

Кардиореабилитация больных после инфаркта миокарда (Слайд №1).

Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности во всем мире. По данным ВОЗ, в России на их долю приходится 56% всех смертельных исходов, при этом 26% обусловлено ИБС. Первоочередной задачей при данной патологии является поиск более эффективных методов профилактики и лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особую роль в этом процессе играет реабилитация, которая кроме лекарственной терапии предполагает немедикаментозные методы воздействия: физические нагрузки, природные и преформированные физические факторы, диету, модификацию поведения больного и т.д.

(Слайд №2) Под термином ИБС следует понимать различные формы коронарной недостаточности, обусловленной атеросклеротическим поражением коронарных артерий или коронарospазмом неповрежденных артерий.

(Слайд №3) Термин «ишемическая болезнь сердца (ИБС)», предложен в 1962 г. Комитетом экспертов ВОЗ и включает в себя стенокардию, инфаркт миокарда, разнообразные промежуточные формы и бессимптомную ИБС, критерием которой являются специфические изменения на ЭКГ.

Результаты клинических наблюдений, проводимых в нашей стране и за рубежом, показали, что ИБС в настоящее время является одной из основных причин ранней нетрудоспособности, инвалидизации и смертности. Современная диагностика, адекватная терапия (медикаментозная) и проведение кардиологической поэтапной реабилитации является важным шагом на пути возвращения больного к активности, к труду, в общество, к полноценной жизни.

(Слайд №4) В 1970-1980 гг. XX века в медицинскую практику страны была внедрена поэтапная реабилитация больных с острым инфарктом миокарда и больных, перенесших операции на сердце.

Схема такова: стационар – санаторий – поликлиника (диспансерное наблюдение).

(Слайд №5) Аспекты кардиологической реабилитации больных с ИМ.

В нашей стране наиболее разработана модель кардиологической реабилитации больных с инфарктом миокарда, которая имеет следующие аспекты:

1. **Медицинский аспект** – комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций организма, на выявление его компенсаторных возможностей с тем, чтобы обеспечить в дальнейшем условия для возвращения больного к самостоятельной активной жизни. Этот аспект связан с лечебными мероприятиями и включает в себя вопросы: ранней госпитализации, адекватной терапии, а позже – диспансерного наблюдения и систематического профилактического лечения, включая меры вторичной профилактики (гипотензивная, антиаритмическая, антикоагуляционная терапия и др.).

2. **Физический аспект** реабилитации направлен на восстановление функциональных резервов больных инфарктом миокарда, что становится возможным при своевременной и адекватной активизации больного, назначением ЛФК (ЛГ), дозированной ходьбы, а в дальнейшем – тренирующей терапии. Физическая реабилитация занимает особое место в системе медицинской реабилитации больных с инфарктом миокарда и составляет её основу.

3. **Психологический аспект**. Основная задача – улучшение характера и выраженности психических нарушений, и их коррекция у больного с инфарктом миокарда (мотивация установок на лечение, создание условий для психологической адаптации больного к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации).

4. **Профессиональный аспект** и **социально-экономический аспект** состоят в том, чтобы вернуть больному экономическую независимость и социальную полноценность (врачи и служба социального обеспечения).

Огромное значение в реализации реабилитационной программы больных с ИМ, имело создание поэтапной системы их ведения. Согласно этой системе помощь по МР инфарктных больных оказывается в зависимости от тяжести состояния пациента в 3 этапа. Перевод с этапа на этап осуществляется с учетом стабильности клинического состояния больного и его реабилитационного потенциала. Оценка РП и проведение МР осуществляется специалистами мультидисциплинарных бригад при стабилизации гемодинамики и жизненно важных параметров с учетом показаний и

противопоказаний к назначению реабилитационных средств и методов. В состав бригад входят врачи клиницисты (кардиологи), врачи отделения реабилитации (физиотерапевты, врачи ЛФК, методисты лечебной физкультуры с высшим немедицинским образованием), медицинский психолог (психотерапевт), хорошо подготовленный сестринский медперсонал.

Маршрут ведения больных предусматривает следующие этапы:

(Слайд №6) I этап – госпитальный, предназначенный для лечения больных в остром периоде кардиологической катастрофы. МР проводится в соответствии с РП конкретного больного. Его основные задачи:

- борьба с проявлениями и осложнениями ИМ;
- стабилизация клинического состояния больного;
- формирование адекватной психологической реакции больного на болезнь;
- ранняя активизация больного.

