

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРОВЕРИЛ

« ____ » _____ 201_ г.

Доцент, к.м.н. кафедры
внутренних болезней №1
Верещагина Т.Д.

Реферат на тему:

Реабилитация после инфаркта миокарда

Выполнила ординатор
Найдешкина А.А.

Красноярск, 2017

Введение

Инфаркт миокарда представляет собой ишемический некроз сердечной мышцы, обусловленный коронарной недостаточностью. В большинстве случаев ведущей этиологической основой инфаркта миокарда является коронарный атеросклероз. Наряду с главными факторами острой недостаточности коронарного кровообращения (тромбоз, спазмы, сужение просвета, атеросклеротическое изменение коронарных артерий) большую роль в развитии инфаркта миокарда играют недостаточность коллатерального кровообращения в венечных артериях, длительная гипоксия, избыток катехоламинов, недостаток ионов калия и избыток натрия, обуславливающие длительную ишемию клеток. Инфаркт миокарда - заболевание полиэтиологическое. В его возникновении несомненную роль играют факторы риска: гиподинамия, чрезмерное питание и увеличенный вес, стрессы и др. Размеры и локализация инфаркта миокарда зависят от калибра и топографии закупоренной или суженной артерии, в связи с чем различают: обширный инфаркт миокарда - крупноочаговый, захватывающий стенку, перегородку, верхушку сердца мелкоочаговый инфаркт, поражающий часть стенки микроинфаркт, когда очаги инфаркта видны только под микроскопом. При интрамуральном инфаркте миокарда некроз поражает внутреннюю часть мышечной стенки, а при трансмуральном - всю толщину стенки. Место некроза замещается соединительной тканью, которая постепенно превращается в рубцовую. Рассасывание некротических масс и образование рубцовой ткани длится 1,5-3 месяца. Заболевание обычно начинается с появления интенсивных болей за грудиной и в области сердца, они продолжаются часами, а иногда 1-3 дня, затихают медленно и переходят в длительную тупую боль. Они носят сжимающий, давящий, раздражающий характер и иногда бывают настолько интенсивными, что вызывают шок, сопровождающийся падением артериального давления, резкой бледностью лица, холодным потом и потерей сознания. Вслед за болью в течение получаса (максимум 1-2 ч) развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность. На 2-3-й день отмечается повышение температуры, развивается нейтрофильный лейкоцитоз, увеличивается скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Уже в первые часы развития инфаркта миокарда появляются характерные изменения электрокардиограммы, позволяющие уточнить диагноз и локализацию инфаркта. Медикаментозное лечение в этот период направлено прежде всего против болей, на борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью, а также предупреждение повторных коронарных тромбозов (применяются антикоагулянты - средства, уменьшающие свертываемость крови). Ранняя двигательная активизация больных способствует развитию коллатерального кровообращения, оказывает благоприятное влияние на физическое и психическое состояние больных, укорачивает период госпитализации и не увеличивает риска смертельного исхода.

1. План реабилитации при инфаркте миокарда

1.1 Этапы физической реабилитации больных инфарктом миокарда Стационарный (больничный). ликвидация острых проявлений и клиническое выздоровление.

Мобилизация двигательной активности больного: адаптация к простым бытовым нагрузкам; профилактика гипокинезии. Лечебная гимнастика, дозированная ходьба, ходьба по лестнице, массаж. Послебольничный (реадаптация): в реабилитационном центре или санатории, поликлинике. Расширение резервных возможностей сердечно-

сосудистой системы, функциональных и резервных возможностей организма. Достижение максимальной индивидуальной физической активности. Подготовка к физическим бытовым и профессиональным нагрузкам. Лечебная гимнастика. Дозированная ходьба, ходьба по лестнице. Занятия на тренажерах общего действия (велотренажер и др.) Элементы спортивно-прикладных упражнений и игр. Массаж. Трудотерапия Поддерживающий (реабилитация, в том числе восстановление трудоспособности): кардиологический диспансер, поликлиника, врачебно-физкультурный диспансер. Поддержание физической работоспособности и ее дальнейшее развитие. Вторичная профилактика Физкультурно-оздоровительные формы гимнастических упражнений, спортивно-прикладные и игровые.

