

- нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів, промежини або в їх поєднанні в умовах короткотермінового перебування в стаціонарі. *Шпитальна хірургія*. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. 2018. 3(83), С.5-17.
2. Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О., Кутакова О.В., Прилуцька Г.В. Лікувально-реабілітаційний масаж. Навчальний посібник. К.: Медицина, 2020. 592 с.
  3. Кириенко А. И., Золотухин И. А., Кузнецов А. Н. и др. Отдаленные результаты эндоскопической диссекции перфорантных вен голени при хронической венозной недостаточности. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2007. С. 68-72.
  4. Кирієнко А.І., Золотухін І.А., Юмін С.М., Селіверстів Є.І. Варикозна хвороба нижніх кінцівок у жінок та чоловіків: дані проспективного обсерваційного дослідження СПЕКТР. *Ангіологія та судинна хірургія*. 2012. Том 18, №3. С. 64-67.
  5. Корольчук А.П., Сулима А.С. Масаж загальний і самомасаж: навчально-методичний посібник для студентів факультету фізичного виховання і спорту. Вінниця: 2018. 124 с.
  6. Луцевич Е. В., Бершаденко Д.Д. Варикозна хвороба: навчальний посібник системи післявузівської професійної освіти лікарів. ВЕДІ, 2004. 156 с.

## **АНАЛІЗ ЗМІСТУ ЗАНЯТЬ З ЛФК ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА НА ДИСПАНСЕРНО- ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**Козак Іван, Стасюк Роман, Бекас Ольга**

*Вінницький державний педагогічний університет  
імені Михайла Коцюбинського*

**Резюме.** Стаття присвячена аналітичному огляду літературних джерел з теми особливості фізичної терапії пацієнтів з інфарктом міокарда на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації.

**Summary.** The article is devoted to the analytical review of thematic sources from topics of features of physical therapy of patients with myocardial infarction in polyclinic dispensary stage of rehabilitation.

**Актуальність проблеми.** Прояви клініки інфаркту міокарда мають часте розповсюдження. Останні десятиліття інфаркт міокарду значно «помолодшав» – зросла кількість випадків у людей до 40 років [1]. Він розвивається як захворювання і має різноманітні ускладнення та гострі напади. Має осередок ішемічного некрозу, який росте у розмірах в серцевому м'язі людини [2].

Розпізнати інфаркт міокарда в людини можна за декількома симптомами. Для інфаркту міокарда домінуючою ознакою є інтенсивний за грудиною біль, який носить стискаючий, сковуючий характер. На відміну від стенокардії, біль більш виражений і тривалий, не знімається нітрогліцерином. Зовнішній вигляд

хворого характеризується блідою шкірою, іноді посилюється потовиділення, з'являється задишка [1, 3].

Лікування і реабілітація хворих після ІМ здійснюється двома періодами і поетапно, оскільки це довготривалий і працемісткий процес. Значення фізичної терапії хворих на інфаркт міокарда важко переоцінити на будь-якому етапі реабілітації. Основні принципи застосування засобів та методів фізичної терапії при ІМ – строга індивідуалізація, рання активізація хворого з використанням різних форм лікувальної фізичної культури (ЛФК), комплексність та безпечність. Комплексність та добір адекватних ефективних засобів фізичної терапії на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації залишається актуальним і дискусійним питанням.

**Мета дослідження** теоретичне обґрунтування алгоритму застосування засобів фізичної терапії у осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда, на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації.

**Завдання дослідження:** охарактеризувати комплексне застосування різних форм ЛФК на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації.

**Метод дослідження:** аналіз теоретичних джерел та аналіз форм ЛФК для пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, на поліклінічно-диспансерному етапі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Інфаркт міокарда (ІМ) – це форма ішемічної хвороби серця людини. За визначенням І.М. Григуса [1], ІМ – це некроз окремих ділянок серцевого м'яза на ґрунті гострої ішемії, яка виникає в результаті невідповідності коронарного кровообігу потребам міокарда. Найчастішим фактором ризику ІМ є стенокардія, особливо нестабільні (прогресуючі) її форми. На сьогодні, Міністерством охорони здоров'я та редколегією розроблено уніфіковані протоколи щодо надання медичних та реабілітаційних послуг після перенесеного інфаркту міокарда [4, 5]. Нині переконливо доведений позитивний ефект від застосування засобів фізичної терапії, що визначається їх стимулюючою дією на адаптаційно-приспосувальні функції організму, відновлювальні процеси тощо. При цьому суттєва перевага чинників фізичної терапії перед медикаментозною – це відсутність алергізації організму, побічних проявів, а також звикання. Аналіз ефективності реабілітаційних програм, що включають фізичні вправи, представлений у спеціальній літературі, свідчить про зниження смертності від інфаркту при їх реалізації [1, 5].

Лікування післяінфарктних хворих відбувається комплексно і довготривало. Незалежно від періоду та етапу реабілітації слід застосовувати фізичні навантаження аеробного спрямування. Строга індивідуалізація об'єму та інтенсивності фізичних навантажень, рухового режиму пацієнта, дозволяє покращувати адаптаційні функції серцево-судинної системи та забезпечувати вторинну профілактику ІМ.