Продолжительность этапа – 7-14 дней.

(Слайд №7) 1-2 задачи главным образом решаются путем проведения быстрой и адекватной медикаментозной терапии, которая проводится при текущем контроле за самочувствием больного, оперативного контроля (ЭКГ, телеэлектрокардиография, ЭКГ-мониторинг).

При исчезновении боли, при стабилизации показателей ЭКГ уже через 2 часа (если нет противопоказаний: повышение температуры тела, нарушения ритма, повышение СОЭ и др.), включается физический аспект реабилитации для решения задачи № 4, но индивидуально с учетом возраста больного, обширности инфаркта, сопутствующих заболеваний и т.д.

Активизация больного на госпитальном режиме проводится по следующим режимам (Лебедева В.С.).

I.A. Строго постельный. И.п. – лежа на спине или полусидя. Движения в дистальных суставах конечностей (мелких): пальцы, лучезапястные, голеностопные – сгибание, разгибание, медленно, 2-4 раза. Свободные, спокойные дыхательные упражнения – 3-5 минут. Туалет и питание с посторонней помощью. Очень важно: улучшение кровообращения, профилактика застойных явлений в легких, желудочно-кишечном тракте, а также для повышения настроения пациента.

I.B. Постельный. На 2-й день – поворот на правый бок, если нет отрицательной динамики на 3-4-й день: и.п. – сидя, без

опускания ног, до 5-10 минут. Затем с опущенными на подставку ногами.

II. Полупостельный. 1-2 недели от начала заболевания. Упражнения для мелких и средних групп мышц, повторение 2-4 раза, темп медленный. Дыхательные упражнения. Массаж кистей рук, стоп от периферии к центру – поглаживание. Больной к этому времени переведен в палату – сидит на краю кровати по 5-10 минут несколько раз в день, самостоятельно ест в положении сидя.

III. Палатный – переход с кровати на стул на 15-20 минут 2-3 раза в день. Лечебная гимнастика: и.п. лежа, сидя, стоя (у кровати), затем ходьба по палате. Упражнения для мелких, средних и крупных групп мышц. Дыхательные упражнения. Ест больной сидя за столом самостоятельно. К окончанию режима до 50% времени дня пациент проводит сидя.

IV. Свободный (4-5 недель от начала заболевания). Выходит в коридор, посещает столовую. Лечебная гимнастика в зале – индивидуально или малогрупповым методом. Упражнения на все группы мышц, дыхательные упражнения, упражнения с предметами. Ходьба, восхождение по лестнице (с методистом ЛФК или лечащим врачом). Время занятий увеличивается до 20-25 минут. В теплое время года – прогулки с постепенным увеличением расстояния: 50 – 100 – 150 метров (щадяще-тренирующий режим).

II этап – этап долечивания (реконвалесценции), проводится в отделениях МР кардиологического стационара или в отделениях кардиореабилитации специализированных реабилитационных центров, где в срок до 3 недель проводятся реабилитационные мероприятия, соответствующие раннему периоду восстановления больного.

(Слайд №8) Задачи этапа:

- постепенное повышение физической работоспособности больных;
- устранение или уменьшение психологических синдромов;
- вторичная профилактика обострений;
- подготовка больного к профессиональной деятельности.

(Слайд №9) Реабилитационные мероприятия соответствуют раннему периоду восстановления больного. После оценки РП он переводится с I этапа на этап долечивания в специализированное кардиологическое реабилитационное отделение стационара, где программа медицинской реабилитации представлена следующими составляющими.

(Слайд №10)

1. Лечебно-охранительные режимы стационара:

- строго постельный,
- постельный,
- палатный,
- свободный двигательный режим.

2. Режим лечебного питания (Слайд №11).

Первым принципом правильного здорового питания для пациентов этой группы является соответствие общей калорийности потребляемой пищи энерготратам. Необходимо уменьшить в пище количество холестерина (исключить из рациона яичные желтки, икру, печень, почки животных). Следует снизить количество углеводов в диете. Рекомендуются введение в меню морской капусты и морской рыбы. Следует ограничить использование поваренной соли. Питание должно быть 4-5 разовым, пища принимается небольшими порциями. Слишком горячие или холодные блюда из меню исключаются. Между завтраком, обедом, ужином можно съесть фрукты, выпить стакан фруктового сока, молока, кефира.

