

**ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ,
ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА**

Волкова Світлана

Комунальний вищий навчальний заклад

«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради

Анотація:

Інфаркт міокарда – це вогнищевий некроз серцевого м'яза після гострого порушення коронарного кровообігу. У статті показано, що в останні 20 років летальність від цього захворювання зросла на 60%. Визначено чотири етапи реабілітації хворих на інфаркт міокарда: стаціонарний, поліклінічний, санаторний, підтримувальний. Представлено методику фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда за чотирма руховими режимами; проаналізовано підготовку до ходьби; розкрито чинники, що провокують інфаркт міокарда.

Ключові слова:

інфаркт міокарда, фізична реабілітація, етапи, рухові режими, спадковість, спосіб життя

Myocardial infarction is focal necrosis of the cardiac muscle due to acute violation of the coronary circulation. The article shows that in the last 20 years the lethality from this disease has increased by 60%. Four stages of rehabilitation of patients with myocardial infarction have been determined: stationary, polyclinic, sanatorium, supporting. The technique of physical rehabilitation of patients with myocardial infarction in four motion states is presented; the preparation for walking is analyzed; the factors provoking myocardial infarction are revealed.

myocardial infarction, physical rehabilitation, stages, motion states, heredity, way of living

Інфаркт міокарда – это очаговый некроз сердечной мышцы вследствие острого нарушения коронарного кровообращения. В статье показано, что в последние 20 лет летальность от этого заболевания возросла на 60%. Определены четыре этапа реабилитации больных инфарктом миокарда: стационарный, поликлинический, санаторный, поддерживающий. Представлена методика физической реабилитации больных инфарктом миокарда по четырем двигательным режимам; проанализирована подготовка к ходьбе; раскрыты факторы, провоцирующие инфаркт миокарда.

инфаркт миокарда, физическая реабилитация, этапы, двигательные режимы, наследственность, образ жизни

Постановка проблеми. Інфаркт міокарда – це вогнищевий некроз серцевого м'яза внаслідок гострого порушення коронарного кровообігу.

За даними статистики, протягом останніх 20 років летальність від цієї недуги зросла більш ніж на 60%, і вона істотно «помолодшала». Якщо раніше гострий стан зустрічався серед людей 60–70-річного віку, то зараз вже мало кого здивує виявлення інфаркту міокарда у 20–30-річних. Варто зазначити й той факт, що ця патологія часто призводить до інвалідизації хворого, яка вносить вагомі негативні корективи в спосіб його життя [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Уперше клініку інфаркту міокарда в 1909 р. описали відомі українські терапевти В. П. Образцов і М. Д. Стражеско, вони ж і вперше прижиттєво встановили діагноз.

У 80–85% усіх випадків буває класичний варіант інфаркту міокарда (status anginosus). Хвороба починається з гострого ангінозного нападу за грудниною тривалістю більше 30 хв. При зборі анамнезу більше половини хворих вказують, що протягом останніх 1–3 тижнів до розвитку інфаркту міокарда в них були затяжні напади стенокардії (нестабільної), які не знімались нітратами. Частіше тривалий ангінозний біль виникає в спокої в першій половині дня, має хвилеподібний характер, тривалістю до кількох годин і навіть днів. Біль може поширюватися на ліву половину грудної клітки, ліву руку, нижню щелепу, епігастрій. Хворі відчувають стискання або печію в грудях. У осіб молодого і середнього віку бувають виражені вегетативні розлади: пітливість, тахікардія, аритмія, нудота, блювання, артеріальна гіпертонія або гіпотонія. Свідомість, як правило, збережена, хоча в окремих випадках спостерігають неспокій або збудження [2–4].

Основним засобом відновлення хворих після інфаркту міокарда є фізична реабілітація, яка включає в себе лікувальну фізичну культуру, оздоровчу гімнастику, ходьбу, масаж.

Мета дослідження – узагальнити науково-методичні дані теоретичного аспекту фізичної реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда.

Методи дослідження:

- метод аналізу науково-методичних джерел;
- аналітичний;
- синтезу.

