

О.В. ГУЗІЙ, М.Я. ЛОЗЮК

**ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ОСІБ З
НАБУТИМИ МІТРАЛЬНИМИ ВАДАМИ**

В статті представлені методики фізичної реабілітації, які використовуються для відновлення осіб з набутими митральними вадами.

В статье представлены методики физической реабилитации, которые используются при восстановлении личностей с приобретенными пороками сердца.

The article introduces the methods of physical rehabilitation of patients with mitral defect.

Набуті вади серця складають 20-25% всіх захворювань серцево-судинної системи і по частоті займають третє місце після системної есенціальної артеріальної гіпертензії, та ішемічної хвороби серця [1].

В Україні та в країнах СНД частота захворювань митральними стенозами набагато вища, ніж в країнах Західної Європи і США-відповідно 50-80 і 5 випадків захворювань на 100 тисяч населення, а ізольована митральна недостатність зустрічається приблизно в 10 разів рідше, ніж митральний стеноз [3].

Лікарська практика доводить, що медикаментозна терапія в комплексі з лікувальною фізичною культурою, лікувальним масажем, фізіотерапією і дієтотерапією набагато краще впливає на стан хворих з набутими вадами серця як на початку лікування так і в перед- і післяопераційний період.

Проте методик фізичних вправ для хворих з набутими вадами серця поки що досить мало, що спонукало нас до розробки і створення комплексу фізичних вправ для осіб з даною патологією.

Метою нашої роботи є вивчення теоретичних аспектів пов'язаних із застосуванням фізичної реабілітації при набутих митральних вадах серця.

Мета визначила наступні завдання:

1) Проаналізувати і узагальнити літературні джерела щодо загальних характеристик і фізичної реабілітації осіб з набутими митральними вадами серця.

2) Розробити на основі літературних даних комплекси вправ для осіб з набутими митральними вадами серця.

Вада серця – це набуті або вроджені морфологічні зміни клапанного апарату або великих судин, які відходять від серця. Суть захворювання в тому, що внаслідок вкорочення стулок клапана (недостатність), або звуження отвору (стеноз) які часто поєднуються зі змінами під клапанного апарату (вкорочення або деформація сухожильних хорд і сосочкових м'язів), виникають розлади внутрішньосерцевої геодинаміки з наступним розвитком гіперфункції і гіпертрофії відповідних камер серця. Найчастіше зустрічаються вади митрального клапану – 50-70% [1]. Характер пошкодження клапана накладає відбиток на перебіг захворювання. Причини розвитку набутих митральних вад серця дуже різноманітні.

Основними причинами виникнення митрального стенозу є: ревматизм (навіть якщо він відсутній в 30-35% в анамнезі, в 50% ревматизм є причиною виникнення вади клапана); кальциноз митрального кільця; пухлина лівого передсердя; дуже рідко митральний стеноз є наслідком ендокардиту при системних захворюваннях сполучної тканини, а саме при системному червоному вовчаку [2].

На відміну від митрального стенозу причин митральної недостатності є набагато більше. Основними етіологічними факторами які сприяють розвитку митральної недостатності є системне захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак і ревматоїдний артрит), ревматизм, інфекційний ендокардит, вроджена вада, ішемічна хвороба серця, травма, дегенеративні пошкодження клапанного апарату невідомої етіології [2].

Первинними змінами гемодинаміки при митральному стенозі є звуження митрального отвору, який створює так званий «1-й бар'єр» підвищується тиск в лівому передсерді і веде до збільшення тиску в легеневих венах що знижує їхню податливість і з'являється задишка. Внаслідок високого тиску в легеневих капілярах відбувається трансудація рідини із плазми крові в альвеоли цей механізм називається «другий бар'єр».

Такі пацієнти скаржаться на задишку, швидку втомлюваність і зниження працездатності, болі в ділянці серця, кровохаркання і осиплість голосу. В анамнезі у них виявлено часті приступи

серцевої астми і набряк легень. При огляді відмічається блідість шкірних покривів, яка поєднується з «мітральним» рум'янцем і акроціанозом. Коли мітральний стеноз розвивається в молодому віці спостерігається зменшення лівої половини грудної клітки в порівнянні з правою (ознака Боткіна). Пальпація в ділянці верхівки серця дає змогу виявити протягом всієї діастолі діастолічне тремтіння – «котяче муркотіння».

