчено та проаналізовано засоби фізичної реабілітації: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія та їх комплексне використання у фізичній реабілітації.*

***Ключові слова:** інфаркт міокарда, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, фізіотерапія.*

***Аннотация.** В статье рассмотрено понятие реабилитации больных, перенесших неосложненный инфаркт миокарда, и степень ее актуальности в современных исследованиях. Подробно охарактеризированы и проанализированы средства физической реабилитации: лечебная физическая культура, лечебный массаж, физиотерапия, механотерапия и их комплексное использование в физической реабилитации.*

***Ключевые слова:** инфаркт миокарда, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, физиотерапия.*

***Annotation.** The article discusses the concept of rehabilitation of patients after uncomplicated myocardial infarction, and the degree of its relevance in the modern studies. The means of physical rehabilitation, therapeutic physical training, therapeutic massage, physiotherapy, hydrotherapy and their comprehensive use in physical rehabilitation are considered and analyzed in details.*

***Keywords:** myocardial infarction, physical rehabilitation, therapeutic physical training, physiotherapy.*

Одне з провідних місць в клініці внутрішніх хвороб займає серцево-судинна патологія. До захворювань серцево-судинної системи відносяться міокардит, дистрофія міокарда, ендокардит, перикардит, вроджені вади серця, атеросклероз, облітеруючий ендартерійт, інфаркт міокарда та ін.

Інфаркт міокарда найпоширеніше захворювання серед серцево-судинної патології, але до кінця XIX століття у хворих він практично не діагностувався. Тенденція до поширеності цієї патології почала досягати на початку нашого століття і зараз займає одне з перших місць у структурі захворювань серцево-судинної системи. Починаючи з 30-х років частота виникнення інфаркту міокарда неухильно зростала, особливо серед чоловіків 30–44 років. Збільшення частоти на інфаркт міокарда, яке спостерігається в останні роки, особливо в найактивнішому середньому віці, тяжкий перебіг і висока летальність поставили боротьбу з цим захворюванням на одне з провідних місць в сучасній кардіології [3; 4].

Проблеми фізичної реабілітації хворих при інфаркті міокарду досліджували такі вчені, як: Л. Ф. Ніколаєва, Д. М. Аронов, К. Т. Євсенко. У роботах цих авторів обґрунтовані реабілітаційні методики та широке їх використання у практиці з хворими на інфаркт міокарда. В основі яких лежить використання переважно динамічних фізичних навантажень у вигляді гімнастичних вправ і дозованої ходьби [2].

Фізична реабілітація є обов'язковою складовою програми реабілітації хворих після інфаркту міокарда. Вона покращує фізичний та психічний стан здоров'я, зменшує частоту госпіталізацій та смертність. Для України є дуже актуальним створення таких програм, які можна було широко впроваджувати в наших умовах. Програма має бути недорогою, ефективною, орієнтованою на довгострокове продовження в домашніх умовах. Проте інформація щодо широкомасштабних рандомізованих досліджень у вітчизняній літературі відсутня.

Метою статті є теоретичний аналіз використання засобів фізичної у реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда.

Інфаркт міокарда (ІМ) – це ішемічний некроз ділянки серцевого м'яза, що виникає внаслідок гострої невідповідності між потребою міокарда в кисні та доставці його коронарними судинами.

Основною причиною ІМ є атеросклероз коронарних артерій, ускладнений розривом атеросклеротичної бляшки і тромбозом. Безпосередніми причинами розриву атеросклеротичної бляшки є несприятливий вплив гемодинаміки, коливання тонуусу коронарних артерій (пов'язані зі зміною частоти серцевих скорочень та рівня катехоламінів крові), незадовільний стан колатерального кровопостачання.

Інфаркт міокарда класифікують за низкою ознак. Зокрема у перебігу захворювання розрізняють такі періоди: 1) продромальний (період провісників, тривалість від декількох годин до місяця, цього періоду часто не буває); 2) дуже гострий (від розвитку ішемії до виникнення некрозу, триває від 30 хв. до 2 годин); 3) гострий (утворення ділянки некрозу і міомаляції, триває 2–10 днів, при зтяжному і рецидивуючому перебігу довше); 4) підгострий (завершення початкових процесів організації рубця,

заміщення некротизованої тканини грануляційною, триває до 4–5 тижнів від початку захворювання); 5) після інфарктний (період остаточного формування й ущільнення рубця, адаптації міокарда до нових умов функціонування, триває до 3–6 місяців). Кожен з цих періодів характеризується відповідними змінами ЕКГ.

За локалізацією інфаркт міокарда поділяють на передній, задній, бічний (можливі різні комбінації ділянок ураження).

Якщо протягом 8–тижневого періоду захворювання виникають нові осередки некрозу, це свідчить про рецидивуючий інфаркт міокарда. Рецидиви бувають ранні (найчастіше протягом перших 7–10 днів) і пізні. До повторного інфаркту міокарда відносять випадки виникнення нового осередку некрозу тієї чи іншої локалізації не раніше як через 8 тижнів після початку першого [4; 5].

Больовий приступ при інфаркті міокарду супроводжується загальною слабкістю, вираженою пригніченістю, відчуттям страху. Іноді посилюється потовиділення. Нерідко буває задишка.

Об'єктивно відзначають блідість або ціаноз шкіри і слизових оболонок, акроціаноз, тахіпноє. Характерне виникнення стійкої тахікардії, рідше буває брадикардія, яка, коли не зумовлена порушенням провідності, звичайно короткочасна.

У більшості хворих на інфаркт міокарда спостерігається температурна реакція, вираженість і тривалість якої залежить не тільки від розмірів осередку ураження, а й значною мірою від загальної реактивності організму. Максимум підвищення температури тіла спостерігається на 2–3–й день захворювання з наступним зниженням і нормалізацією до 7–10–го дня.