1.2 Стационарный этап реабилитации больных

Физические упражнения на этом этапе имеют большое значение не только для восстановления физических возможностей больных инфарктом миокарда, но и важны как средство психологического воздействия, вселяющего в больного веру в выздоровление и способность вернуться к труду и в общество. Поэтому, чем раньше и с учетом индивидуальных особенностей заболевания будут начаты занятия лечебной гимнастикой, тем лучше будет общий эффект. Физическая реабилитация на стационарном этапе направлена на достижение такого уровня физической активности больного, при котором он мог бы обслужить себя, подняться на один этаж по лестнице и совершать прогулки до 2-3 км в 2-3 приема в течение дня без существенных отрицательных реакций. На стационарном этапе реабилитации в зависимости от тяжести течения заболевания всех больных инфарктом подразделяют на 4 класса. В основу этого деления больных положены различные виды сочетаний таких основных показателей особенностей течения заболевания, как обширность и глубина ИМ, наличие и характер осложнений, выраженность коронарной недостаточности. Классы тяжести больных инфарктом миокарда Мелкоочаговый инфаркт без осложнений 1-й класс. Мелкоочаговый инфаркт с осложнениями, крупноочаговый интрамуральный без осложнений 1-й или 2-й класс. Интрамуральный крупноочаговый инфаркт с осложнениями, трансмуральный без осложнений 3-й и 4-й классы. Обширный трансмуральный инфаркт с аневризмой или другими существенными осложнениями 4-й класс Активизация двигательной активности и характер ЛФК зависят от класса тяжести заболевания. Программа физической реабилитации больных ИМ в больничной фазе строится с учетом принадлежности больного к одному из 4-х классов тяжести состояния. Класс тяжести определяют на 2-3-й день болезни после ликвидации болевого синдрома и таких осложнений, как кардиогенный шок, отек легких, тяжелые аритмии. Эта программа предусматривает назначение больному того или иного характера бытовых нагрузок, методику занятий лечебной гимнастикой и допустимую форму проведения досуга. Стационарный этап реабилитации делится на 4 ступени с подразделением каждой на подступени «а» и «б», а 4-й - еще и на «в» (Л.Ф. Николаева, Д.М. Аронов, Н.А. Белая, 1988). Сроки перевода с одной ступени на другую представлены в табл. Сроки назначения больным инфарктом миокарда различных степеней активности в зависимости от класса тяжести заболевания (дни после начала заболевания) Ступень активности. Ступень 1 охватывает период пребывания больного на постельном режиме. Физическая активность в объеме подступени «а» допускается после ликвидации болевого синдрома и тяжелых осложнений

