

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Реабилитация пациентов после перенесённого инфаркта миокарда»

Выполнил: ординатор 1 года обучения

Желейко Н.Ю.

Красноярск, 2021г

Оглавление

Тема: «Реабилитация пациентов после перенесённого инфаркта миокарда»	1
Введение	3
Реабилитационный потенциал пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда	3
Таблица №1 «Ориентировочные сроки нахождения больных ОИМ в кардиологическом и реабилитационном стационарах»	5
Психическая реабилитация после острого инфаркта миокарда на различных этапах	5
Особенности физической реабилитации. Контроль состояния пациента.	6
Таблица №2 «Классификация степени тяжести пациентов с ИМ (Аронов Д.М., 2014)»	6
Таблица №3 «Программы физической активизации пациентов с ИМ»	7
Таблица №4 «Оценка типа реакции больных на тренировочные физические нагрузки» (Фогельсон Л.И., Аронов Д.М.)	7
Особенности поликлинического этапа реабилитации пациента после острого инфаркта миокарда	8
Таблица №5 Самостоятельная активность пациентов (классификация Николаева Л.Ф., Аронова Д.М., с изменениями)	9
Заключение:	9
Список литературы	10

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания, а в частности ишемическая болезнь сердца – основная причина заболеваемости и смертности в России. Несмотря на положительные тенденции, достигнутые в лечении ИБС, благодаря внедрению в клиническую практику современных медикаментозных направлений лечения и хирургических методов реваскуляризации, больные, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), имеют крайне высокий риск неблагоприятного исхода.

Улучшение прогноза у данной категории больных может достигаться не только своевременной и оптимальной коррекцией острого коронарного синдрома (ОКС), но и разработкой и использованием методов реабилитации и обязательной вторичной профилактики. Установлено, что комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания, оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает толерантность к физической нагрузке, нормализует липидный спектр крови, позитивно воздействует на статус курения и психологическое состояние пациента. В итоге эффекты кардиореабилитации способствуют снижению суммарного сердечно-сосудистого риска.

Из вышеперечисленного следует, что перед кардиореабилитацией ставят следующие задачи:

- 1) Восстановление физической работоспособности пациентов.
- 2) Психологическая адаптация пациентов.
- 3) Подготовка пациентов к самостоятельной жизни и производственной деятельности

Реабилитационный потенциал пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда

Эффективность мер кардиологической реабилитации во многом определяется реабилитационным потенциалом пациента.

Реабилитационный потенциал (РП) – это обоснованная с медицинских позиций вероятность достижения намеченных целей проводимой реабилитации в определенный отрезок времени. При оценке РП пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) учитывается течение, осложнения заболевания, объем повреждения миокарда, оставшиеся резервы сердечно-сосудистой системы. Кроме того, важны факторы внешней среды, влияющие на активность лиц данной категории, и их мотивированность на реабилитацию. Определение РП имеет значение для подбора пациенту необходимого объема реабилитационной помощи и достижение оптимального эффекта реабилитации.

Высокий реабилитационный потенциал предполагает возможность достижения полного восстановления здоровья, всех обычных для инвалида видов деятельности, в том числе способности к трудовой деятельности, и социального положения (полная реабилитация).

Средний отмечается при неполном выздоровлении с остаточными проявлениями в виде выраженного нарушения функций. Выполнение основных видов деятельности возможно в ограниченном объеме или с помощью технических (ТСР) либо иных средств реабилитации, отмечается частичное восстановление трудоспособности, при сохранении частичного снижения уровня и качества жизни, потребности в социальной помощи и защите (частичная реабилитация – переход из I и II группы инвалидности в III группу инвалидности).

Низкий отмечается при медленно прогрессирующем течении заболевания, выраженном нарушении функций, значительных ограничениях жизнедеятельности, включая способность к трудовой деятельности, потребности в постоянной социальной помощи и защите (переход из I группы инвалидности во II).

Основным контингентом для продолжительной комплексной кардиореабилитации с применением всего реабилитационного набора программ и методов реабилитации являются **пациенты со средним реабилитационным потенциалом**. У больных с низким реабилитационным потенциалом каждый этап реабилитации должен быть более продолжительным, применяемые физические нагрузки меньшими по интенсивности и объему, а экспозиция применения осторожно повышающихся уровней физической активности более продолжительной.

Программы и этапы кардиореабилитации.