Результати дослідження та їх обговорення. А. В. Магльований [5] зазначає, що фізична реабілітація хворих на інфаркт міокарда покликана вирішити низку важливих завдань:

- створення умов, що зменшують гемодинамічне навантаження на серце;
- корекція психоемоційного стану пацієнта;
- профілактика тромбозу дрібних гілок легеневої артерії;
- нормалізація функцій вегетативної нервової системи;
- навчання хворого правильного типу дихання;
- підвищення кисневої ємності крові;
- нормалізація білкового й азотистого обміну, профілактика м'язової гіпотрофії;
- поліпшення центральної гемодинаміки;
- помірна стимуляція кровообігу.

Реабілітація хворих на інфаркт міокарда починається з перших днів перебування у стаціонарі. Особливістю реабілітації хворих на інфаркт міокарда є багатоплановість.

Сьогодні на стаціонарному етапі методики фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда розрізняють чотири рухових режими:

- суворий постільний (I ступінь рухової активності);
- постільний полегшений (II ступінь рухової активності);
- напівпостільний, або палатний (III ступінь рухової активності);
- загальний (IV ступінь рухової активності) [9].

Суворий постільний режим. Тривалість занять: 5–10 хв.

Вихідне положення: лежачи на спині з трохи піднятим головним кінцем ліжка, лежачи на правому боці.

Вид вправ: прості, гімнастичні, вправи для кінцівок, дихальні, статичні та динамічні на розслаблення. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ: 1:1. Темп виконання вправ: повільний. Амплітуда рухів: для дрібних суглобів – повна, для великих – обмежена. Кількість повторень: 3–4.

Метод занять: індивідуальний. Допустима ЧСС за хв.: 80–90.

Постільний полегшений режим. Тривалість занять: 10–15 хв.

Вихідне положення: таке ж, з опущеними ногами, сидячи на стільці.

Вид вправ: такі ж і для тренування вестибулярного апарату, самомасаж кінцівок. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ: 1:2. Темп виконання вправ: повільний. Амплітуда рухів: та ж. Кількість повторень: 3–4.

Метод занять: індивідуальний. Допустима ЧСС за хв.: 80–90.

Палатний режим. Тривалість занять: 15–20 хв.

Вихідне положення: лежачи, сидячи на ліжку, на стільці, стоячи.

Вид вправ: такі ж і гімнастичні вправи для великих м'язів кінцівок, тулуба. Присідання з опорою на стілець, прості вправи на координацію, рівновагу та увагу. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ: 1:3. Темп виконання вправ: повільний для великих і середніх м'язових груп, середній – для дрібних. Амплітуда рухів: повна. Кількість повторень: 4–5.

Метод занять: малогруповий. Допустима ЧСС за хв.: 90–100.

Загальний режим. Тривалість занять: 20–30 хв.

Вихідне положення: сидячи і стоячи.

Вид вправ: вправи з гімнастичною палицею, м'ячем, на тренажерах; елементи рухливих ігор. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ: 1:4. Темп виконання вправ: той же. Амплітуда рухів: повна. Кількість повторень: 5–6.

Метод занять: груповий. Допустима ЧСС за хв.: 90–100.

Підготовка до ходьби здійснюється попередньо під час занять лікувальною гімнастикою (імітація ходьби сидячи на стільці або на ліжку), потім хворий засвоює ходьбу палатою, коридором. Лікувальна ходьба в палаті починається з 5–10 м, сягаючи 20 м за один раз. Після того як хворі засвоїли ходьбу в палаті, переходять до наступного етапу – ходьби коридором. Спочатку хворих підстраховує методист, а через деякий час лікувальна ходьба в межах відділення здійснюється самостійно. Дистанція ходьби – 50–75 м, темп – 60–70 кроків за 1 хв. із відпочинком на середині дистанції. Протягом першого тижня занять лікувальною ходьбою засвоюється дистанція 200–300 м, другого – 400–600 м, третього – 600–700 м. При цьому швидкість ходьби можна збільшити до 80 кроків за 1 хв., але частота серцевих скорочень не повинна перевищувати вихідних величин більше ніж на 10–15 уд./хв. [8].

Розрізняють чотири етапи реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда: стаціонарний, поліклінічний, санаторний етап реабілітації та етап підтримувальної реабілітації [1; 6; 7].

Основними принципами поетапної системної реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда, є:

- ранній початок;
- комплексне використання всіх видів;
- безперервність і наступність між фазами;
- запровадження системи фізичних навантажень для кожного хворого, здатної підтримувати достатній рівень активності протягом тривалого часу.

