

*Секція: Медичні науки*

**Дмітрієва Ніколь Субханівна**

*студентка*

*ПВНЗ «Міжнародний науково-технічний університет*

*імені академіка Юрія Бугая»*

*м. Київ, Україна*

## **МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗОТЕРАПІЇ НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Кінезотерапія - необхідний метод фізичної терапії осіб зрілого віку з ішемічною хворобою серця (далі ІХС). Кінезотерапія передбачає виконання активних і пасивних рухів та певних вправ лікувальної гімнастики та роботи на тренажерах для досягнення терапевтичного ефекту. Кінезотерапія хворим на ІХС призначається одразу після зняття больового синдрому, припинення сильних нападів, у разі позитивних показників електрокардіографії та інших об'єктивних методів досліджень. Застосовують кінезотерапію у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики. Ці форми також доповнюються лікувальною ходьбою [3; 4].

**Мета дослідження:** визначити, яка методика використання кінезотерапії на поліклінічному етапі фізичної терапії осіб зрілого віку з ішемічною хворобою серця.

В роботі використовувався такий метод дослідження, як аналіз науково-методичної літератури.

Після санаторного етапу хворого переводять на поліклінічний етап, на якому основними завданнями кінезотерапії, як методу фізичної терапії осіб з ІХС, є:

- відновлення функцій серцево-судинної системи;

- вторинна профілактика ішемічної хвороби серця;
- підвищення порога толерантності до фізичних навантажень;
- відновлення працездатності та повернення до професійної роботи;
- часткова або повна відмова від медикаментозного лікування;
- нормалізація психоемоційного і загального стану організму та покращання якості життя [4; 5].

Наведені завдання реалізуються шляхом довготривалих фізичних тренувань протягом 10-12 міс, до яких пацієнти допускаються за сприятливого перебігу процесу одужання. Керуючись клінічними даними, функціональними можливостями і фізичною здатністю, що вимірюється, переважно, з допомогою велоергометричних або степергометричних випробувань, пацієнтів поділяють на 4 функціональні класи. Осіб, віднесених до I—II класу, зараховують у "сильну групу", III — "слабку групу". Особам IV класу довготривалі фізичні тренування не показані [1; 4].

Заняття проводять груповим методом 3 рази на тиждень по 30-60 хвилин. Курс тренування поділяється на підготовчий (2-3 місяців) і основний (9—10 місяців) періоди. Завданням першого періоду є підготовка пацієнтів до навантажень другого періоду і навчання їх основним методам самоконтролю. Навантаження поступово збільшуються за рахунок збільшення тривалості занять, кількості повторень вправ, часу їх виконання, зміни вихідного положення та темпу рухів. Пацієнти продовжують займатися лікувальною ходьбою, прогулянками (збільшуючи відстань і поступово зменшуючи паузи для відпочинку) та ходьбою по східцях [4].

Основний період довготривалих тренувань поділяють на 3 етапи. Перший етап триває 2-2,5 місяців і передбачає подальше підвищення фізичних навантажень. В основну частину занять вводять двічі 2-хвилинну ходьбу у швидкому темпі до 120 кроків за хвилину, однохвилинний біг в

темпі 120-130 кроків за хвилину або ускладнену ходьбу з високим підніманням колін протягом 1 хвилини. Використовують 5-10-хвилинні тренування на велоергометрі нарівні 50-70 % від порога толерантності, елементи спортивних ігор. Фізіологічна крива навантаження має двогорбий вигляд і плато частоти серцевих скорочень (далі ЧСС) під час навантаження на велоергометрі. Пік ЧСС у пацієнтів "слабкої" групи досягає, у середньому 125 скорочень за хвилину, "сильної" — 135, а під час утворення плато вона може бути відповідно 100-105 і 105-110 скорочень за хвилину. Критерієм завершення першого етапу є зменшення приросту ЧСС на звичайні навантаження та стабілізація стану пацієнтів [3; 4].

