

УДК 616.12-008.331.1:615.825:614.253.4:378

ФЕДЧЕНКО А.В., ПАЦЕРА М.В., ІВАНЬКО О.Г.

ДЗ «Запорізький державний медичний університет МОЗ України», кафедра пропедевтики дитячих хвороб, м. Запоріжжя, Україна

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Артеріальна гіпертензія (АГ) у молоді є гострою проблемою сучасної цивілізації. В Україні й за її межами АГ залишається однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем. Це зумовлено як значною поширеністю даного захворювання — 40 % дорослого населення, так і тим, що АГ є найважливішим фактором ризику серцево-судинних захворювань — інфаркту міокарда, мозкового інсульту. Хвороби, асоційовані з АГ, переважно зумовлюють смертність в Україні серед дорослого населення — 64 % від усіх її причин. На думку ендокринолога, фахівця з цукрового діабету Пауля Зіммета, таке становище із захворюваністю молоді на АГ скоро призведе до ситуації, коли «уперше в історії людства сучасне покоління дітей буде помирати раніше, ніж їх батьки».

У сучасному світі АГ все частіше розглядається як педіатрична проблема, але прийняття рішення щодо медикаментозного лікування дітей із приводу АГ достатньо складне через невизначеність прогнозу й традиційно низький комплайєнс пацієнта-підлітка. Існують певні труднощі в залученні підлітків до виконання фізичних вправ із дозованим навантаженням. Під час підліткового періоду думки дитини зосереджені на членах своєї підліткової групи. Прагнення до незалежності поєднується з вираженою потребою підтвердити свою ідентичність з однолітками, що не обмежується тільки фізичними особливостями, а визначається в першу чергу стилем поведінки. Для підтвердження своєї ідентичності з однолітками підліток входить до групи інших підлітків, переносить проведення свого часу та інтереси за межі рідного дому, опіки батьків. Втручання дорослих у справи молодої особи сприймається нею негативно й часто зустрічає свідомий чи напівсвідомий опір.

Артеріальна гіпертензія на ранніх стадіях формування не сприймається підлітком як хвороба, тому що в більшості випадків не проявляється жодними симптомами. Це значно ускладнює проведення заходів щодо її профілактики та лікування. Однак ранній початок цілеспрямованого терапевтичного

контролю гіпертензії з метою недопущення формування специфічних уражень органів-мішеней дозволяє відстрочити розвиток гіпертонічної хвороби дорослих, а отже, знизити ризик інвалідизації та ранньої смертності.

З метою зниження захворюваності на артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості та якості життя хворих на серцево-судинні захворювання указом Президента України № 117/99 від 04.02.1999 р. затверджена програма профілактики й лікування артеріальної гіпертензії в Україні. Щодо впровадження нових технологій ведення хворих, особливо дітей та підлітків, ми запропонували організацію фізичної реабілітації підлітків 16–17 років з АГ безпосередньо у вищому навчальному закладі із використанням засобів немедикаментозного лікування, а саме тренувальної програми на велотренажерах.

На нашу думку, саме вік 16–17 років є складним з точки зору психосоціального, фізичного та статевого розвитку. Цей етап також збігається з відповідальним вибором майбутньої професії. Ми звернули увагу на студентів медичного вищого закладу, які під час опанування складних програм з навчання схильні до додаткових фізичних, психологічних навантажень. Це часто значно впливає на стан здоров'я майбутніх лікарів. Саме в цьому віці формується артеріальна гіпертензія, подальший розвиток якої призводить до гіпертонічної хвороби дорослих з притаманними їй ризиками несприятливих кардіоваскулярних подій, інвалідності та летальності хворих у дорослому віці.

Нами визначені принципи організації фізичної реабілітації підлітків з АГ безпосередньо в на-

Адреса для листування з авторами:
Федченко Анастасія Володимирівна
E-mail: ia175@mail.ru

© Федченко А.В., Пацера М.В., Іванько О.Г., 2016
© «Артеріальна гіпертензія», 2016
© Заславський О.Ю., 2016

вчальному закладі із використанням засобів немедикаментозного лікування, а саме тренувальної програми на велотренажерах. Рівень фізичної працездатності за даними тесту PWC170 у частини підлітків, частіше в дівчат, особливо з підвищеною масою тіла, низький. Ці низькі показники фізичної працездатності — менше від 850 кгм/хв у юнаків і 500 кгм/хв у дівчат — визначалися з частотою 11,5 і 38,9 % відповідно. Це можна пояснити малорухливим способом життя (гіподинамією) і небажанням займатися спортом чи фізичними вправами.