Диспансерно-поліклінічний етап є завершальним у неперервному реабілітаційному процесі реконвалесцентів. Завданнями ЛФК під час цього етапу є: максимально можливе відновлення функції ССС; підвищення

толерантності до фізичних навантажень; вторинна профілактика ІХС; відновлення та збереження відновленої працездатності і повернення до професійної діяльності; часткова чи повна відмова від медикаментозної терапії; покращення якості життя хворого. Програми ЛФК будують залежно від функціонального класу (ФК) пацієнта (Таблиця 1) [1].

Таблиця 1

**Регламентация застосування ЛФК у осіб, що перенесли гострий інфаркт міокарда на на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації**

ФК	Режим рухів	Тривалість заняття	ЧСС максимальна
I ФК	тренувальний	30-40 хв	140 уд./хв
II ФК	щадно-тренувальний	До 30 хв	130 уд./хв
III ФК	щадно-тренувальний	До 20 хв	110 уд./хв
IV ФК	щадний	До 15 хв	90-100 уд./хв

Найкращою формою ЛФК є тривала ходьба різної інтенсивності. Для збільшення навантаження спочатку потрібно подовжити дистанцію, а потім збільшувати інтенсивність ходьби; для зменшення навантаження, навпаки, спочатку знижувати темп ходьби, а потім дистанцію.

Правила ходьби: одяг і взуття мають бути вільними і відповідати погоднім умовам; дихання під час ходьби має бути рівномірним, вдих на 3-4 кроки, видих на 4-6; не розмовляти; при ходьбі тримати правильну поставу, рухи руками вільні.

Темп ходьби може бути повільний (70-80 кр/хв) , помірно прискорений (до 100 кр/хв) і швидкий – 120-130 кр/хв. Це буде, відповідно, 3-3,5 км/год, 3,5-4 км/год, 4,5-5 км/год.

Програма дозованої ходьби залежить від рівня функціонального стану ССС. Для осіб I ФК рекомендований темп ходьби 110 кр/хв, можлива швидка ходьба 2-3 хв, біг – 1-2 хв; для осіб II ФК – темп до 110 кр/хв, 2-3 хв ходьба в темті 120-130 кр/хв, 1-2 хв біг в помірному темпі; для осіб III ФК ходьба в середньому темпі до 90 кр/хв, біг протипоказаний; для осіб IV ФК – темп ходьби не більше 70-80 кр/хв.

Навантаження треба збільшувати поступово – на початку тренувань темп дозованої ходьби і ЧСС повинні мати 60-70% від порогової величини показників, через три тижні регулярних занять – підвищуватися до 80-90% при ЧСС не більше 100-120 уд/хв.

Варіантом дозованої ходьби є піднімання по сходах, що може здійснюватися в повільному темпі – 1 сходинка протягом 3-4 с, швидкому – 1 сходинка за 1 с і середньому. Способи пересування сходами: приставним кроком на кожній сходинці – для IV ФК; приставним кроком на кожній 3-4 сходинці – для III ФК, звичайним перемінним кроком – для I-II ФК.

На диспансерному етапі реабілітації застосовують лікувальну гімнастику у залах ЛФК груповим і малогруповим методами, яка має відповідати програмі фізичної терапії кардіологічного пацієнта.

Після річного курсу хворим рекомендують самостійно продовжити тренування в домашніх умовах або заняття у групах здоров'я за місцем проживання. Один раз у 4-6 місяців хворих направляють на консультацію до кардіолога та фізичного терапевта для перевірки і корекції навантаження.

**Висновки.** Поліклінічно-диспансерний етап реабілітації для осіб, що перенесли гострий інсульт, характеризується розширеним діапазоном застосованих форм і методів фізичної терапії у комплексі з лікувальним харчуванням.

Важливою умовою ефективності засобів фізичної терапії, зокрема ЛФК, на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації, є регулярність адекватних функціональному стану пацієнта фізичних навантажень переважно аеробного спрямування. Рекомендованими є регулярні навантаження циклічного характеру на свіжому повітрі – піші і лижні прогулянки, лікувальна ходьба і теренкур, скандинавська ходьба, плавання. Тривалість та інтенсивність занять визначається функціональним класом кардіологічного пацієнта за його функціональним станом ССС. Тривалість і величину навантаження контролювати за показниками роботи серця та самопочуттям.

#### **Список використаних джерел:**

1. Григус І.М., Брега Л. Б. Фізична терапія в кардіології: навчальний посібник. Рівне : НУВГП, 2018. 268 с. URL: <http://surl.li/axdrr>
2. Основи фізичної реабілітації / А. Магльований, В. Мухін, Г Магльована. Львів, 2006. 150 с.
3. Порада А.М., Солодовник О.В., Прокопчук Н.Є. Основи фізичної реабілітації: Навч. посібник. 2-е вид. К.: Медицина, 2008. 248 с.
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST: *Наказ МОЗ України* від 02.07.2014р. №455. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0455282-14#Text>
5. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (УКПМД) «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST». URL: <http://surl.li/beweq>

## **СИСТЕМА КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ВАЖКИМИ УРАЖЕННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ**

**Кравчук Ольга, Атаманчук Лілія, Бекас Ольга**  
*Вінницький державний педагогічний університет  
імені Михайла Коцюбинського*

**Резюме.** У статті означено місце фізичної терапії у системі медичної реабілітації пацієнтів після інфаркту міокарда. Обґрунтовано використання