острого периода и обычно ограничивается сроком в сутки. С переводом больного на подступень «б» ему назначают комплекс лечебной гимнастики № 1. Основное назначение этого комплекса - борьба с гипокинезией в условиях постельного режима и подготовка больного к возможно раннему расширению физической активности. Лечебная гимнастика играет также важную психотерапевтическую роль. После начала занятий лечебной гимнастикой и изучения реакции больного на нее (пульс, самочувствие) производится первое присаживание больного в постели, свесив ноги, с помощью сестры или инструктора ЛФК на 5-10 мин 2-3 раза в день. Больному разъясняют необходимость строгого соблюдения последовательности движений конечностей и туловища при переходе из горизонтального положения в положение сидя. Инструктор или сестра должны помогать больному сесть и спустить ноги с постели и проконтролировать реакцию больного на данную нагрузку. Лечебная гимнастика включает в себя движение в дистальных отделах конечностей, изометрические напряжения крупных мышечных групп нижних конечностей и туловища, статическое дыхание. Темп выполнения движений медленный, подчинен дыханию больного. После окончания каждого упражнения предусматривается пауза для расслабления и пассивного отдыха. Они составляют 30-50% времени, затрачиваемого на все занятие. Продолжительность занятия 10-12 мин. Во время занятия следует следить за пульсом больного. При увеличении частоты пульса более чем на 15-20 ударов делают длительную паузу для отдыха. Через 2-3 дня успешного выполнения комплекса можно проводить его повторно во второй половине дня. Критерии адекватности данного комплекса ЛГ: учащение пульса не более, чем на 20 ударов дыхания не более, чем на 6-9 уд/мин повышение систолического давления на 20-40 мм рт. ст. диастолического - на 10-12 мм рт. ст. или же урежение пульса на 10 уд/мин снижение АД не более, чем на 10 мм рт. ст. Ступень 2 включает объем физической активности больного в период палатного режима до выхода его в коридор. Перевод больных на 2-ю ступень осуществляется в соответствии со сроком болезни и классом тяжести. Вначале на ступени активности 2 А больной выполняет комплекс ЛГ № 1 лежа на спине, но число упражнений увеличивается. Затем больного переводят на подступень «б», ему разрешают ходить вначале вокруг кровати, затем по палате, есть, сидя за столом. Больному назначается комплекс ЛГ №2. Основное назначение комплекса №2: предупреждение последствий гиподинамии, щадящая тренировка кардиореспираторной системы; подготовка больного к свободному передвижению по коридору и по лестнице. Темп упражнений, выполняемых сидя, постепенно увеличивается, движения в дистальных отделах конечностей заменяются движением в проксимальных отделах, что вовлекает в работу более крупные группы мышц. После каждого изменения положения тела следует пассивный отдых. Продолжительность занятий 15-17 мин. На подступени 2 Б больной может проводить утреннюю гигиеническую гимнастику с некоторыми упражнениями комплекса ЛГ № 2, больному разрешаются только настольные игры (шашки, шахматы и др.), рисование, вышивание, плетение, макраме и др. В соответствии с указанными в табл. сроками и при хорошей переносимости нагрузок ступени 2 Б больного переводят на 3-ю ступень активности. У больных в возрасте 61 год и старше или страдавших до настоящего ИМ артериальной гипертензией, сахарным диабетом (независимо от возраста) или уже ранее переносивших ИМ (также независимо от возраста) указанные сроки удлиняются на 2 дня. Ступень 3 включает период от первого выхода больного в коридор до выхода его на прогулку на улицу. Основные задачи физической реабилитации на этой ступени активности: подготовка больного к полному самообслуживанию, к выходу на прогулку на

улицу, к дозированной ходьбе в тренирующем режиме. На подступени 3 А больному разрешают выходить в коридор, пользоваться общим туалетом, ходить по коридору (от 50 до 200 м в 2-3 приема) медленным шагом (до 70 шагов в 1 минуту). ЛГ на этой подступени проводят, используя комплекс упражнений № 2, но количество повторений каждого упражнения постепенно увеличивается. Занятия проводятся индивидуально или малогрупповым методом с учетом индивидуальной реакции каждого больного на нагрузку. При адекватной реакции на нагрузку подступени 3 А больных переводят на режим подступени 3 Б. Им разрешают прогулки по коридору без ограничения расстояний и времени, свободный режим в пределах отделения, полное самообслуживание, мытье под душем. Больные осваивают подъем сначала на пролет лестницы, а затем на этаж. Этот вид нагрузки требует тщательности контроля и осуществляется в присутствии инструктора ЛФК, который определяет реакцию больного по пульсу, АД и самочувствию. На подступени Б значительно расширяется объем тренирующей нагрузки. Больному назначают комплекс лечебной гимнастики № 3. Основные задачи ЛГ - подготовить больного к выходу на прогулку, к дозированной тренировочной ходьбе и к полному самообслуживанию. Выполнение комплекса упражнений способствует щадящей тренировке сердечно-сосудистой системы. Темп выполнения упражнений медленный с постепенным ускорением. Общая продолжительность занятия - 20-25 мин. Больным рекомендуется самостоятельно выполнять комплекс ЛГ № 1 в виде утренней гимнастики или во второй половине дня. При хорошей реакции на нагрузки степени активности 3 Б больных переводят на уровень нагрузок 4 А подступени в соответствии со сроками. Начало ступени активности 4 знаменуется выходом больного на улицу. Первая прогулка проводится под контролем инструктора ЛФК, изучающего реакцию больного. Больной совершает прогулку на дистанцию 500-900 м в 1-2 приема с темпом ходьбы 70, а потом 80 шагов в 1 мин. На ступени активности 4 назначается комплекс ЛГ № 4. Основные задачи ЛГ № 4 - подготовить больного к переводу в местный санаторий для прохождения второго этапа реабилитации или к выписке домой под наблюдение участкового врача. На занятиях используют движение в крупных суставах конечностей с постепенно увеличивающейся амплитудой и усилием, а также для мышц спины и туловища. Темп выполнения упражнений средний для движений, не связанных с выраженным усилием, и медленный для движений, требующих усилий. Продолжительность занятий до 30-35 мин. Паузы для отдыха обязательны, особенно после выраженных усилий или движений, которые могут вызвать головокружение. Продолжительность пауз для отдыха 20-25 % продолжительности всего занятия. Особое внимание следует обращать на самочувствие больного и его реакцию на нагрузку. При появлении жалоб на неприятные ощущения (боль в груди, одышка, усталость и т.д.) необходимо прекратить или облегчить технику выполнения упражнений, сократив число повторений, и дополнительно ввести дыхательные упражнения. Во время выполнения упражнений частота сердечных сокращений (ЧСС) на высоте нагрузки может достигнуть 100-110 уд/мин. Последующие подступени 4 Б и 4 В отличаются от предыдущей наращиванием темпа ходьбы до 80 шагов/мин и увеличением маршрута прогулки 2 раза в день до 1-1.5 км. Больной продолжает заниматься комплексом ЛГ №4, увеличивая число повторений упражнений по решению инструктора ЛФК, который оценивает воздействие нагрузок, контролируя пульс и самочувствие больного. Прогулки постепенно увеличиваются до 2-3 км в день в 2-3 приема, темп ходьбы - 80-100 шагов/мин. Уровень нагрузок ступени 4 В доступен больным до перевода их в санаторий: примерно до 30-го дня болезни - больным 1-го

