РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мейнгот Я.Я., Шарова О.Я., Потылицина Н.М.

Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева

Красноярск, Россия

Ишемическая болезнь относится к числу самых распространенных заболеваний в индустриально развитых странах. Высокие показатели летальности, инвалидизации, ог-раничение физической и социальной активности больных наносят большой социально-экономический ущерб и делают весьма актуальной про-блему восстановительного лечения.

Основополагающим моментом в проведении реабилитационных мероприятий у больных ИБС являются адекватно подобранные физические нагрузки. В настоящее время в России накоплен большой опыт применения средств и методов физической культуры для пациентов с отклонениями в состоянии здоровья, особенно в лечебном и образовательном направлениях.

Адаптивная физическая культура как средство и метод не имеет аналогов, равноценных по силе воздействия на различные стороны реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями. Рациональная двигательная активность позволяет обрести самостоятельность, социальную, бытовую, психическую независимость, совершенствоваться в профессиональной деятельности, отдыхать, развивать физические способности.

В связи с широким внедрением хирургических методов прямой реваскуляризации миокарда при лечении ИБС потребовалась разработка послеоперационной реабилитации больных. Физические тренировки (ФТ) являются «краеугольным камнем» вторичной профилактики и основным методом физической реабилитации больных ИБС. В Государственном научно-исследовательском Центре профилактической медицины под руководством профессора Д.М. Аронова разработана методика индивидуализированных физических тренировок больных, перенесших ОИМ.

Основу метода составляют специально подобранные упражнения для шейного и шейно-грудного отделов позвоночника, влияющие на мотовисцеральные рефлексы на уровне сегментов спинного мозга CIII - CIV, ThI - ThVII, иннервирующих сердце. С целью восстановления оптимальной физической и функциональной способности организма были разработаны реабилитационные комплексы для пациентов, перенесших операцию АКШ, а именно велотренировки по дифференцированным методикам (Замотаев Ю.Н., Косов В.А. , 2002). Физические тренировки пациентов после ОИМ и операций по реваскуляризации миокарда проводились с больными, находящимися на реабилитации в санатории «Енисей» г.Красноярска.

В обследование были включены 217 мужчин в возрасте от 30 до 67 лет (средний возраст 49,9 ± 7,8 лет), перенесших ОИМ, операции АКШ и ЧТКА, находившихся на реабилитации в санатории в 2005 - 2007гг. Всем пациентам в период прохождения реабилитации в постинфарктном отделении проводились медикаментозная терапия и комплекс физической и психологической реабилитации.

Перед началом физической реабилитации всем больным проводилось обследование, включающее клиниче-ские и инструментальные исследования: ЭКГ покоя, велоэргометрическая проба (ВЭМ), ЭхоКГ. ВЭМ проводилась по общепринятой методике с использова-нием протокола субмаксимальной нагрузки. Велоэргометрическая проба выполнялась на велоэргометре фирмы «Tunturi» по протоколу определения пороговой мощности нагрузки со ступенчатым ее увеличением на 25 Вт каждые 3 минуты до достижения клинических и электрокардиографических критериев прекращения нагрузки или субмаксимальной ЧСС. Определялась длительность выполнения нагрузки, достигнута пиковая мощность нагрузки, «двойное произведение». У всех больных оценивалось психосоматическое состояние с помощью методики «Качества жизни». Тренировки проходили ежедневно, 5 дней в неделю по 30 - 60 минут под контролем инструктора и врача ЛФК.

С пациентами с I и II ф.к. стенокардии и после эндопротезирования коронарных артерий проводились дополнительные тренировочные занятия на велотренажерах.

Велотренировки у пациентов после аортокоронарного шунтирования проводились индивидуальным контролируемым методом в положении больного сидя. Процедура тренировки состояла из подготовительного, основного и заключительного периодов. Продолжительность первых 3 - 4 процедур - 5 минут, увеличивалась каждый день на 5 минут и доводилась до 20 минут.

Курс велотренировок состоял из 15 - 18 занятий (5 раз в неделю с 2 днями отдыха).

После курса восстановительного лечения все пациенты субъективно отметили улучшение своего состояния. При этом наблюдалась хорошая переносимость предложенного уровня физической активности. Обострений течения ИБС, отрицательной динамики ЭКГ, неадекватных реакций на физическую нагрузку зарегистрировано не было. 45 % пациентов с постинфарктной стенокардией отказались от регулярного приема пролонгированных нитратов, пользуясь нитратами короткого действия при возникновении ангинозных болей. При первичном проведении пробы с дозированной физической нагрузкой в начале санаторного этапа мощность физической нагрузки у больных Q-ИМ составила: 82,43±11,83 Вт; у больных non-Q-ИМ - 86,6±12,16 Вт ($p<0,05$). Пороговую физическую нагрузку мощностью более 100 ватт преодолели 12 пациентов ИМ.

Положительная проба отмечена у 63,63 % пациентов после Q-ИМ и у 53,84 % пациентов, перенесших non-Q-ИМ ($p<0,05$).

Анализ физического состояния по данным ВЭМ свидетельствует о достоверном увеличении мощности пороговой нагрузки после проведенной реабилитации больных ИБС. Наиболее объективными параметрами, отражающими динамику состояния, являются величины прироста ряда характеристик в процентах. Так, наибольший прирост мощности пороговой нагрузки наблюдался у пациентов после АКШ - на 18,35 Вт (31,93 %); у больных non-Q-ИМ – на 18,61 Вт (21,48 %); после эндопротезирования коронарных артерий - 19,50 Вт (19,50 %); на 15,73 Вт (19,08 %) возросла ТФН у пациентов Q-ИМ. Информативным признаком, подтверждавшим эффективность восстановительного лечения, была величина «двойного произведения», отражающего потребление миокардом кислорода. Её прирост составил 17,39 % (38,22 у.е.) у пациентов после ЧТКА и эндопротезирования коронарных артерий; 13,62 % (26,94 у.е.) у пациентов с нетрансмуральным ИМ; 13,03 % (24,37 у.е.) у больных с трансмуральным ИМ; 7,42 % (12,21у.е.) у больных после АКШ. Эти показатели характеризуют важнейший аспект влияния физических нагрузок – улучшение способности миокарда потреблять большие количества кислорода при возрастающих нагрузках - и являются доказательством оптимизирующего работу сердца воздействия адекватных тренировок (Кремнев Ю.А., Замотаев Ю.Н., 2004).

Таким образом, результаты изучения физического состояния и качества жизни в динамике у пациентов после ИМ и АКШ позволяют утверждать, что физические тренировки способствуют повышению толерантности к физической нагрузке, увеличению показателей качества жизни больных ИБС на санаторном этапе реабилитации.