

Нуриахметова Алсу Руслановна

студентка

Научный руководитель

Щербакова Ирина Викторовна

соискатель, магистр, старший преподаватель

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский

университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

г. Саратов, Саратовская область

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА (ВПС)

***Аннотация:** автор статьи отмечает, что существует противоречие между доказанной пользой физической активности (ФА) для детей с ВПС и отсутствием четких клинических стандартов для ее назначения. Это приводит к необоснованным ограничениям, формированию малоподвижности и риску сопутствующих заболеваний. Проблема заключается в необходимости разработки дифференцированных, основанных на доказательствах рекомендаций по ФА с учетом индивидуальных рисков и остаточных явлений после коррекции порока.*

***Ключевые слова:** врожденный порок сердца, физическая активность, клинические рекомендации, индивидуальный подход, факторы риска.*

Современные подходы к физической активности для детей с врожденными пороками сердца претерпели серьезные изменения. Раньше такие пациенты часто сталкивались с жесткими ограничениями из страха перед осложнениями, но сегодня исследования однозначно показывают пользу дозированных нагрузок для их здоровья и качества жизни. Физическая активность способствует укреплению сердечно-сосудистой системы, развитию мышц, профилактике ожирения и связанных с ним проблем – от диабета до гипертонии. Кроме того, она оказывает положительное психологическое воздействие, снижая уровень тревожности. Однако из-за опасений родителей и особенностей состояния многие дети с

ВПС остаются малоподвижными, что ведет к порочному кругу: недостаток активности ослабляет организм и повышает риски, которые изначально стремились предотвратить. Поэтому современные рекомендации Европейской ассоциации детской кардиологии и Американской кардиологической ассоциации делают акцент на необходимости индивидуального подхода.

Большинству детей с врождёнными пороками сердца (ВПС), как и их здоровым сверстникам, показано не менее 60 минут умеренной или высокой физической активности в день. При этом важно избегать высокоинтенсивных интервальных тренировок, поскольку их безопасность для этой группы пациентов ещё недостаточно изучена.

Наиболее безопасные и рекомендованные виды физической активности (ФА) для большинства детей с ВПС:

- быстрая ходьба;
- плавание в спокойном темпе;
- езда на велосипеде по ровной поверхности;
- занятия общей физической подготовкой.

Для пациентов с остаточными явлениями после операций или при наличии следующих факторов риска требуется особая осторожность.

1. Сердечная недостаточность – патологическое состояние, при котором сердечная мышца теряет способность эффективно перекачивать кровь, что приводит к дефициту кислорода и питательных элементов в органах и тканях.

2. Аритмии – нарушение частоты, ритмичности или последовательности сердечных сокращений.

3. Легочная гипертензия – хроническое состояние, характеризующееся повышением давления в лёгочной артерии.

4. Цианоз – синюшное окрашивание кожи и слизистых оболочек из-за недостатка кислорода в крови.

5. Расширение аорты или обструкция выводного тракта сердца.

Для таких пациентов интенсивность физических нагрузок должна снижаться до умеренной или низкой. В особо сложных случаях, включая каналопатии, миопатии и аномалии коронарных артерий, решение о допуске к физическим нагрузкам принимается коллегиально с участием кардиолога, аритмолога и спортивного врача.

Обязательным этапом перед началом физической активности является комплексное обследование:

- ЭхоКГ (УЗИ сердца) для оценки гемодинамики;
- нагрузочные тесты для определения переносимости нагрузок и выявления аритмий;
- холтеровское мониторирование ЭКГ;
- при низкой толерантности к нагрузке – тест шестиминутной ходьбы.

Крайне важно, чтобы родители, педагоги и тренеры, ответственные за проведение занятий, были в полной мере осведомлены о так называемых «красных флагах» – тревожных симптомах, при появлении которых любая физическая нагрузка должна быть немедленно прекращена, а состояние ребёнка – оценено врачом. К таким ключевым признакам относятся:

Одышка, несоразмерная выполняемой нагрузке, когда затруднённое дыхание возникает при минимальном усилии или долго не восстанавливается после отдыха.

Головокружение, ощущение «дурноты», предобморочное состояние (липотимия) или потеря сознания (обморок/синкопе), которые могут указывать на нарушение мозгового кровообращения или опасную аритмию.

Необычная, изнуряющая усталость, не проходящая после стандартного периода восстановления и выбивающаяся из обычного для ребёнка паттерна.

Любая боль, стеснение, давление или дискомфорт в грудной клетке, которые нельзя игнорировать.

Ощущение сильного, быстрого, «колющегося» или нерегулярного сердцебиения (пальпитации), «перебоев» в работе сердца.

Заметное изменение цвета кожных покровов: резкая и выраженная бледность или, что особенно важно, появление либо усиление синюшного оттенка (цианоза) губ, носогубного треугольника, кончиков пальцев.