Другий етап основного періоду триває близько 5 місяців. Він націлений на максимальну стимуляцію компенсаторно-приспосувальних реакцій; стійку стабілізацію клінічного стану хворих; повне або часткове виключення серцевих медикаментів. На цьому етапі поступово програма тренувань стає складнішою, збільшуються навантаження і їх тривалість. Це здійснюється за рахунок бігу до трьох хвилин, в темпі 140-150 кроків за хвилину, навантажень на велоергометрі до 10 хвилин з потужністю близько 90 % від індивідуального порога толерантності, гри у волейбол через сітку двома командами 8-12 хвилин з однохвилинним відпочинком через кожні 4 хвилини та із заборонаю стрибків. Відбувається подовження навантажень, при яких утворюється плато до 14 хвилин у хворих "слабкої" і 16 хвилин — "сильної" груп. При цьому ЧСС становить 75 % від порогової у перших і 85 % — у других. Пік ЧСС досягає 130-140 скорочень за хвилину. Критерієм переходу до наступного етапу тренувань є адекватна реакція на фізичні навантаження, значне підвищення толерантності до дозованих навантажень, покращання реакції організму на зростаючі навантаження, економізація діяльності серця, суттєве підвищення психоемоційного та загального стану організму та якості життя [4].

Третій етап основного періоду покликаний закріпити досягнутий ефект, сприяти переходу пацієнтів у вищий функціональний клас, покращити працездатність. Навантаження інтенсифікуються за рахунок збільшення темпу виконання і кількості повторень вправ, використання 2-хвилинного та 3-хвилинного бігу в темпі 120-130 і 140-160 кроків за хвилину, велоергометричних навантажень на рівні 90 % від порога толерантності, рухливих ігор. Під час 15-20-хвилинної гри у волейбол через сітку роблять однохвилинний відпочинок через кожні 5 хвилин, дозволяються стрибки. Відбувається подальше подовження фізичних навантажень, при яких утворюється плато, у середньому, до 15-20 хвилин. На піку навантаження ЧСС досягає 135 скорочень за хвилину в «слабкій» групі і 145 — у «сильній» [1; 3; 4;].

Важливо, щоб кінезотерапія використовувалася на поліклінічному етапі фізичної терапії осіб зрілого віку з ІХС. На цьому етапі фізичної терапії застосовуються довготривалі фізичні тренування, які проводяться протягом 10-12 міс, до яких пацієнти допускаються за сприятливого перебігу процесу одужання. Керуючись клінічними даними, функціональними можливостями і фізичною здатністю, що вимірюється, переважно, з допомогою велоергометричних або степергометричних випробувань, пацієнтів поділяють на 4 функціональні класи. Осіб, віднесених до I—II класу, зараховують у "сильну групу", III — "слабку групу". Особам IV класу довготривалі фізичні тренування не показані.

Заняття проводять груповим методом 3 рази на тиждень по 30-60 хвилин. Курс тренування поділяється на підготовчий (2-3 місяців) і основний (9—10 місяців) періоди. Завданням першого періоду є підготовка пацієнтів до навантажень другого періоду і навчання їх основним методам самоконтролю.

## **Література**

1. Амосов Н. М. Физическая активность и сердце / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет / 3-изд., перераб. и доп. - Киев: Здоров'я, 1989. - 212 с.
2. Балаж М. Обґрунтування застосування фізичної реабілітації у комплексній терапії ішемічної хвороби серця у поєднанні з метаболічним синдромом / Марія Балаж, Ольга Марченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 2. – С. 47–49.
3. Жарська Н. В. Фізична реабілітація осіб другого зрілого віку з ішемічною хворобою серця (стабільна стенокардія II функціональний клас) у післялікарняний період: орган. – метод. рек. / Жарська Н. В., Гузій О.В. – Львів: Ліга-прес, 2009. – 88 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підруч. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту] / В. М. Мухін. - К. : Олімп, література. 2000. - 424 с.
5. Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы): Монография. – Самара, 2010. - 651 с.