Прояви мітральної недостатності залежать від ступеня вираженості дефекту в клапані і змін в міокарді. При значних фізичних навантаженнях у осіб з мітральною недостатністю з'являються скарги на задишку, перебої і серцебиття. При огляді таких осіб в стадії компенсації видимих змін зі сторони шкірних покривів і видимих слизових оболонок не виявляється. При порушенні компенсації серцевої діяльності у хворих виявляється «мітральний» рум'янець, акроціаноз, верхівковий поштовх зміщується назовні від середньо ключичної лінії і збільшує свою площу.

Сучасні методи лікування дозволяють виправляти складні вади серця. Але часто корекція вад призводить до нових геодинамічних змін в організмі, що зумовлює виникнення термінових завдань направлених на покращення адаптаційних можливостей.

Вади серця лікують переважно консервативними методами. Проте з кожним роком все більше застосовують оперативне лікування.

Застосування засобів фізичної реабілітації у комплексному лікуванні залежить від характеру вади та ступеня недостатності кровообігу. Так, при стенозі мітрального клапану, що супроводжується недостатністю кровообігу II ступеня, у заняття ЛФК не включають вправи з поглибленням дихання, які викликають приплив крові до серця і будуть збільшувати застій її в малому колі кровообігу, легенях. При недостатності мітрального клапану у стадії компенсації пацієнтам рекомендується займатись у групах здоров'я, учням – у спеціальній або підготовчій, основній групі і за умови доброї адаптації до фізичних навантажень – деякими видами спорту [4].

Лядова К.В., Преображенський В.М. (2005) пропонують проводити заняття ЛФК при консервативному лікуванні осіб з вадами серця в стадії компенсації 2-3 рази на день з тривалістю в 10-15 хвилин. При цьому у суворо ліжковому режимі рекомендується пасивні повороти і підйом тазу, динамічні навантаження для дрібних м'язових груп на фоні регульованого дихання з низькою інтенсивністю занять. У наступних рухових режимах інтенсивність занять не змінюється, а рекомендується поступовий перехід від пасивних до активних рухів. Характер навантаження динамічний і статичний для дрібних м'язових груп. У вільному режимі рекомендується дозована ходьба під контролем ЧСС (збільшення не більше чим на 2 удари за 10с) [5].

Після встановлення діагнозу і обстеження в кабінеті ЛФК, в залежності від функціональних показників, загального самопочуття і ступеня порушення кровообігу Скопін Н.Н. і Мироненко В.А. (2005) рекомендують підбирати вправи статичного і динамічного характеру у вигляді дихальних вправ і вправ для дрібних середніх м'язових груп з частими перервами на відпочинок. При задовільному стані пацієнтів і відсутності порушень кровообігу комплекси вправ складають для всіх м'язових груп з повною амплітудою рухів. Акцент робиться на тренуванні дихання в поєднанні з динамічними вправами [6].

Таким чином, при планових операціях засоби фізичної реабілітації у перед- та післяопераційний періоди застосовують з дотриманням наступних принципів: індивідуальний підхід, строге дозування, поступове збільшення навантаження, адекватність підбору форм і методів, контроль за реакцією на фізичні навантаження і ефективність навантажень.

У передопераційний період лікувальна гімнастика проводиться з метою підвищення загального тону організму і підготовки до виконання фізичних вправ в післяопераційному періоді (навчання диференційованому диханню, поворотам на бік, вставання та ін.)

Заняття лікувальною гімнастикою проводяться індивідуально або мало груповим методом, а при наявності порушень кровообігу, в основному лежачи на ліжку протягом 8-12 хв. Лікувальний масаж застосовується з метою підвищення загального тону організму

Вправи підбираються статичного і динамічного характеру в вигляді дихальних вправ і рухів дрібних і середніх груп м'язів разом з частими періодами відпочинку.

В ранньому післяопераційному періоді (1-2 дні після операції) обов'язково слідкувати за положенням пацієнта в ліжку (лікування положенням). Обсяг вправ в перші дні повинен бути дуже обмеженим, рухи повільні (через можливість кровотечі).