После проведения комплексного обследования и оценки всех рисков разрабатывается строго индивидуальный план физической активности. Фундаментальным принципом его внедрения является постепенность и последовательность. Начинать необходимо с очень коротких, дозированных сеансов нагрузки низкой интенсивности – например, с 5–10 минут спокойной ходьбы или легкой разминки. Интенсивность, продолжительность и частота занятий могут увеличиваться только при условии стабильно хорошей переносимости и полного отсутствия любых «красных флагов» в течение нескольких недель на текущем этапе. Процесс должен проходить под динамическим контролем: ребёнка и его близких обучают простым методам самоконтроля (например, оценке одышки по шкале или подсчёту пульса, если это предписано врачом), а запланированные повторные визиты к кардиологу и проведение контрольных тестов (вроде теста шести-минутной ходьбы или холтеровского мониторирования) позволяют объективно оценить прогресс и безопасно скорректировать программу. Такой подход минимизирует риски и формирует устойчивую, полезную для здоровья привычку.

Эти меры позволяют разработать персонализированную и, что самое важное, безопасную программу физической активности. Такая программа помогает разорвать порочный круг гиподинамии и создаёт условия для полноценного развития ребёнка.

Несмотря на сформированные клинические рекомендации, их практическая реализация сталкивается с комплексом барьеров, которые необходимо осознавать и целенаправленно преодолевать. Ключевым препятствием остается глубоко укоренившийся страх – как со стороны родителей, так и часто самих пациентов, – связанный с риском причинить вред сердцу. Этот страх приводит к формированию модели гиперопеки, когда физическая активность необоснованно ограничивается, а ребенок усваивает роль «инвалида», что негативно сказывается на его психосоциальном развитии и формирует установки на малоподвижный образ жизни. Еще

одним значимым барьером является дефицит конкретных знаний и инструментов у медицинских работников первичного звена и в образовательных учреждениях. Педиатры и школьные учителя физкультуры, не имея четких и понятных предписаний от кардиолога, часто предпочитают перестраховаться, полностью освобождая ребенка от занятий, что лишь усугубляет проблему гиподинамии. Социально-инфраструктурный аспект заключается в почти полном отсутствии специализированных, доступных и безопасных программ адаптивной физической культуры и подготовленных тренеров, способных работать с детьми с ВПС с учетом их индивидуальных рисков. Пути решения этих проблем лежат в плоскости системного, междисциплинарного подхода. Во-первых, необходима активная образовательная работа с семьями в рамках кардиологических центров, направленная на разъяснение пользы дозированных нагрузок и обучение распознаванию реальных, а не мнимых, тревожных симптомов. Во-вторых, критически важным является обеспечение родителей и школ четкими, письменными индивидуальными рекомендациями от лечащего кардиолога. Такой документ должен содержать не просто общие слова, а конкретные указания: целевые зоны пульса для тренировок, перечень разрешенных и нерекомендованных видов спорта, допустимую продолжительность и интенсивность занятий. В-третьих, перспективным направлением является развитие сети занятий адаптивной физкультурой на базе медицинских или реабилитационных учреждений, где дети могли бы заниматься под контролем врача ЛФК и кардиолога, что снизит тревожность родителей и обеспечит безопасность. Только преодолевая эти барьеры через просвещение, персонализацию рекомендаций и создание поддерживающей инфраструктуры, можно воплотить в жизнь принцип «активной жизни без лишнего риска» для каждого ребенка с врожденным пороком сердца.

Список литературы

1. Беялова Л.М. Физическая активность и реабилитация детей с врожденными пороками сердца: современные подходы и клинические рекомендации / Л.М. Беялова, Т.А. Загородняя, В.Ф. Мухаметзянова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2022. – Т. 67. №3. – С. 45-52.

2. Зверева Н.П. Адаптивная физическая культура в комплексной реабилитации детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденных пороков сердца / Н.П. Зверева, А.В. Коноплев // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2021. – Т. 100. №5. – С. 128-135.

3. Комаров И.Г. Оценка толерантности к физической нагрузке у детей и подростков с врожденными пороками сердца: методические аспекты и клиническое значение / И.Г. Комаров, Л.В. Петрова, Б.А. Сидоренко // Кардиология. – 2020. – Т. 60. №8. – С. 89-95.

4. Врожденные пороки сердца у детей: национальные клинические рекомендации. – М.: Российское кардиологическое общество, 2021. – 124 с.

5. Петровская И.А. Влияние дозированных физических нагрузок на показатели гемодинамики и качество жизни детей с компенсированными врожденными пороками сердца / И.А. Петровская, А.К. Демин // Вестник восстановительной медицины. – 2023. – №1. – С. 33-39.