класса тяжести; до 31-45 дня - 2-го класса и 33-46 дня - 3-го; больным 4-го класса тяжести сроки этого уровня активности назначаются индивидуально. В результате мероприятий по физической реабилитации к концу пребывания в стационаре больной, перенесший ИМ, достигает уровня физической активности, допускающего перевод его в санаторий, - он может полностью себя обслуживать, подниматься на 1-2 пролета лестницы, совершать прогулки на улице в оптимальном для него темпе (до 2-3 км в 2-3 приема в день).

1.3 Санаторный этап реабилитации

В реабилитации больных, перенесших ИМ на втором (санаторном) этапе, первостепенная роль отводится лечебной гимнастике и другим формам ЛФК. Задачи на этом этапе: восстановление физической работоспособности больных; психологическая реадaptация больных; подготовка больных к самостоятельной жизни и производственной деятельности. Все мероприятия на санаторном этапе проводят дифференцированно в зависимости от состояния больного, особенностей клинического течения болезни, сопутствующих заболеваний и патологических синдромов. Эта программа является естественным продолжением госпитальной фазы реабилитации; в ней предусматривается постепенное увеличение тренирующих и бытовых нагрузок, начиная с 4-й ступени активности (последней госпитальной) до заключительной - 7-й. Основное содержание программ физической реабилитации на санаторном этапе составляет лечебная гимнастика и тренировочная ходьба. Кроме этого, в зависимости от опыта работы санатория и условий сюда могут включаться плавание, ходьба на лыжах, дозированный бег, тренировка на тренажерах (велозрoметр, третбан), спортивные игры, гребля и др. Лечебную гимнастику в санатории выполняют групповым методом. В занятия включают упражнения для всех мышечных групп и суставов в сочетании с ритмическим дыханием, упражнения на равновесие, внимание, координацию движений и расслабление. Сложность и интенсивность применяемых упражнений возрастает от ступени к ступени. Физическая нагрузка может быть повышена за счет включения упражнений с предметами (гимнастические палки, булавы, резиновые и набивные мячи, обручи, гантели и др.), упражнений на снарядах (гимнастическая стенка, скамейка), использования циклических движений (различные виды ходьбы, бег трусцой) и элементов подвижных игр. После заключительного раздела занятий показаны элементы аутогенной тренировки, способствующие постепенному отдыху, успокоению и целенаправленному самовнушению. На 5-й ступени активности больным назначают дозированную тренировочную ходьбу (до 1 км) с примерным темпом ходьбы 80-100 шагов/мин. Кроме дозированной по темпу и расстоянию тренировочной ходьбы, больным рекомендуется прогулочная ходьба (в 2-3 приема) общей продолжительностью до 2-2,5 ч. Пик ЧСС при нагрузках - 100 уд/мин, продолжительность пика - 3-5 мин 3-4 раза в день. При удовлетворительной реакции на нагрузки 5-й ступени активности, отсутствии усиления явлений коронарной и сердечной недостаточности переходят на режим активности ступени 6. Режим двигательной активности расширяется за счет интенсификации тренировочных и бытовых нагрузок, продолжительность занятий ЛГ увеличивается до 30-40 мин, ЧСС может достигать 110 уд/мин. Длительность каждого такого пика ЧСС и, следовательно, физической нагрузки тренирующего уровня должна составить 3-6 мин. Число подобных пиковых периодов нагрузки в течение дня должно достигать 4-6 при выполнении комплекса ЛГ, тренировочной ходьбы по ровному месту и при подъеме по