Лікувально-реабілітаційні заходи при даній патології повинні бути спрямовані на поліпшення постачання міокарда киснем за рахунок збільшення його доставки до серця або зменшення потреби в ньому. Завдання відновного лікування при інфаркті міокарда полягають в поліпшенні нейрогуморальної та гормональної регуляції коронарного кровообігу міокарда, нормалізації порушеної системної та регіональної гемодинаміки, скоротливості міокарда і мікроциркуляції, поліпшенні обмінних процесів в організмі, підвищенні резервних можливостей коронарного кровообігу міокарда [3; 4].

У даній час реабілітація таких хворих пов'язана з ранньої активізацією, яка, як показує ряд досліджень, в поєднанні з лікувальною гімнастикою покращує клінічний перебіг захворювання, не збільшуючи кількості ускладнень, більш повно відновлює фізичне здоров'я і сприятливо впливає на віддалений прогноз [2; 3].

Фізична реабілітація на стаціонарному етапі спрямована на досягнення такого рівня фізичної активності хворого, при якому він міг би себе

обслуговувати, підніматися на один поверх по сходах і здійснювати прогулянки до 2–3 км в 2–3 прийоми протягом дня без істотних негативних реакцій.

В умовах стаціонару весь процес реабілітації базується на трьох рухових режимах: постільний; палатний (напівпостільний); вільний.

Під час постільного режиму вирішуються такі завдання: поліпшення нервово-психологічного стану хворого; поступове підвищення адаптації організму до фізичного навантаження; зниження судинного тону; активізація функції серцево-судинної системи шляхом тренування інтра- і екстракардіальних чинників кровообігу [1; 5].

На етапі палатного (напівпостільного) режиму вирішуються такі завдання: усунення психологічного пригнічення хворого; поліпшення адаптації серцево-судинної системи до збільшуваних навантажень за допомогою чітко дозованого навантаження; поліпшення периферичного кровообігу, усунення застійних явищ; навчання правильному диханню і психічній саморегуляції.

Вільний руховий режим спрямований на розширення фізичної активності хворого. У період вільного режиму вирішуються завдання: поліпшення функціонального стану центральної нервової системи і її регуляторних механізмів; покращення загального стану організму; адаптація серцево-судинної і дихальної систем до фізичних навантажень; зміцнення міокарду, поліпшення обмінних процесів в організмі [2;5].

Також рекомендується застосовувати лікувальний масаж, вплив якого сприяє: нормалізації діяльності ЦНС; зменшенні головного болю, судинного тону і артеріального тиску; поліпшенні функції серцево-судинної системи. При цьому використовують сегментарно-рефлекторний масаж, діючи на паравертебральні зони верхньогрудних і шийних спинномозкових сегментів D₃–D₁ та C₇–C₂. Масажують лобну і волосяну ділянку голови, задню поверхню шиї, комірцеву зону, застосовуючи погладження, розтирання і розминання [5].

Фізіотерапія спрямована на підсилення процесів гальмування в ЦНС, зниження тону периферичних судин, розширення судин нирок, поліпшення кровообігу і обміну речовин.

Застосовують електросон – використовуються імпульсні струми за седативною методикою, із невеликою частотою імпульсів (5–20 Гц), силою струму 7–8 мА, тривалістю дії 20–30 хв. Призначається через день, на курс лікування рекомендується 10–15 сеансів [4; 5]. Можна також застосовувати діадинамічні струми Бернара на синокаротидну ділянку (5–7 процедур на курс лікування), ультразвук на ділянку нирок (3–5 хв., курс лікування складається з 10–15 процедур), фонофорез апресину (застосовується 2 % апресинова мазь), синусоїдальні модульовані струми на ділянку проекції нирок (тривалість процедури – 10 хв., курс лікування

складається з 10 процедур), сірководневі ванни з концентрацією не вище ніж 25–50 мг/л, радонові ванни.

Отже проведений аналіз та узагальнення інформації спеціальної літератури свідчать про необхідність застосування засобів фізичної реабілітації при лікуванні хворих інфарктом міокарда. У реабілітації хворих найбільш ефективним є комплексний підхід, який включає лікувальну фізичну культуру, дозовану ходьбу, масаж, фізіотерапію. Рання початок проведення реабілітації важливий з погляду профілактики можливості дегенеративних змін і побічних ефектів хвороби та інвалідності.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою науково обґрунтованої комплексної програми фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда.

1. Апанасенко Г. Л. Лечебная физкультура при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / Г. Л. Апанасенко, Т. Л. Волков, Р. Г. Науменко. – К. : Здоровье. 1987. – 147 с. **2.** Жарська Н. В. Застосування фізичної реабілітації у осіб з ішемічною хворобою серця у післялікарняному періоді / Н. В. Жарська // Молода спортивна наука України : [зб. наук.пр. з галузі фіз. культури та спорту]. – Л., 2006. – Вип.10, т.4, кн. 2. – С.50–53. **3.** Реабілітація хворих на інфаркт міокарда. Методичні рекомендації / М. Швед, Л. В.Левицька, В. Б. Коваль, Н. М. Вівчар, З. А. Ясеник, А.М. Буртняк. –Тернопіль: ТМУ ім. І.Я. Горбачевського, 2011. **4.** Мухін В.М. Фізична реабілітація: Підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту./ В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література. – 2000. – 422 с. **5.** Физическая реабилитация: учеб.для студ. высших учеб. заведений / под. общей ред. проф. С. Н. Попова. – Изд. 2-е. – Ростов /Д: Феникс, 2004. – С. 271 – 278.