Основными направлениями комплексных кардиореабилитационных программ являются:

- 1) Обучение пациентов по вопросам, связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, информирование их о благоприятно влияющих на течение заболевания и долгосрочную выживаемость изменении образа жизни и модификации факторов риска данных заболеваний в рамках программы «Школа для больных, перенесших ОКС/ОИМ, и их родственников»;
- 2) Участие пациентов в различных программах физической реабилитации и длительных физических тренировок, в том числе неконтролируемых («домашних») тренировок;
- 3) Психологическая адаптация к наличию хронического заболевания, а также повышение мотивации пациентов к участию в программах кардиологической реабилитации, в том числе с помощью специалистов (психологов, психотерапевтов).

Реабилитация больных ОИМ предполагает **три этапа**:

1 этап — стационарный. Осуществляется в блоке реанимации и интенсивной терапии, кардиологическом отделении больницы или сосудистого центра.

2 этап — стационарный реабилитационный. Проводится в период до 28 сут в специализированных реабилитационных отделениях: центры кардиореабилитации или медицинской реабилитации, кардиологические отделения санатория. Выполняются нагрузочный тесты: стресс-тест с ЭКГ, тест 6-минутной ходьбы.

3 этап — амбулаторный. Выполняется в течение 2 мес. в поликлинике, врачебно-физкультурном диспансере, затем самим пациентом в домашних условиях по программе и под наблюдением реабилитолога

Таблица №1 «Ориентировочные сроки нахождения больных ОИМ в кардиологическом и реабилитационном стационарах»

Двигательная активность	Продолжительность	Комплекс ЛФК*	Места действия
Первый (госпитальный) этап			
I степень II степень III степень	1-3 дн. 3-8 дн. 8-18 дн.	№1 индивидуально №2 индивидуально №3 в малой группе	БРИТ Палата Палата, коридор, подъём по лестнице на I этаж и выше
Второй этап – ранний стационарный реабилитационный			
IV-V степени	Конец первого и второй месяц заболевания.	Комплексная программа реабилитации: - групповые занятия ЛФК - ФТ на велотренажерах - прогулочная ходьба до 2-3 км в день (темп ходьбы 80-100 шагов/мин.)	Стационарное отделение Центра кардиореабилитации или кардиологическое отделение многопрофильного Центра реабилитации

На всех этапах комплексная программа требует взаимодействие различных специалистов-кардиологов, интервенционных кардиологов, кардиохирургов, врачей ЛФК, инструкторов/методистов ЛФК, массажистов, клинических психологов, психотерапевтов, диетологов, физиотерапевтов, врачей функциональной диагностики, медицинских сестер, социальных работников.

Психическая реабилитация после острого инфаркта миокарда на различных этапах

В данной категории пациентов в большом проценте случаев развиваются тревожно-депрессивные расстройства, которые не только выражено снижают качество жизни пациента и приверженность к проводимому лечению, но и отрицательно влияют на прогноз. Больным с тревожными, депрессивными или другими психологическими отклонениями (расстройствами личности с явлениями невропатии, аберрантной ипохондрии, аффективными нарушениями и т.д.) в период прохождения кардиореабилитации необходима консультация психотерапевта или психолога и проведение соответствующих психотерапевтических мероприятий.

На амбулаторном этапе необходимо продолжать контакты с больным, поддерживая его мотивацию к выздоровлению. При этом элементы психотерапии могут сочетаться с медикаментозной терапией тревожно-депрессивных расстройств. Семейная психотерапия позволяет активнее включать в реабилитационный процесс родных и близких пациента, формировать поддерживающее окружение.

Особенности физической реабилитации. Контроль состояния пациента.

В остром периоде инфаркта миокарда расширение физической активности должно проводиться индивидуально с учетом прогноза пациента, для чего рекомендуется использовать шкалу GRACE и реабилитационную классификацию тяжести состояния больных ОИМ в острой фазе и в фазе рубцевания миокарда, предложенную профессором Ароновым Д.М.

Таблица №2 «Классификация степени тяжести пациентов с ИМ (Аронов Д.М., 2014)»

