Секція: Медичні науки

Дмітрієва Ніколь Субханівна
студентка
ПВНЗ «Міжнародний науково-технічний університет
імені академіка Юрія Бугая»
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗОТЕРАПІЇ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кінезотерапія, або лікування рухом, є необхідним методом 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.

Мета даного дослідження полягає в тому, щоб визначити, які особливості використання кінезотерапії на санаторному етапі фізичної терапії осіб зрілого віку з ішемічною хворобою серця.

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

Кінезотерапію хворим на ІХС призначають після зняття больового синдрому, припинення сильних нападів, у разі позитивних показників ЕКГ та інших об'єктивних методів досліджень. Застосовують кінезотерапію у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики. Ці форми також доповнюються лікувальною ходьбою [3; 4].

При фізичній терапії на санаторному етапі кінезотерапія є домінуючим засобом відновлення стану здоров'я та працездатності хворих на ІХС. Завдання кінезотерапії на цьому етапі:

- покращання загального стану;
- збереження психологічного настрою до занять фізичними вправами;
- зміцнення міокарда, його скорочувальної здатності;
- покращання вінцевого кровообігу;
- відновлення пристосованості серцево-судинної системи (далі ССС) до виконання тривалої роботи помірної інтенсивності, а також до фізичних навантажень побутового і виробничого характеру [1; 3; 4; 6].

На початку кінезотерапію проводять за програмою вільного режиму стаціонару, де заняття спрямовані на адаптацію ССС до поступового збільшення фізичних навантажень, подальше розширення рухової активності, навчання ходьби по сходах, підготовку до побутових навантажень. Використовують такі форми кінезотерапії, як лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття 4-5 разів на день, лікувальну ходьбу[5]. Застосовують вправи для всіх м'язових груп, а також вправи з легкими предметами, гімнастичними палицями, булавами, волейбольними м'ячами, гантелями 0,5 кілограма. Їх виконують з вихідних положень сидячи і стоячи, з помірним зусиллям, повною амплітудою рухів, у повільному і середньому темпі. Заняття тривають 25-30 хвилин. Ця програма триває 1-3 дні, а інколи і 7, що визначається індивідуальними особливостями перебігу захворювання та швидкістю адаптації хворого до нових умов. Далі хворого переводять на щадний режим [2; 4].

Щадний режим триває від 6-7 до 10-12 днів. На цьому періоді використовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу, прогулянки, ходьбу по східцях. У комплексах застосовуються фізичні вправи для всіх м'язових груп з вихідних положень стоячи і сидячи у повільному темпі для великих м'язів і у середньому — для менших. Включають ходьбу з високим підніманням колін, на носках, вправи у киданні і ловлі м'яча. Тривалість заняття з лікувальної гімнастики, що проводиться у групах, близько 25 хвилин [4; 6].

Дистанція лікувальної ходьби збільшується до 1 кілометра, а темп кроків — до 80-100 за хвилину. Хворому дозволяються прогулянки на відстань до 4 кілометрів в темпі на 10 кроків за хвилину менше, ніж під час лікувальної ходьби, підйом по сходах на 2-3-й поверхи в темпі одна сходинка за 2 секунди. Допустимий пік частоти серцевих скорочень (далі ЧСС) при будь-яких навантаженнях у цьому режимі становить 100 скорочень за 1 хвилину і утримувати його необхідно 3-5 хвилин. Це пояснюється тим, що для досягнення тренуючого рівня фізичного навантаження необхідна тривалість пікової ЧСС 3-6 хвилини, оскільки період підсиленого фізичного напруження менше 3 хвилин не спроможний стимулювати розвиток компенсаторних процесів, а більше 5-6 хвилин — може викликати гіпоксію міокарда. Протягом дня, кількість пікових періодів навантаження може бути 4-5 за весь день при виконанні різноманітних фізичних вправ [4].

Щадно-тренуючий режим, що триває від 7-8 до 9-10 днів, передбачає подальше збільшення фізичних навантажень за рахунок часу занять лікувальною гімнастикою до 30-40 хвилин, лікувальної ходьби до 2 кілометрів в темпі 100-110 кроків за хвилину, прогулянок на відстань 4-6 кілометри в день, підйом по східцях на 3-4-й поверхи в темпі одна сходинка за секунду, малорухливих елементів спортивних ігор, нешвидких танців. Допустимий пік ЧСС у цьому режимі досягає 110 скорочень за 1 хвилину, тривалість його 3-6 хвилин і повторюватись він може 4-6 разів на день [4; 5].

Тренуючий режим призначають не всім хворим. Він доступний тим, хто засвоїв фізичні навантаження попереднього режиму і у них немає підсилення або появи вінцевої і серцевої недостатності, порушень ритму серця. Цей режим триває від 3-4 до 7-8 днів. Тренуючого ефекту досягають за рахунок підвищення складності та інтенсивності вправ, амплітуди рухів, вихідних положень, короткочасного бігу у повільному темпі, тривалості

занять лікувальною гімнастикою до 35-40 хвилин. Збільшують дистанцію лікувальної ходьби до 3 кілометрів і темп її зростає до 110-120 кроків за хвилину, відстань прогулянок до 7-10 кілометрів на день, підйом по сходах на 4-5-й поверхи в темпі одна сходинка за секунду. Форми кінезотерапії доповнюють рухливими і спортивними іграми за спрощеними правилами, ходьбою на лижах, плаванням, близьким туризмом. Пік ЧСС в тренуючому режимі може бути до 120 скорочень за 1 хвилину, тривалість його 3-6 хвилин і повторюються такі піки 4-6 разів за весь день при виконанні різноманітних фізичних навантажень [4; 6].

Отже, кінезотерапія використовується обов'язково на санаторному етапі фізичної терапії осіб зрілого віку з ІХС. Кінезотерапія на даному етапі фізичної терапії застосовується у вільному режимі стаціонару, щадному режимі, щадно-тренуючому і тренуючому. Перехід з одного режиму на інший має здійснюватися лише за сприятливого фізичного стану хворого. Кінезотерапію хворим на ІХС призначають після зняття больового синдрому, припинення сильних нападів, у разі позитивних показників ЕКГ та інших об'єктивних методів досліджень. Застосовують кінезотерапію у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики. Ці форми також доповнюються лікувальною ходьбою.

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. Крижанівський В. О. Діагностика та лікування інфаркту міокарда / В. О. Крижанівський - К.: Фенікс, 2000. - 451 с.
6. Санаторный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца / под ред. В. А. Боброва, И.К. Следзевской. - К. : Здоров'я, 1995. - 112 с.