лестнице. Программа физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, Программа 7-й ступени активности достаточно нагрузочная и относится к тренирующему режиму. На пике нагрузки ЧСС больных может достигать 120 уд/мин и более, число таких пиков до 4-6 в день. Бытовые нагрузки больных на этой ступени также значительны: ходьба в быстром темпе до 7-10 км в день, подъем по лестнице - до 5-го этажа. ЛФК на санаторном этапе - основной, но не единственный метод реабилитации. Определенную роль играют такие специфические курортные факторы, как бальнео-, физио- и климатотерапия, лечебный массаж.

1.4 Диспансерно-поликлинический этап реабилитации больных

Больные, перенесшие ИМ, на диспансерно-поликлиническом этапе относятся к категории лиц, страдающих хронической ИБС с постинфарктным кардиосклерозом. Задачи физической реабилитации на этом этапе следующие: восстановление функции сердечно-сосудистой системы путем включения механизмов компенсации кардиального и экстракардиального характера; повышение толерантности к физическим нагрузкам; вторичная профилактика ИБС; восстановление трудоспособности и возврат к профессиональному труду, сохранение восстановленной трудоспособности; возможность частичного или полного отказа от медикаментов; улучшение качества жизни больного. На поликлиническом этапе реабилитация рядом авторов подразделяется на 3 периода: щадящий, щадяще-тренировочный и тренировочный. Некоторые добавляют четвертый - поддерживающий. Наилучшей формой являются длительные тренировочные нагрузки. Они противопоказаны только при аневризме левого желудочка, частых приступах стенокардии малых усилий и покоя, серьезных нарушениях сердечного ритма (мерцательная аритмия, частая полиморфная или фупповая экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, артериальная гипертензия со стабильно повышенным диастолическим давлением (выше 110 мм рт. ст.), склонности к тромбоэмболическим осложнениям. К длительным физическим нагрузкам больным, перенесшим ИМ, разрешается приступать через 3-4 месяца после него. По функциональным возможностям, определяемым с помощью велоэргометрии, спироэргометрии или клиническим данным, больные относятся к 1-2-му функциональным классам - сильная группа, или к 3-му - слабая группа. Если занятия (групповые, индивидуальные) проводятся под наблюдением инструктора ЛФК, медицинского персонала, то они называются контролируемыми или частично контролируемыми, проводимыми в домашних условиях по индивидуальному плану.

2. Массаж при инфаркте миокарда

В комплексном лечении инфаркта миокарда наряду с фармакологическими средствами применяют массаж. Под влиянием массажа устраняется венозный застой, ускоряется скорость кровотока, улучшается тканевый обмен, отмечается положительная динамика ЭКГ. Вместе с этим улучшается самочувствие больных, они становятся более активными, легче переносят первые дни постельного режима. Противопоказания для применения массажа: отек легких, эмболия легочной артерии, желудочно-кишечное кровотечение, инфаркт легкого, отрицательная динамика на ЭКГ, указывающая на дальнейшее ухудшение коронарного кровообращения, общее тяжелое состояние. Задачи массажа: снять болевой приступ, психоэмоциональное напряжение, ускорить мышечный кровоток, снять рефлекторные механизмы, усиливающие спазм венечных сосудов; профилактика