В перший день, коли хворий ще не може самостійно глибоко дихати, з ним проводяться дихальні вправи підтримуючи руками грудну клітку збоку, виконуючи незначні її здавлення і вібраційні рухи («стимуляція» грудних м'язів). Тренування поглибленого дихання і керованого відкашлювання повинно проходити щогодини, чергуючи із надування гумових кульок, акцентуючи

увагу на подовженому видиху. В подальшому виконуються рухи пальцями рук і ніг, короткочасні повороти тулуба з допомогою, відкашлювання-лежачи на здоровому боці. На (2-4) день при зниженні температури і нормалізації ЧСС заняття проводяться лежачи в ліжку і включають: дихальні динамічні вправи з залученням дрібних, середніх, і великих груп м'язів верхніх і нижніх кінцівок. Всі рухи виконуються в повільному темпі, що забезпечує співвідношення між потребою працюючих м'язів в кисні і його забезпеченням. На (4-6) день хворий з положення лежачи переходить в положення сидячи з опущеними ногами і в комплекс вправ входять рухи з великою кількістю задіяних груп м'язів. На (6-7) день хворому дозволяють вставати і в тренування включають елементи ходьби. Особлива увага на цьому етапі реабілітації приділяється відновленню повного об'єму рухів у всіх суглобах і корекції постави. Після 8-10 дня, заняття з хворими проводяться вже групами по 3-5 осіб в залі ЛФК. Вихідне положення сидячи на стільці і стоячи тривалістю 20-25хв один раз на день. Вправи для верхніх і нижніх кінцівок, з неповною амплітудою. Заключний період занять, за 5-7 днів перед випискою спрямований на підготовку хворого до самообслуговування, розширення рухового режиму.

Запропонований нами комплекс вправ повинен сприяти покращенню і зміцненню функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем у пацієнтів з мітральними вадами, а також прискорити процеси відновлення після оперативних втручань

ЛІТЕРАТУРА:

1. Амосова К.М. Клінічна кардіологія. – Т.І. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 203-206.
2. Іванів Ю. Клапанні вади серця // Медицина світу.-1997.-Т.ІІ – Число1. –С.34-39.
3. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней сердца и сосудов. Перикардиты. Инфекционный эндокардит. ПМК. Приобретенные пороки сердца. – М: Мед. Лит. 2005. – 432с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація // Олімпійська література. – 2000. – С 210-211.
5. Реабилитация кардиологических больных / Под. Ред. Проф. К.В. Лядова, проф. В.Н. Преображенского. – М.: ГЗОТАР – Медиа, 2005. – 288 с.

А.М. ЗАЧЕПА

ДІЯЛЬНІСТЬ УКРАЇНСЬКОГО СВЯЩЕНСТВА У ЛАВАХ УНА

У статті розглядається діяльність українського священства в лавах Української Національної Армії періоду Другої світової війни.

В статье рассматривается деятельность украинского духовенства в рядах Украинской Национальной Армии во время Второй мировой войны.

The article examines the activity of the Ukrainian clergy in rows of the Ukrainian National Army during World War II.

В історію України періоду Другої світової війни окрему сторінку вписала дивізія «Галичина», відома також як Перша Українська дивізія Української Національної Армії (1-ша УД УНА).

У 40-50-х роках минулого століття, під час боротьби Української повстанської армії з німецькими та більшовицькими загарбниками, поряд з українськими повстанцями були греко-католицькі та православні священники, які духовно підтримували вояків і в свята, і в будні, вселяли віру у вищу Божу справедливість і надію на перемогу над ворогами Батьківщини.

Молитва в добу визвольних змагань, коли Батьківщину захоплює ворог, універсалізує свої духовні можливості, а її текст змістовно поглиблюється, наповнюючись історико-духовною інформацією, зокрема – фольклорними образами-символами: «Ворог лютий посів Рідну Землю нашу і в господі чужій криваво справляє перемогу свою... Пошли нам, Господи Боже, мочного Ангела Охоронителя..., щоб у ім'я Твоє величне водив Христолюбиве Славне Козацтво наше..., щоб силою Твоею Святою... подав перемогу над нашими супротивниками. Сокруши ж, Боже Сильний, всіх ворогів наших і Край Рідний звільни від зухвалих чужинців і пошли нам давно бажаний спокій!» [4].

Українська історія створила особливий тип подвижника, що в нестерпних умовах здатний на подвиг в ім'я Батьківщини. І це стає стійким чинником у процесі формування свідомості воїна, котрий здатний актуалізувати і нині Іларіонові слова: «досконалії людині не страшні жодні муки, жодні страждання... Вони стануть нам не на руїну смерть, а тільки на плідну науку» [2].