

## ПРИНЦИП МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Шарова О.Я., Мейнгот Я.Я.

*Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева,  
Красноярск, Россия*

Физические тренировки (ФТ) являются основным методом физической реабилитации больных ИБС. Они относятся к немедикаментозным методам лечения, которые в последние годы находят все большее применение у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Реабилитация больных ИБС направлена не только на устранение симптомов, как это достигается при медикаментозной терапии, но и на постепенное восстановление физической работоспособности, психологического статуса и, в итоге, профессиональных возможностей больного, а у пожилых людей способности к полному самообслуживанию.

Многочисленные исследования подтверждают благоприятное и разностороннее влияние физиологически обоснованных физических тренировок на сердечно-сосудистую систему организма в целом. Физические тренировки способствуют повышению сократительной функции миокарда, стабилизации внутрисердечной гемодинамики.

**Целью работы:** разработать принципы подхода к индивидуализированным физическим тренировкам у больных, перенесших острый инфаркт миокарда на постстационарном этапе реабилитации.

В задачи нашего исследования входило:

- а) восстановить физическую работоспособность и профессиональную трудоспособность больных с ИБС и поддержать ее на достигнутом уровне;
- б) разработать методологический подход к физическим упражнениям АФК с целью предупредить прогрессирование и обострение ИБС;
- в) провести психологическую реадaptацию больных.

Основу методических принципов составления программы АФК составляют специально подобранные физические упражнения для шейного и шейно-грудного отдела позвоночника, влияющие на мототвисцеральные рефлексy на уровне сегментов C<sub>III</sub>-C<sub>IV</sub>, Th<sub>I</sub>-Th<sub>VII</sub> иннервирующих сердце. А также общетренирующие физические нагрузки в виде ходьбы или ходьбы с палками («скандинавская ходьба»). С целью восстановления оптимальной физической и функциональной работоспособности были разработаны реабилитационные физические комплексы АФК для больных, перенесших острый инфаркт миокарда, находящихся в реабилитационном отделении санатория «Енисей» города Красноярска.

Перед началом физической реабилитации всем больным проводилось обследование, включающее клинические и инструментальные исследования: ЭКГ покоя, велоэргометрическая проба (ВЭМ), ЭхоКГ.

В обследование было включено 306 мужчин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте от 30 до 67 лет (средний возраст 49,9 ± 7,8 лет), находившихся на реабилитации в санатории «Енисей» в период с 2003 по 2006 гг.

Всем пациентам в период прохождения реабилитации в постинфарктном отделении проводилась медикаментозная терапия и комплекс физической реабилитации АФК в сочетании с психологическими методами, согласно функциональному классу тяжести (ФК), который, в свою очередь, определяли у каждого больного по методическим рекомендациям. Для анализа глубины поражения все больные были разделены на 2 группы: инфаркт миокарда с зубцом Q (трансмуральный ИМ, Q-ИМ) и ИМ без зубца Q (нетрансмуральный ИМ, non-Q-wave ИМ).

На всех этапах реабилитации у больных выявляются различные психологические проблемы, в конечном итоге, влияющие на оценку психо-социальной адаптации.

Для исправления существующего положения необходимо создание такой реабилитационной программы, которая учитывала бы, с одной стороны, весь комплекс биологических, психологических, социальных факторов, участвующих в патогенезе заболевания, с другой - активно вовлекала больного в реабилитационный процесс, направленный на восстановление

коммуникативных навыков, выработку более адекватных форм поведения и общения в самых разнообразных ситуациях, совершенствование личностного контроля, изменение самооценки в адекватном направлении, повышение уверенности в себе, социальную активизацию.

Основным содержанием **программы адаптивной физической реабилитации** больных ИБС является комплексная программа, которая включает;

1. методики длительных физических тренировок - как групповых (контролируемых), так и индивидуальных в домашних условиях;
2. образовательную программу «Школа для больных ИБС и их родственников»;
3. программу психологической реабилитации.

В группы тренировок должны входить больные с II и III ФК стенокардии

Решающую роль в долговременной эффективности лечения играет педагогическое построение занятия. Успех обучения определяется формированием мотивации больных с использованием обратной связи, тренировки и повторения. Во время занятия ведется непрерывный непрямой контроль за усвоением материала, достижением целей обучения; проверяются практические навыки. Каждое занятие начинается с повторения материала предыдущего, его излагают сами больные, отвечая на вопросы обучающего.

#### **Полученные результаты и обсуждение:**

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.

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 больных поп-Q-ИМ – на 18,61 Вт (21,48%); 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. Ее прирост составил 13,62% (26,94 у.е) у пациентов с нетрансмуральным ИМ; 13,03% (24,37 у.е.) у больных с трансмуральным ИМ. 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).

После реабилитации пациентов Q-ИМ по методике Аронова Д.М. показатель качества жизни составил -  $4,9 \pm 1,45$  баллов против  $-7,9 \pm 2,56$  до реабилитации; при сочетании велотренировок и методики Аронова показатель КЖ составил  $(-4,24 \pm$  баллов).

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.

---

Работа представлена на научную международную конференцию «Перспективы развития вузовской науки», "Дагомыс" (Сочи), 20-23 сентября 2008 г. Поступила в редакцию 06.09.2008 г.