тромбоэмболии, улучшение коронарного кровообращения. Первую процедуру общего массажа проводят в 1-й день, а затем повторяют 1-2 раза в сутки в течение 5-15 дней. После процедуры массажа больной дышит кислородом в течение 10-15 мин. Методика и продолжительность (10-20 мин) массажа зависят от глубины и распространенности инфаркта миокарда по данным ЭКГ, общего самочувствия больного и функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Используют приемы: поглаживание, растирание и неглубокое разминание. Массируют спину, нижние конечности, живот и верхние конечности; грудную клетку поглаживают. Массаж спины проводят в положении больного на правом боку, при этом врач (или массажист) левой рукой поддерживает больного за левую руку, а правой рукой выполняет массаж спины (растирание, ординарное разминание, поглаживание).

2. Лечебная физкультура при инфаркте миокарда Основанием для начала занятий при строгом постельном режиме является исчезновение основных симптомов острого периода - прекращение болей, ликвидация осложнений (коллапс, отек легкого, тяжелые нарушения сердечного ритма), уменьшение тахикардии. В последние годы лечебную гимнастику в клинических условиях стали назначать на первой неделе заболевания (3-7-й день). Продолжительность всего курса лечебной гимнастики зависит от тяжести инфаркта миокарда. Разработаны различные программы реабилитации больных, предусматривающие постепенное и контролируемое расширение физической нагрузки (от самых мелких движений до тренировки в ходьбе и подъеме по лестнице). Сроки таких программ варьируют от 3 (при мелкоочаговом неосложненном инфаркте миокарда) или 4-5 (при интрамуральном неосложненном инфаркте миокарда) до 6-8 (при трансмуральном инфаркте миокарда) недель. Постепенность в расширении объема движений достигается последовательным применением двигательных режимов. При строгом постельном режиме лечебная гимнастика направлена на активизацию периферического кровообращения и профилактику осложнений. Занятия проводятся 2 раза в день длительностью 7-10 мин. Вначале только из исходного положения лежа на спине применяются движения в мелких и средних суставах конечностей, статические напряжения мышц ног, упражнения в расслаблении мышц и статические дыхательные упражнения без углубления дыхания. Темп выполнения упражнений медленный, число повторений 3-6 раз. Через несколько занятий включают движения в тазобедренных и плечевых суставах (без приподнимания ног). Затем больного обучают экономному, без усилий, повороту на правый бок и приподниманию таза. Число повторений некоторых упражнений увеличивается до 8-10 раз. При переводе больного на постельный режим активизируют внесердечные факторы кровообращения, повышают тонус больного и готовят его к положению сидя: в занятия включают упражнения для вестибулярного аппарата, пассивный переход в положение сидя, а затем активный с помощью рук. Упражнения немного усложняют, число их увеличивают. Упражнения для ног выполняются поочередно правой и левой ногой, часть из них с приподниманием над постелью. Включают упражнения для мышц туловища, динамические дыхательные упражнения, упражнения в исходном положении сидя. Занятия лечебной гимнастикой проводятся один раз в день по 15-17 мин. При переводе больного на палатный режим необходимо подготовить его к вставанию и ходьбе, т. е. совершенствовать компенсацию к возрастанию двигательной активности. Для этого увеличивают число упражнений для ног, включают в занятия упражнения, имитирующие ходьбу в положении сидя, осуществляют постепенную адаптацию больного к положению стоя. Ходьбу больной осваивает постепенно: сначала несколько шагов, затем с каждым

