

Міністерство освіти і науки України  
Північно-Східний науковий центр НАН України та МОН України  
Національний університет  
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

# Тези

**72-ої наукової конференції професорів,  
викладачів, наукових працівників,  
аспірантів та студентів університету,  
присвяченої 90-річчю  
Національного університету  
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»**

**Том 2**

**21 квітня – 15 травня 2020 р.**

Полтава 2020

## **ДИСПАНСЕРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИЙ ЕТАП РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА**

Серед головних завдань диспансерно-поліклінічного етапу фізичної реабілітації хворих з перенесеним інфарктом міокарда вважаємо такі:

1. Відновлення функцій серцево-судинної системи на основі включення механізмів компенсації кардіального і екстракардіального характеру.
2. Підвищення толерантності до фізичних навантажень.
3. Вторинна профілактика ІХС.
4. Відновлення працездатності і повернення до професійної праці, збереження відновленої працездатності.
5. Можливість часткової чи повної відмови від ліків.
6. Поліпшення якості життя хворого.

Узагальнюючи наукові розвідки і практичний досвід у галузі фізичної реабілітації [1; 2], маємо підстави для виокремлення основних періодів диспансерно-поліклінічного етапу реабілітації хворих на інфаркт міокарда, а саме:

- щадний;
- щадно-тренувальний;
- тренувальний;
- підтримуючий.

Слід підкреслити, що дослідники [1] вважають тривалі тренувальні навантаження найкращою формою реабілітації. У цьому випадку протипоказанням може бути тільки аневризма лівого шлуночка, часті приступи стенокардії малих зусиль і спокою, серйозні порушення серцевого ритму (миготлива аритмія, часта політопна чи групова екстрасистоля, пароксизмальна тахікардія, артеріальна гіпертензія зі стабільно підвищеним діастолічним тиском (вище 110 мм рт. ст.), а також ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень.

До тривалих фізичних навантажень хворим, які перенесли інфаркт міокарду, дозволяється приступати через 3-4 місяці від моменту його виникнення. На основі результатів велоергометрії, спіроергометрії та клінічних даних визначають рівень функціональних можливостей хворого. Відповідно до цього пацієнтам з високим і достатнім рівнем функціональних можливостей при даній патології рекомендують заняття в першому або другому функціональному класі, а з низьким – в третьому функціональному класі.

Варто пам'ятати, що заняття, які проводяться під контролем

інструктора ЛФК, фізичного терапевта чи медичного персоналу, називаються контрольованими або частково контрольованими, а проведення занять в домашніх умовах здійснюється за індивідуальним планом.

На диспансерно-поліклінічному етапі ефективною вважають методику фізичної реабілітації, розроблену Л. Ніколаєвою, Д. Ароновим і Н. Білою [2]. За цією методикою в курсі тривалих контрольованих тренувань виокремлюють 2 періоди:

- підготовчий – 2-2,5 місяці;
- основний – 9-10 місяців, включає 3 етапи.

У підготовчому періоді заняття проводяться за груповим методом у залі 3 рази на тиждень по 30-60 хв. Оптимальна кількість хворих у групі не повинна перевищувати 12-15 осіб. У процесі занять фізичний терапевт повинен слідкувати за станом пацієнтів, щоб своєчасно виявити стомлення за зовнішніми ознаками, об'єктивними (ЧСС, частоті дихання тощо) та суб'єктивними відчуттями (відчуття знесилення, послаблення волі). При позитивних реакціях на ці навантаження хворих переводять в основний період, що включає відповідні етапи. Коротко охарактеризуємо фізичні навантаження на кожному етапі.

*Перший етап* основного періоду триває 2-2,5 місяці. У цей час на заняттях застосовують такий комплекс вправ:

- вправи в тренувальному режимі виконуються в середньому темпі за кількістю повторень окремих вправ до 6 –8 разів;
- ускладнена ходьба (на носках, п'ятах, на внутрішній і зовнішній стороні стопи по 15 – 20 с.);
- дозована ходьба в середньому темпі у вступній і заключній частинах заняття; у швидкому темпі (120 кроків/хв), двічі в основній частині впродовж 4 хв.
- дозований біг у темпі 120-130 кроків/хв чи ускладнену ходьбу («лижний крок», ходьба з високим підйманням коліна протягом 1хв);
- тренування на велоергометрі з дозуванням фізичного навантаження за часом (5-10 хв) і потужності (75% індивідуальної граничної потужності). При відсутності велоергометра можна призначити сходження по сходинках 5-10 хв.
- елементи спортивних ігор.

Варто зазначити, що ЧСС під час навантажень може складати 55-60% від гранично допустимої в хворих третього функціонального класу і 65 – 70% - у хворих першого функціонального класу. При цьому пік ЧСС може досягати 135 уд/хв, з коливаннями від 120 до 155 уд/хв. Під час занять ЧСС типу «плато» може досягати 100-105 уд/хв у слабкій і 105-110 уд/хв – у сильній групі. Тривалість навантаження при цьому пульсі – 7-10 хв.

*На другому етапі* (5 місяців) програма тренувань ускладнюється, збільшується навантаження і тривалість занять. Застосовуються дозований

біг у повільному і середньому темпі (до 3 хв), робота на велоергометрі (до 10 хв) з потужністю до 90% від індивідуального граничного рівня, гра у волейбол через сітку (8-12хв) із забороною стрибків і однохвилинним відпочинком через кожні 4 хв. ЧСС при навантаженнях типу «плато» досягає 75% від граничного в слабкій групі і 85% – у сильній. Пік ЧСС досягає 130-140 уд/хв. Зменшується значення лікувальної гімнастики і зростає ефективність застосування циклічних вправ та ігор.

*На третьому етапі (3 місяці) вдаються до інтенсифікації навантажень завдяки збільшенню «пікових» навантажень, а також внаслідок подовження фізичних навантажень по типу «плато» (до 15-20 хв). ЧСС на піку навантаження досягає 135 уд/хв у слабкій і 145 уд/хв – у сильній групах. При цьому приріст пульсу становить більш 90% стосовно ЧСС спокою і 95-100% порівняно з граничною ЧСС.*

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для висновку, що виконання фізичних вправ значно збільшує приплив крові до коронарної системи, внаслідок чого розширюються судини міокарда, збільшується кількість функціонуючих капілярів, посилюються окисно-відновні процеси. Це, своєю чергою, призводить до поліпшення трофічних процесів у серцевому м'язі та сприяє скороченню відновлювального періоду після перенесеного інфаркту міокарда.

#### *Література*

- 1. Швед М. І., Левицька Л. В. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда. К.: Медкнига, 2015. 152 с.*
- 2. Principles of physical rehabilitation in medicine / Mahlovanyy A.V., Hrynovets V.S., Kuninets O.B., Chervinska L.O., Hrynovets I.S., Mahlovana G.M., Ripetska O.R., Buchkovska A.Yu., Hysyk M.V. - Lviv, 2019. - 70p.*