3. Лекарственная терапия (Слайд №12).

С этой целью используются следующие группы препаратов: антитромбоцитарные (аспирин), β -блокаторы (атенолол, пропранолол и др.), гиполипидемические средства (статины), цитопротекторы (триметазидин), нитраты и т.д.

4. Физические нагрузки (Слайд №13).

Основным принципом физической реабилитации при ИМ является раннее начало занятий ЛФК, которые начинаются еще на предыдущем этапе и продолжаются в условиях реабилитационного отделения по щадящему, а затем по щадяще-тренирующему режиму. Программа активизации больного в условиях стационара строится с учетом его принадлежности к одному из 4 классов тяжести состояния.

Классы тяжести состояния больного с ИМ:

(Слайд №14) I КТ (класс тяжести) – реабилитационные мероприятия эффективны, ФР проводится по тренирующему режиму, РП высокий.

II КТ – реабилитация эффективна, ФР проводится по щадяще-тренирующему режиму, РП высокий или средний.

III КТ – реабилитационные мероприятия достаточно эффективны, ФР проводится в щадящем режиме, РП средний или низкий.

IV КТ – возможности реабилитации ограничены или активная реабилитация противопоказана, РП низкий.

(Слайд №15) Факторы риска, определяющие реабилитационный прогноз при ИМ:

- возраст старше 65 лет;
- стенозы коронарных артерий;
- более 2 приступов стенокардии в течение суток;
- наличие смещений сегмента ST на ЭКГ;
- повышение уровня сердечных маркеров.

При составлении программы необходимы данные по всем аспектам, влияющим на течение и прогноз заболевания, рекомендации по выполнению физических нагрузок. Следует обращать внимание на факторы сердечно-сосудистого риска, наличие сопутствующих заболеваний, на степень тяжести (ФК) основного заболевания или сердечной недостаточности. Необходимо дать оценку возможности пациента соблюдать рекомендованный режим, проводить самоконтроль (вес, АД, пульс). Необходимо проведение физикального, инструментального и лабораторного обследования больного (аускультация сердца и легких, ЭКГ, ЭХОКГ, контроль АД и пульса, определение глюкозы натощак, общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов). Для адекватного подбора тренирующей нагрузки следует определить уровень толерантности на велоэргометре или с помощью тредмил-теста. В условиях стационара больной должен освоить 4 ступени двигательной активности.

(Слайды № 16) Ступень 1 – постельный режим, и.п. лежа, общеразвивающие и дыхательные упражнения. Время занятия 5-10 мин. ЧСС повышается не более 20 уд/мин., увеличение ЧД не более

чем на 6-9 в мин. САД – не более чем на 20-40 мм/рт.ст. ЭКГ без отрицательной динамики.

Ступень 2 – режим палатный. И.п. лежа, сидя. Занятия ЛФК проводятся по щадящему режиму. Время занятий 10-15 мин. ЛГ включает общеразвивающие, дыхательные упражнения, ходьба. Необходим контроль пульса, АД, ЭКГ.

(Слайд №17) **Ступень 3** – и.п. сидя, стоя. Продолжительность комплекса ЛФК 20 мин. (общеразвивающие упражнения с предметами и без, дыхательные, ходьба, упражнения в ходьбе). Освоение 1-2 пролетов лестницы. Врачебный контроль.

Ступень 4 – режим свободный. Двигательный режим щадяще-тренирующий, 30 мин. Содержание комплекса ЛФК – все освоенные упражнения, ходьба с ЧСС 110 в минуту. Темп ходьбы 70-80-100 шагов в минуту. Маршрут от 500 м. до 2 км. (за 2 раза).

(Слайд №18) **Физиотерапия** – на этом этапе назначается с целью уменьшения болевого синдрома (электросон, электрофорез с магнием) либо для профилактики тромбоэмболии (электрофорез гепарина).

Массаж нижних конечностей (щадящий) периферических зон по 3-5 мин. каждой конечности.

(Слайд №19) **Психологическая реабилитация** – проводится с целью формирования мотивации больного к участию в реабилитационном процессе для преодоления страха и депрессии, для нормализации сна (психотропные препараты, беседа с врачом, элементы аутогенной тренировки).

