

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Наталія Плечиста

*Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського, м. Львів, Україна*

Актуальність. Незважаючи на те, що хвороби системи кровообігу є головною причиною смерті населення економічно розвинутих країн, у більшості з них упродовж останніх десятиліть рееструють стійку позитивну динаміку показників здоров'я, пов'язаних із цією патологією. Водночас в Україні – протилежна тенденція: за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зростає втричі, а рівень смертності від них – на 45%.

Відновлювальне лікування хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН), залишається одним із актуальних завдань охорони здоров'я. Соціальна значущість обумовлена поширеністю захворювання, тенденцією до зростання, ураженням людей працездатного віку в розквіті творчої активності, значними показниками тимчасової непрацездатності, ранньою інвалідизацією та великим відсотком летальності [1, 2, 4].

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2012) і Асоціації кардіологів України (2012), кардіореабілітація хворих містить такі компоненти: 1) боротьбу з факторами серцево-судинного ризику; 2) зміну способу життя; 3) раціональне харчування – дієтотерапію; 4) заняття фізичними вправами [2].

У зв'язку з цим, доцільним є оптимальне поєднання лікарських препаратів та ранньої реабілітації хворих із хронічною серцевою недостатністю.

Мета дослідження – визначити особливості функціонального стану та чинники корегування індивідуального здоров'я осіб з хронічною серцевою недостатністю.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукової і методичної літератури, педагогічне спостереження

Виклад основного матеріалу з аналізом отриманих наукових результатів. Виникнення і перебіг серцево-судинних захворювань тісно пов'язаний із наявністю чинників ризику, основними серед яких є підвищений артеріальний тиск, порушений ліпідний обмін, надлишкова маса тіла,

нездоровий спосіб життя (тютюнокуріння, нераціональне харчування, зловживання алкоголем, недостатня фізична активність).

За показниками Фремінгемського дослідження, зі збільшенням маси тіла зростає серцево-судинна захворюваність, що найбільше виражено в осіб після 50 років. Отже, існує тісний зв'язок між індексом маси тіла та загальною смертністю, що підтверджує дослідження Інституту кардіології імені М. Д. Стражеска АМН України CINDI [3].

Для виявлення надлишкової маси тіла ми використовували індекс Кетле, середні показники якого в обстежуваних обох груп статистично не різнилися між собою і були вищі від норми. Норма індексу Кетле в чоловіків становить 35–40 кг/м², у жінок – 32,5–37,5 кг/м². У чоловіків основної групи показник індексу Кетле становив 50,08±1,26 кг/м², що на 10,08 кг/м² вище від норми; у жінок середній показник індексу дорівнював 50,60±1,37 кг/м², що на 13,1 кг/м² вище від норми. У групі порівняння середній показник індексу в чоловіків становив 48,74±1,15 кг/м², що на 8,74 кг/м² перевищує норму, а в жінок – відповідно 49,23±1,01 кг/м², що на 12,23 кг/м² перевищує нормативні значення.

Проведений аналіз показників центральної гемодинаміки в осіб з ХСН показав деяке перевищення допустимих норм, а саме: підвищення систолічного артеріального тиску (в основній групі – 162,8±3,7 мм рт.ст., у групі порівняння – 165,6±3,9 мм рт.ст.) і діастолічного артеріального тиску (96,2 ±2,3 мм рт.ст. та 95,8±2,7 мм рт.ст. відповідно). Наслідками нераціонального та незбалансованого харчування населення є зростання кількості осіб із порушенням ліпідного обміну як чинника ризику розвитку та виникненням і прогресуванням ХСН [1, 2]. Збільшення рівня холестерину у крові порівняно з нормою на 10% збільшує ризик розвитку ішемічної хвороби серця на 20–30% [4]. При зниженні рівня загального холестерину у крові на 10% ризик розвитку захворювання зменшується в осіб віком 40 років на 50%, 50 років – на 40%, 60 років – на 30% [1, 2, 3].

Аналіз показників біохімічного гомеостазу в осіб обох груп виявив підвищений рівень загального холестерину з нормою, яка становить 3,0–5,7 ммоль/л (в основній групі – 6,5±0,3 ммоль/л, у групі порівняння – 6,7±0,3 ммоль/л.) та знижений рівень ліпопротеїдів високої щільності при нормі > 1,3 ммоль/л (відповідно 1,01±0,04 ммоль/л та 1,02±0,04 ммоль/л.), що є впливовим показником відображення перебігу атеросклеротичного процесу в коронарних судинах і підвищує фактор ризику ХСН.

Незалежним та модифікованим чинником ризику атеросклерозу та ХСН є малорухливий спосіб життя. Підвищення фізичної активності осіб асоціюється з низьким рівнем ризику розвитку серцево-судинних захворювань [1, 4].

Основним методом оцінювання фізичної працездатності в осіб із серцево-судинними захворюваннями є тест PWC_{150} . Показники фізичної працездатності у чоловіків основної групи становили $535,5 \pm 13,6$ кгм/хв, а в жінок – $520,5 \pm 10,3$ кгм/хв ($p < 0,05$), у групі порівняння відповідно – $534,5 \pm 8,8$ кгм/хв та $510,1 \pm 5,5$ кгм/хв, що відповідало показникам II функціонального класу.

Висновки. Установлено, що функціональний стан осіб з хронічною серцевою недостатністю суттєво відрізняється від нормативних значень та характеризується підвищенням показників частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, рівня загального холестерину, а також зниженням ліпопротеїдів високої щільності, наявністю ознак гіпоксії міокарда, зниженням сумарної скоротливості міокарда, що проявляється зниженням фракції викиду та показників фізичної працездатності.

Список використаних джерел

1. Аронов Д. М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д. М. Аронов – Москва : Триада – Х., 2000. – 412 с.
2. Заболевания сердца и реабилитация / под общ. ред. М. Л. Поплока, Д. Х. Шмідта; [пер. с англ. Г. Гончаренко]. – Киев : Олимпийская литература, 2000. – 407 с.
3. Клапчук В. В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / за ред. В. В. Клапчука, Г. В. Дзяка – Київ : Здоров'я, 1995. – 310 с.
4. Физиология спорта / под ред. Дж. Х. Уилмор, Д. Л. Костилл; [пер. с англ. А Яценко]. – Киев : Олимпийская литература, 1998. – 285 с.