

**ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЁСШИХ  
ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ (ОЗ)****Бутабаев М.Т****Бутабаева М.М**

Андижанский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7311445>

**Аннотация.** Озонотерапия и физиотерапия используются для реабилитации и интенсивного лечения пациентов. По информации большинства ученых, они используются с 95% эффектом. А также сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инфаркт миокарда. Кроме того, заболевания системы кровообращения являются основной патологией, характеризующей количество смертей в нашей стране. Реабилитационная терапия в поликлинике недостаточно эффективна при сердечно-сосудистых заболеваниях.

**Ключевые слова:** озонотерапия, инфаркт миокарда, профилактика, реабилитация, сердечно – сосудистая патология.

**PREVENTION, TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WHO HAVE  
SUFFERED A MYOCARDIAL INFARCTION USING OZONE THERAPY (OZ)**

**Abstract.** Ozone therapy and physiotherapy are used for rehabilitation and intensive treatment of patients. According to most scientists, they are used with 95% effect. As well as cardiovascular diseases, such as myocardial infarction. In addition, diseases of the circulatory system are the main pathology characterizing the number of deaths in our country. Rehabilitation therapy in the polyclinic is not effective enough for cardiovascular diseases.

**Keywords:** ozone therapy, myocardial infarction, prevention, rehabilitation, cardiovascular pathology.

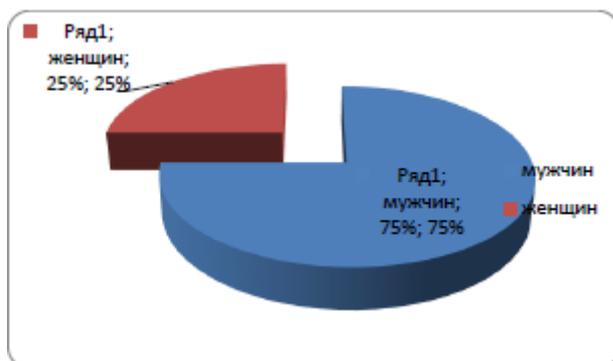
**Актуальность.** В последние годы опубликовано большое количество работ, посвященных реабилитации лиц, перенёсших инфаркт миокарда (ИМ), однако до настоящего времени врачи-реабилитологи, осуществляющие поликлинический этап реабилитации, не имеют четких рекомендаций по объему и продолжительности лечения больных, ранее перенёсших ИМ, с учетом функционального класса (ФК) ишемической болезни сердца (ИБС). Методы озонотерапии и физиотерапии находят все более широкое применение в лечении и реабилитации больных ИМ.

По данным большинства авторов, эффективность их применения составляет 90-95%. Вместе с тем за последние годы отмечено повышение сердечно-сосудистой патологии, в том числе и инфаркта миокарда. Кроме того, болезни системы кровообращения – основная патология, определяющая смертность населения и в нашей стране. Указанное свидетельствует о важности поликлинического этапа помощи в реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на кафедре реабилитологии и физической культуры (спортивной медицины) АГМИ г. Андижана, в областном кардиологическом диспансере и центральных районных поликлиниках района Андижанской области Республики Узбекистан.

Под наблюдением находились 154 пациентов (рис.1), из них 38 женщин (25%) и 116 мужчин (75%) в возрасте 30-68 лет.

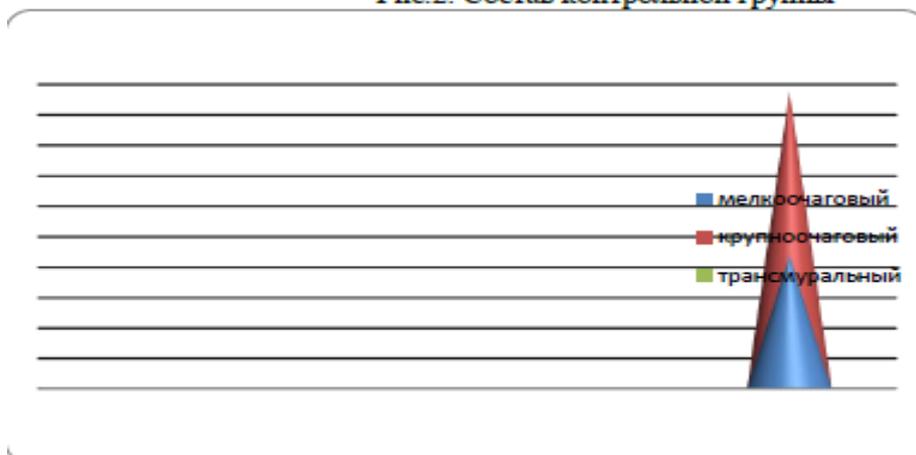
Рис. 1. Гендерный соотношение пациентов



На реабилитацию пациенты были направлены кардиологами районных поликлиник и кардиологических диспансеров.

Контрольную группу составили 138 человек (рис.2), прошедшие реабилитации до 2014 года, у которых ФК не был определен и не было проведена озонотерапия. Из них 31 (22%) перенесли мелкоочаговый, 68(49%) крупноочаговый и 39 (29%) трансмуральный ИМ.

Рис.2. Состав контрольной группы



В практической работе была использована функциональная классификация больных с сердечно сосудистыми заболеваниями, предложенная Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (6).