занятием число шагов увеличивается на 5-10 и доводится до 30-50 метров. Упражнения выполняют не только в исходных положениях, лежа и сидя, но и в положении стоя. Продолжительность занятия лечебной гимнастикой 15-20 мин. При свободном режиме ЛФК при инфаркте используется для улучшения функций всех систем организма и восстановления адаптации сердечно-сосудистой системы к бытовым нагрузкам. В занятия включают упражнения с легкими предметами (гимнастической палкой, булавами, обручем). Увеличивается число упражнений, выполняемых в положении стоя (его чередуют с положением сидя или лежа). Кроме занятий лечебной гимнастикой применяют дозированную ходьбу от 50 до 200-500 м и осторожную тренировку подъема по лестнице от нескольких ступенек до 2-3 пролетов. Лечение больных инфарктом миокарда осуществляется этапно: стационар - реабилитационный центр - санаторий или поликлиника. Благодаря этому свыше 80% больных, перенесших инфаркт миокарда, возвращается к трудовой деятельности. В реабилитационные центры больных переводят одновременно с назначением свободного режима. В них проводится дальнейшая осторожная тренировка к возрастающим бытовым и профессиональным нагрузкам. Внебольничная реабилитация проводится и при поликлиниках. В условиях санатория особое внимание уделяют восстановлению адаптации сердечно-сосудистой системы к выполнению длительной работы умеренной интенсивности. Лучшим средством для этого является дозированная ходьба (начальная дистанция 500 м, темп - 60 шагов в минуту, отдых 5 мин. через 250 м; увеличение нагрузки достигается за счет удлинения дистанции до 2-5 км, ускорения темпа до 90-100 шагов в минуту во второй половине курса лечения, уменьшения числа остановок и времени отдыха). Упражнения при строгом постельном режиме И. п. - лежа на спине Диафрагмальное дыхание, 3-4 раза. Поочередное сжимание и разжимание пальцев в кулаки, 8-10 раз. Вращение стоп в голеностопных суставах, 5-6 раз в каждую сторону. Последовательно правая рука на пояс, левая рука на пояс, правая рука в и. п., левая рука в и. п., 3-4 раза. Сгибание и разгибание ноги в коленном и тазобедренном суставах, не отрывая стопы от кровати, 3-4 раза каждой ногой. Ноги согнуты в коленном и тазобедренном суставах, руки согнуты в локтевых суставах. Приподнимание таза с помощью инструктора - выдох, и. п. - вдох, 2-3 раза. Спокойное дыхание, 3-4 раза. Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, не отрывая стоп от кровати. Разведение и сведение коленей, 5-6 раз. Поочередное отведение и приведение рук, 3-4 раза каждой рукой. Левая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах, левая рука касается правого плеча. Поворот на правый бок с помощью инструктора, во время поворота правая рука сгибается в локтевом суставе, выдох. Поворот на правый бок. Спокойное дыхание. Возвращение в исходное положение 2-3 раза (упражнение выполняется с помощью инструктора). Вращение кистей в лучезапястных суставах, 5-6 раз в каждую сторону. Сгибание ног в голеностопных суставах с напряжением мышц бедра, 4-6 раз. Поворот головы вправо, и. п., поворот головы влево, и. п., 2-3 раза. Сгибание и разгибание кистей в лучезапястных суставах, 5-6 раз. Сгибание и разгибание пальцев ног, 8-10 раз. Диафрагмальное дыхание, 2-3 раза.

Диета при инфаркте миокарда

Общая характеристика диеты №10 Представляет собой полноценную диету с ограничением потребления поваренной соли и жидкости. Эта диета нашла широкое применение и используется при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в состоянии