Погляди на реабілітацію хворих на інфаркт міокарда за останні роки сильно змінилися. Якщо ще 20 років тому хворі перебували в режимі тривалої гіподинамії з першого дня захворювання, то сьогодні швидка активізація при неускладненому перебігу або швидко купірованими ускладненнями є більш прийнятною методикою під час лікування інфаркту міокарда.

Проте варто зазначити, що оптимальні терміни розширення режиму мають бути індивідуальними для кожного хворого. Існує кілька видів програм реабілітації, залежно від належності хворого до одного із чотирьох класів тяжкості або до функціонального класу.

Стаціонарний етап, головне призначення якого – відновлення здатності хворого до самообслуговування, запобігання погіршенню стану серцево-судинної системи, скелетної мускулатури й інших органів і систем унаслідок гіподинамії. Цей етап включає психологічну підготовку хворого до подальшого розширення фізичного навантаження. Сучасні соціально-економічні умови змушують враховувати високу вартість перебування хворого в спеціалізованому кардіологічному відділенні або в палаті інтенсивної терапії. В таких умовах метою стаціонарного етапу є якнайшвидше відновлення фізичного та психологічного стану хворого, підготовка його до наступного етапу реабілітації.

Поліклінічний етап. Після виписування зі стаціонару хворий перебуває під наглядом лікаря-кардіолога в поліклініці, де є кабінет або відділення реабілітації. На цьому етапі кардіолог здійснює систематичні спостереження за станом хворого, оцінюючи дані ЕКГ, біохімічні показники крові, коригує медикаментозне лікування.

Санаторний етап реабілітації хворий проходить на базі санаторно-курортних закладів (спеціалізовані кардіологічні санаторії). Тут хворі виконують програму фази одужання. Санаторний етап, як і стаціонарний, має кілька рівнів, починаючи з моменту надходження до санаторію і закінчуючи завершенням терміну тимчасової непрацездатності.

Етап підтримувальної реабілітації здійснюється під наглядом дільничного терапевта з періодичними консультаціями і контролем кардіолога, цей етап може здійснюватися як до, так і після санаторного етапу реабілітації.

Хворим після інфаркту міокарда показаний масаж комірцевої зони, області серця та спини. Деякі автори [6; 7] рекомендують легкий масаж ніг перед процедурою лікувальної гімнастики в ранні терміни після інфаркту і в пізні терміни (від 10 міс. до 5 років) після інфаркту. Автори

також вказують, що раннє застосування масажу та лікувальної гімнастики, починаючи з 3–5 дня захворювання інфарктом міокарда, скорочує на 3–5 днів перебування хворих в стаціонарі.

Г. П. Арутюнова [2], Б. М. Ліповецький [4], Д. Котко [7] та інші [3] виділяють основні фактори, які підвищують ризик виникнення інфаркту міокарда. Автори [2–4; 7] називають дві групи: спосіб життя та стан здоров'я.

До основних складових способу життя, які провокують інфаркт міокарда, належать:

Гіподинамія. Малорухливий спосіб життя – бич нашого часу, величезна кількість технічних досягнень значно полегшують наше життя, але саме це й повільно вбиває. Сьогоднішні діти практично забули про рухливі ігри, основний час вони проводять біля телевізорів або за комп'ютером.

Психоемоційне перенапруження. До цієї групи належать особи, спосіб життя і професійна діяльність яких пов'язана з тривалими стресовими навантаженнями. А також люди, які в силу своїх особливостей надмірно емоційно сприймають події свого життя.

Ожиріння. Чим вище ступінь ожиріння, тим більше ризик виникнення інфаркту. В міру збільшення ваги пацієнта в організмі відбуваються збої загального обміну речовин, зокрема жирового. Надлишковий жир відкладається не тільки в підшкірно-жировій клітковині та черевних сальниках, а ще й на поверхні серця, що може провокувати механічний тиск на коронарні артерії.

Зловживання алкоголем. Підвищує артеріальний тиск, постійна інтоксикація значно порушує обмінні процеси, призводить до виснаження серцевого м'яза (дистрофії міокарда).

Паління. Нікотин значно знижує рівень кисню в крові, утворюючи патологічні з'єднання з гемоглобіном, при цьому рівень гемоглобіну в курців нерідко перевищує норму, але він не справляється з транспортом кисню. Другим несприятливим ефектом нікотину є порушення тону судин і підвищення артеріального тиску. Кожна сигарета викликає короточасну тахікардію, підвищуючи потребу міокарда в кисні.