**Результаты и их обсуждения.** Реабилитационные мероприятия и озонотерапии проводили по трем режимам: щадящему, щадяще тренирующему и тренирующему (4). В зависимости от режима двигательной активности в программу входили: лечебная гимнастика, дозированная ходьба, тренировка на велотренажерах, дозированный бег, психопрофилактика или аутогенная тренировка, кислородные, витаминизированные или лекарственные коктейли, озонотерапия, при отсутствии противопоказаний – массаж.

Озонотерапию в реабилитации всех больных начинали с мероприятий, входящих в щадящий режим двигательной активности. В среднем этот отрезок реабилитации длился 14 дней. При назначении щадяще-тренирующего режима принимали во внимание самочувствие больного, реакцию сердечно-сосудистой системы, при нагрузке учитывали время прошедшее со дня заболевания. Длительность этого периода реабилитации в

среднем равнялась 25 дням. При назначении тренирующего режима принимали во внимание все вышеперечисленные факторы и проводили пробу с 25 приседаниями с опорой. Время, затраченное на выполнение пробы, фиксировали, оценку проводили по общепринятой методике. Курс реабилитации считался пройденным, если больной выполнял пробу с 20 приседаниями без опоры за тоже время, что было затрачено на выполнение этой же пробы или переводе на тренирующий режим или быстрее, при условии положительной оценки реакции на нагрузку. Длительность этого периода реабилитации составил в среднем 30 дней.

В контрольной группе из 118 пациентов начавших курс реабилитации без учета ФК и озонотерапии, полный курс прошли 78 (58%), 63(42%) прекратили посещение занятия по не зависящим от нас причинам, в основном из за того, что были выписаны на работу и не смогли посещать реабилитационный зал. В среднем поликлинический этап реабилитации в этой группе составил 73 дня.

Из 134 пациентов основной группы, у которых озонотерапии ФК были определены : у 10 установлен I, у 78-II, у 39=III, у 7 – IV ФК. Больные с I ФК начинали занятия сразу по щадяще-тренирующему режиму. Реабилитационные мероприятия, входящие в программу щадящего режима, назначали пациентам со II, III, IV ФК, заканчивали этот этап реабилитации в среднем со II - за 6 дней, с III- за 15дней, а с IV – за 28 дней.

Программа реабилитации по щадящему режиму включала в себя лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, кислородные коктейли, озонотерапию, психопрофилактику, тренировки на велотренажерах в течение 3-5 мин., без нагрузки и массаж.

При назначении щадяще-тренирующего режима принимали во внимание переносимость нагрузки на предыдущем этапе, самочувствие больного, толерантность к физической нагрузке (ТФН), тренировку на велоэргометре. Мощность работы подбирали индивидуально с учетом рекомендаций врачей- кардиологов, проводивших определение ТФН.

Для зрительного контроля за сердечной деятельностью использовали портативный электрокардиоскоп (ПЭКС-01), соединенный с одноканальным электрокардиографом. Регистрировали грудное отведение V5. Кроме того измеряли частоту сердечных сокращений и АД, Время тренировки на велоэргометре постепенно увеличивали до 5 мин. При возникновении одного из критериев прекращения пробы, принятых при определении ТФН, тренировку прекращали и больного направляли на консультацию к врачу кардиологу для коррекции двигательного режима (1).

Больные с I ФК находились на этом этапе в среднем 8 дней, со II -13 дней, с III-19 дней. Больные пришедшие с IV ФК, закончили реабилитацию на этом этапе, так как дальнейшее расширение двигательного режима было связано с риском для их здоровья.

К занятиям по тренирующему режиму допускались больные, хорошо переносившие нагрузки предыдущего этапа реабилитации. В программу тренировки включали помимо вышеперечисленных средств, дозированный бег, малоподвижные игры, аутогенную тренировку.

Больные с I ФК находились на последнем этапе в среднем 14 дней, со II-18 дней, а с III-24 дня. Из 134 больных, начавших проходить реабилитацию, полный ее курс прошли 106 (79%), 28 (21%) прекратили посещение занятий раньше предусмотренного нами срока по не зависящим от нас причинам. Пациенты, пришедшие на реабилитации с I ФК,

находились на реабилитации в среднем 22 дня, со II - поликлинический этап проходили в среднем за 37 дней, с III - в среднем за 58 дней, а с IV - в среднем за 64 дня.

**Вывод.** Таким образом, полученные данные свидетельствует о том, что комплексное профилактическое лечение озонотерапией и определение ФК даст возможность индивидуализировать программу реабилитации, что способствует быстрейшему восстановлению работоспособности больных, перенесших ИМ. Индивидуализация программы также позволит провести полный курс реабилитации большому количеству больных, направленных на восстановительные лечения.

## REFERENCES

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. – Киев, 1984.
2. Апанасенко Г.А., Науменко Р.Г. II Вопр. – Курортолог – 1985, №4-с. 59-61.
3. Аронов Д.М., Сидеренко Б.А., Лупанов В.П //Кардиология. – 1982.-№1 – с. 5-10.
4. Бардецкая Н.Б. Рекомендации больному перенесшему инфаркт миокарда. – Черновцы, 1979.
5. Блужас И.Н. //Кардиология – 1986, №4-с. 5-7.
6. Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап Реабилитации больных инфарктом миокарда. – М 1984.
7. Крыжановский В.А. // Врач. дело - - 1986, №5-с. 48-51.
8. Николаева Л.Ф. Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца – М., 1988.
9. Преварский Б.П., Шатько В.Н. // Кардиология – 1982, №1-с. 68-71.
10. Пономаренко Г.М. « Частная физиотерапия» М.: «Медицина», 2007 г. 698с. Медицинская реабилитация М: «Медицина», 2017 г.