На підставі рішення колегії МОН, МОЗ та Департаменту сім'ї, молоді та спорту України № 13/1-2, 10, 11-1 від 11.11.2008 «Про стан здоров'я і фізичний розвиток студентів та розподілення на медичні групи» під час першого профілактичного медичного огляду у вищому навчальному закладі, організованого на підставі обов'язкового вимірювання артеріального тиску (АТ) за допомогою плечової манжетки, тонометра та фонендоскопа, документували в підлітка перевищення значень систолічного АТ понад 119 мм рт.ст. та/або діастолічного АТ понад 79 мм рт.ст., уточнювали анамнез щодо наявності АГ у найближчих родичів досліджуваного, з'ясували факти виявлення високих значень АТ у підлітка в минулому й лікування в нього АГ. Осіб, скомпрометованих за одним чи більше з описаних вище предикторів АГ, визначали як представників групи з імовірною АГ та обстежували за допомогою трьох додаткових офісних визначень АТ у ранковий час з інтервалом у 7–14 днів, зазвичай у перервах між заняттями або з короткочасним відривом від них, наприклад перед заняттям фізкультурою в медичному університеті. Визначення хоча б один раз показника систолічного та/або діастолічного артеріального тиску, що дорівнював 90-му перцентилу чи перевищував його значення, залежно від віку, статі й зросту стало приводом для проведення в підлітка повної клінічної процедури верифікації АГ.

Лікування немедикаментозним методом дозованих фізичних навантажень, на нашу думку, належить до нових технологій ведення хворих з АГ і призначається підліткам з передгіпертензією, лабільною АГ і стабільною АГ 1-го ступеня з низьким або середнім рівнем ризику ускладнень. У хворих на АГ високого ступеня ризику протипоказання до занять фізичною культурою із помірними навантаженнями відносні, питання вирішується індивідуально з урахуванням толерантності до виконання вправ та бажань підлітка. Протипоказаннями для призначення студентам занять на велотренажері є випадки гострих або хронічних захворювань опорно-рухового апарату, наявність пароксизмальної тахікардії, епілепсії та вагітності. Відмовитися від тренувань потрібно при тяжких формах цукрового діабету та онкологічних захворюваннях. Не варто сідати на велотренажер і при будь-якому інфекційному захворюванні в періоді гарячки.

Заняття на велотренажерах за нашою методикою проводилися два рази на тиждень по 30–40 хвилин під час першої академічної години звичайного заняття з фізичного виховання. Студента навчили підраховувати пульс за 6 секунд під час виконання вправ на велотренажері. Кожне тренування безпосередньо на велотренажері тривало 30 хвилин. Контроль величини АТ бажано здійснювати до тренувань, відразу після тренувань і через 5 хв після тренування. Під час вступного періоду тренувань студентам індивідуально підбиралися навантаження за допомогою визначення індивідуальної пульсової цінності. Під час перших занять частота пульсу повинна становити близько 65–70 % від максимального вікового пульсу (МВП). МВП можна розрахувати за формулою: 220 мінус вік досліджуваного, що в підлітків 16–17 років становить приблизно 200 ударів за хвилину. Середня частота пульсу під час виконання вправи на тренажері в початковому періоді тренувань, отже, становить у дівчат 120–130 ударів за хвилину, у юнаків — 130–140.

Показником ефективності тренувального заняття на велотренажері є зовнішні ознаки втоми. При цьому звертають увагу на забарвлення шкіри, пітливість, характер дихання, координацію рухів, увагу. Обраний режим тренувань — протягом 2 міс. відбувався підготовчий етап і впродовж 5 міс. тривав основний — підлітками з АГ переносився добре. У процесі проведення реабілітаційної програми жодних ускладнень не спостерігалось. Традиційні для учнів атрибути навчального процесу у вигляді реєстрації відвідуваності, відміток про успішність, виконання нормативів тощо зберігалися. Такий імперативний підхід до впровадження реабілітаційної програми є етично обґрунтованим з позицій традиційної відповідальності дорослих за виховання дітей. Віддалені результати спостереження за підлітками підтверджували клінічну та організаційну ефективність розроблених реабілітаційних підходів.

Отже, отримані результати впровадження програми фізичної реабілітації підлітків 16–17 років із первинною артеріальною гіпертензією за умов створення в навчальному закладі велотренажерного залу продемонстрували практичну можливість оздоровлення значного контингенту молоді, що навчається. Доцільне подальше удосконалення програми тренувань за рахунок впровадження більш або менш інтенсивних навантажень за кратністю виконання вправ на тиждень, їх тривалістю, розподілу навантаження під час виконання вправи і таке інше. Тому підкреслено необхідність організації фітнес-залів у вищому навчальному закладі за рахунок академічних годин для занять фізичною культурою студентів. Такий підхід дозволить залучити підлітків до фізичної активності й контролю ваги тіла, активного впровадження серед молоді стратегії здорового способу життя, боротьби з палінням, відмови від вживання алкогольних напоїв і надмірної кількості кухонної солі.

Отримано 31.05.16 ■