компенсации и субкомпенсации, гипертонической болезни, атеросклерозе и заболеваниях почек. Диета с ограничением поваренной соли и жидкости, веществ и напитков, возбуждающих деятельность ЦНС и сердечно-сосудистой системы и раздражающих почки (алкоголь, крепкий чай и кофе, острые, соленые закуски и приправы). Приемы пищи должны быть регулярными, небольшими по объему и частыми (не реже 4-5 раз в день), последний прием пищи не позднее за 2-3 часа до сна. Химический состав и энергоценность диеты №10 Белков 90 г (из них 50 г животных), жиров 80 г (из них 25 г растительных), углеводов 350-400 г; калорийность 2500-2700 ккал; ретинола 0,3 мг, каротина 12,5 мг, тиамина 1,7 мг, рибофлавина 2,5 мг, никотиновой кислоты 22 мг, аскорбиновой кислоты 150 мг; натрия 2,6 г, калия 4,2 г, кальция 1 г, магния 0,5 г, фосфора 1,8 г, железа 0,06 г. Вся пища готовится без соли, соль может выдаваться на руки больному в количестве, не превышающем 5 г, суточное потребление жидкости ограничивается до 1,5 л. Рекомендуемые блюда и продукты для диеты №10 Хлеб и хлебобулочные изделия - пшеничный из муки I и II сорта, лучше бессолевой, выпечки предыдущего дня, подсушенный или в виде сухарей - до 150 г в день, а также сухое несдобное печенье. Другие несдобные мучные изделия. Супы преимущественно вегетарианские из круп, овощей, молочные, фруктовые, холодный свекольник - ½ порции; при выраженных отеках - исключаются. реабилитация инфаркт лечебный диета Мясо, птица - нежирные сорта говядины, свинины, телятины, курицы, индейки в отварном виде куском или рубленые, запеченные после отваривания. Рыба - нежирные сорта (судак, щука, карп, навага, треска) вареная или обжаренная после отваривания, рубленая в виде тефтелей, котлет, фрикаделек. Молоко и молочные продукты - молоко в натуральном виде, кисломолочные напитки, нежирный творог и изделия из него (сырники, ленивые вареники, запеканки). Сметана только для заправки. Яйца - 1 яйцо в день всмятку или в виде парового белкового омлета (не более 4-5 яиц в неделю). Жиры животные - сливочное масло (не более 20 г в день), растительные масла (30 г в день); общее количество жиров в диете не должно превышать 70-80 г (не следует забывать, что около 40 г животного жира содержится в продуктах, включенных в рацион). Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий - каши (манная, гречневая, овсяная), пудинги и запеканки из круп и макаронных изделий (при избыточном весе крупяные и мучные изделия необходимо ограничивать). Блюда и гарниры из овощей - винегреты и салаты с растительным маслом (подсолнечным, оливковым, кукурузным) из картофеля, цветной капусты, помидоров, кабачков, огурцов, тыквы. Ограничиваются блюда из фасоли, гороха, бобов; исключается редька, капуста, редис, так как они вызывают вздутие кишечника, а также шпинат, щавель и грибы. Листовная зелень и блюда из нее. Закуски - докторская колбаса, несоленые и неострые сыры, винегрет, салаты, овощные консервы. Фрукты и ягоды в натуральном виде, а также компоты, кисели, муссы, желе, соки, сухофрукты. Ограничивается виноградный сок, который вызывает вздутие кишечника. Сладости - сахар (не более 50 г в день), часть которого можно заменять медом, джемом или вареньем (при избыточном весе все сладости ограничиваются). Мед, варенье. Соусы на овощном отваре, молочный, сметанный, сладкие фруктовые подливы. Напитки - некрепкий чай и кофе, ненатуральный кофе с цикорием (4 г на один стакан воды). Отвар шиповника. Минеральные воды негазированные - по разрешению врача. Исключаемые продукты и блюда для диеты №10 Запрещается употреблять жареную, соленую и острую пищу. Свежий хлеб, изделия из сдобного теста. Супы из бобовых, мясные, рыбные и грибные бульоны. Жирные сорта мяса, рыбы, птицы; гусь, утка, почки, копчености, колбасы. Соленая рыба. Соленые и

жирные сыры. Бобовые, редьку. Соленые, маринованные и квашеные овощи. Шоколад, крепкий чай, кофе и какао.

Заключение

После инфаркта миокарда независимо от того, насколько обширным было ишемическое поражение, всегда необходим период реабилитации, позволяющий укрепить сосудистую систему, а также компенсировать нарушения в работе органов и систем. При этом целесообразно в этот период лечения находиться под присмотром медицинского персонала, а потому многим пациентам рекомендуется санаторно-курортное лечение. Идеальным местом для него будет любой из отечественных санаториев, в которых налажен сестринский уход, а также проводятся многочисленные мероприятия по улучшению общего состояния. Данные методики описаны в реферате и могут применяться при реабилитации больных после инфаркта миокарда.

Рецензия

Реферат «Реабилитация после ИМ», выполненный ординатором кафедры внутренних болезней № 1 Найдешкиной А.А.

Актуальность проблемы реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, обусловлена частотой заболеваемости инфарктом миокарда, развитием его среди наиболее творчески активной, трудоспособной части населения, что ведет к большим моральным, экономическим и социальным потерям.

В реферате подробно описаны все этапы физической, медикаментозной реабилитации, стадийность течения инфаркта миокарда, особенности функционального и психологического статуса больного в разных периодах заболевания; раскрыт вопрос диетического питания.

При написании работы использовались отечественные и зарубежные источники информации.