Все реабилитационные мероприятия госпитального этапа больных с ИМ проводятся на фоне обязательного отказа больного от курения.

Таким образом, осуществление и реализация всех составляющих реабилитационной программы обеспечивают подготовку больного к переводу его на следующий этап.

(Слайд №20) **III этап – поддерживающей терапии**, который продолжается на протяжении всей жизни больного и проводится при диспансерном наблюдении.

Его основные задачи:

- диспансерно-динамическое наблюдение;
- поддержание трудоспособности больного;
- рациональное трудоустройство;
- предупреждение прогрессирования ИБС и рецидивов ИМ;
- обеспечение больного санаторно-курортным лечением.

Основным принципом восстановления больного при ИМ на всех этапах МР является постепенная его активизация с использованием физических нагрузок, что соответствует улучшению механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы, восстановлению сократительной и насосной функции миокарда.

(Слайд №21) Содержание программы этапа:

- медикаментозная терапия (строго по показаниям);
- физическая реабилитация в тренирующем режиме;
- физиотерапия (индивидуально);
- психологическая реабилитация;
- проведение занятий «школы больного инфарктом миокарда».

(Слайд №22) Физическая реабилитация:

- дозированная ходьба, занятия в бассейне,
- ЛФК – общеразвивающие упражнения с гимнастическими снарядами; дыхательные упражнения; упражнения на координацию, равновесие, на внимание и релаксацию;
- обязательный контроль ЧСС, АД и ЭКГ.

Нагрузка повышается индивидуально для каждого больного и проводится малогрупповым методом. В комплекс включаются упражнения для всех мышечных групп и суставов в сочетании с ритмичным дыханием, упражнениями на координацию, равновесие, на внимание и релаксацию. Часть упражнений проводится с использованием гимнастических снарядов (мячей, гантелей, гимнастических палок и др.). Состояние сердечно-сосудистой системы подлежит обязательному контролю по ЧСС, АД и данным ЭКГ.

(Слайд №23) Физиотерапия:

- *аэротерапия* (прогулки в течение 1-2 часов);
- *гелиотерапия*;
- *талассотерапия*;

- **аппаратная физиотерапия** (магнитотерапия, электрофорез, лазеротерапия, электросон);
- **бальнеотерапия** – 4-х камерные ванны по индивидуальным показаниям для каждого пациента.

Больным при ИМ показана **аэротерапия**. Им рекомендуются прогулки на свежем воздухе в течение 1-2 часов при любой погоде, за исключением дней с температурой воздуха ниже -15°C . **Гелиотерапию** нужно проводить под контролем медицинского персонала с учетом самочувствия, ЧСС, АД. **Талассотерапия** назначается больным I-II КТ без стенокардии, при стабильности ЭКГ, при отсутствии нарушений ритма, без недостаточности кровообращения и при толерантности к физической нагрузке не ниже 400-450 кг/м/мин. Время купания увеличивается постепенно. Температура воды в водоеме не ниже 22°C . Возможно сочетание пребывания в воде с выполнением физических упражнений.

Аппаратная физиотерапия – показана больным после ИМ в виде магнитотерапии, лекарственного электрофореза, лазеротерапии, электросна.

Бальнеотерапия – назначается в фазе выздоровления больных, перенесших ИМ для коррекции центральной, периферической и региональной гемодинамики, восстановления резервных и компенсаторных возможностей кардиореспираторной системы при использовании щадящих методик. Лечение ваннами оказывает тренирующее действие на сердце, повышает функциональные его возможности. Водные ванны назначают только в виде 4-х камерных на 20-30 день при мелкоочаговом и на 30-40 день при трансмуральном ИМ больным I-II классов тяжести и ограниченно III класса. Ванны назначаются врачом-физиотерапевтом по индивидуальным показаниям для каждого пациента.

Принципы и подходы к назначению физио- и бальнеотерапии аналогичны тем, которые используются для больных с ИБС.

(Слайд №24) Психологическая реабилитация.

Программа III этапа ведения больных после ИМ содержит эффективную форму психологической реабилитации, которая представлена различными методами, такими как индивидуальная беседа, аутотренинг и др. Необходимо обязательное проведение занятий «школы больного ИМ».

(Слайд №25) Благодарю за внимание!