Спадковість. Учені прийшли до однозначного висновку про існування спадкової схильності до інфаркту. Е. Ш. Халдеї звернув увагу, що існує зовнішня ознака – діагональна складка мочки вуха, зустрічається в людей, які страждають на ішемічну хворобу серця ускладненої інфарктом частіше, ніж у здорових людей.

Спосіб життя на 50% визначає стан здоров'я, провокуючими інфаркт міокарда є такі показники:

Атеросклеротичне ураження коронарних судин. Це захворювання пов'язують із порушенням жирового обміну, воно має безліч причин і досить складний патогенез. Але основна суть полягає в тому, що на внутрішніх стінках судин відкладаються атеросклеротичні бляшки, які значно звужують просвіт судин аж до повної закупорки, знижують еластичність і тонус, роблять їх крихкими, порушують нормальний кровотік, сприяючи утворенню тромбів. Отже, атеросклероз один із важливих факторів виникнення інфаркту.

Гіпертонічна хвороба. Підвищення артеріального тиску, збільшує потребу міокарда в кисні. При неадекватному лікуванні і злоякісних формах гіпертонії може розвиватися лівошлуночкова серцева недостатність.

Ішемічна хвороба серця. ІХС – хронічне порушення коронарного кровообігу. Вказівка на перенесені раніше інфаркти різного ступеня тяжкості.

Цукровий діабет. Стабільне підвищення рівня глюкози в крові згубно впливає на стан судинного русла, змінює нормальну формулу крові, порушує транспортну функцію гемоглобіну.

Аналіз факторів ризику інфаркту міокарда показує, що вони взаємопов'язані, та основним є спосіб життя людини.

Висновки. Таким чином, інфаркт міокарда – це вогнищевий некроз серцевого м'яза внаслідок гострого порушення коронарного кровообігу. Протягом останніх 20 років летальність від цієї недуги зросла більш ніж на 60%, і вона істотно «помолодшала». Реабілітація після

інфаркту міокарда спрямована на відновлення організму і на попередження нових нападів. Програма підбирається індивідуально для конкретного пацієнта з урахуванням уражень серцевого м'яза і загального стану.

Виділяють чотири етапи реабілітації: стаціонарний, поліклінічний, стаціонарний та етап підтримувальної реабілітації.

Фізична реабілітація покликана відновити фізичну працездатність хворих, які перенесли інфаркт міокарда, що досягається за допомогою адекватної активізації на ранніх етапах одужання, призначення лікувальної гімнастики вже через 2–3 доби після початку захворювання за умови ліквідації гострого больового синдрому та за відсутності ускладнень або їх швидкому купіруванні.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на узагальнення зарубіжного досвіду фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда.

Список використаних літературних джерел

1. Гарасева Т. С. Физическая реабилитация / Т. С. Гарасева. – Москва : Медицина, 2004. – 608 с.
2. Кардиореабилитация / под ред. Г. П. Арутюнова. – Москва, 2013. – 336 с.
3. Коваленко В. М. Кардіологія в Україні: вчора, сьогодні і в майбутньому (до 10-річчя Академії медичних наук України) / В. М. Коваленко // Укр. кардіологічний журнал. – 2003. – № 2. – С. 9–16.
4. Липовецкий Б. М. Инфаркт, инсульт, факторы риска / Б. М. Липовецкий. – Москва : Наука, 1999. – 301 с.
5. Магльований А. В. Основи фізичної реабілітації / А. В. Магльований, В. М. Мухін, Г. М. Магльована. – Львів : ВМС, 2006. – 148 с.
6. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И. Н. Макаровой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с.
7. Рекомендации по реабилитации при заболеваниях сердца / науч. ред. Д. Котко ; пер. с англ. Г. Гончаренко. – Киев : Олимпийская литература, 2011. – 240 с.
8. Селуянов В. Н. Технология оздоровительной физической культуры / В. Н. Селуянов. – Москва : Спорт Академ Пресс, 2001. – 172 с.
9. Сухан В. С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи : методичні рекомендації / В. С. Сухан, Л. В. Дичка, О. С. Блага. – Ужгород, 2014. – 62 с.
10. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда / А. Л. Сыркин. – Москва : ООО Мед. информ. агентство, 2006. – 466 с.