Группы тяжести	Признаки
Первая (легкая)	• Нет признаков СН. • Нет симптомов ишемии миокарда и стенокардин. • Нет сложных нарушений ритма и проводимости сердца. • Адекватная реакция при расширении режима
Вторая (средней тяжести)	• СН II класса по Killip. • СК или признаки ишемии миокарда на ЭКГ при значительной физической нагрузке (I–II ФК). • АВ блокада 2–3 степени при нижнем ИМ. • АВ блокада 1 степени при переднем ИМ или на фоне блокады пучка Гиса. • Купированные пароксизмальные аритмии, исключая ЖТ. • Фибрилляция предсердий (постоянная форма). • Миграция водителя ритма. • Экстрасистолы >1 в мин, или III–IV классов по Лауну, длительная (весь период наблюдения) или частые эпизоды. • Синдром Дресслера. • Гипертензия, требующая дополнительного лечения.
Третья (тяжелая)	• Острая СН класс III–IV по Killip. • Хроническая СН, резистентная к лечению. • СК или признаки ишемии миокарда на ЭКГ при малой физической активности (III–IV ФК). • Замедленная эволюция ST или ее отсутствие, новые ишемические или очаговые изменения на ЭКГ. • Сложные желудочковые аритмии в покое и при нагрузке. • АВ блокада >1 степени при переднем ИМ, полная АВ блокада. • Острая аневризма сердца. • Тромб в сердце. • Любые тяжелые осложнения и острые состояния, требующие специализированного лечения. • Сочетание ≥ 3 осложнений второй группы.

В реанимационном отделении соблюдается постельный режим, разрешаются повороты на бок, приподнимают изголовье 2–3 раза до 10 мин. На 2–3 сут разрешают сидеть в кресле до 10–20 мин 2–3 раза, прием пищи сидя, можно пользоваться прикроватной тумбой. Большой стресс и затруднения для многих пациентов представляет пользование прикроватным стульчаком. Упражнения комплекса №1 (описан в отечественных рекомендациях по реабилитации пациентов после ИМ с подъемом ST) выполняются под контролем инструктора ЛФК. Пациенты 1–2 групп тяжести могут выполнять упражнения самостоятельно и под контролем медицинского персонала отделения реанимации. Пациентов с 3 классом тяжести обучают присаживанию в кровати, пользованию прикроватным стульчаком. При стабилизации состояния инструктор обучает вставанию и ходьбе около кровати.

Таблица №3 «Программы физической активизации пациентов с ИМ»

Ступень	Активность	Программа, сут			
		7	10	14	18-21
Ia	Постельный режим, повороты на бок, приподнятое изголовье 2–3 раза до 10 мин.	1	1	1	1
Iб	Сидеть в кресле до 10–20 мин 2–3 раза, прием пищи сидя, пользоваться прикроватной тумбой. Комплекс ЛФК №1.	2	2–3	2–3	2–3
IIa	Сидеть в кресле большую часть дня, на кресле-каталке в туалет, ходить рядом с кроватью. Комплекс ЛФК №2.	3–4	4–6	4–8	4–10
IIб	Ходьба по палате, прием пищи за столом, в общий туалет с сопровождением. Комплекс ЛФК №2.	5	7–8	9–10	11–12
III	Прогулки по коридору под наблюдением 50–200 м в 2–3 приема, душ, освоение лестницы, общий туалет. Комплекс ЛФК №3.	6–7	9–10	11–14	13–18
IV–V	Прогулки до 2–3 км со скоростью 80–100 ш/мин, велотренажер	7–8	7–10	16–18	>18

В период пребывания в реанимационном отделении рекомендуются беседы с пациентом для объяснения природы заболевания, последствия, проводимого лечения, важности реабилитационных мероприятий и борьбы с факторами риска.

Самой трудной задачей физической реабилитации в первые дни является определение уровня допустимых нагрузок с точки зрения безопасности. Необходимо учитывать степень дезадаптации больного и воздействие медикаментозных препаратов, влияющих на гемодинамику. Контроль реакции на физическую реабилитацию необходимо проводить с помощью таблицы:

Таблица №4 «Оценка типа реакции больных на тренировочные физические нагрузки» (Фогельсон Л.И., Аронов Д.М.)

Показатель	Реакция		
	Физиологическая	Промежуточная	Патологическая
Клинические данные			
Утомление	Умеренное или выраженное, но быстро проходящее	Выраженное, проходящее (<5 мин)	Выраженное, длительно сохраняющееся
Одышка	Нет	Незначительная, быстро проходит (<5 мин)	
Боль в области сердца	Нет	Нерегулярная, легко купируется без нитроглицерина	Боль снимается только нитроглицерином
АД и ЧСС	В пределах рекомендуемых при тренировках	Кратковременное (<5 мин) превышение рекомендуемых пределов с восстановлением через 5–10 мин	Длительное (>5 мин) превышение рекомендуемых пределов с увеличением периода восстановления >10 мин
Электрокардиографические данные			
Смещение сегмента ST	≤0.5 мм	Ишемическое <1 мм с восстановлением <5 мин	Ишемическое >2 мм с восстановлением через ≥5 мин
Аритмии	Нет	Единичные (1:10) экстрасистолы	Выраженные пароксизмальные
Нарушение проводимости	Нет	Нарушение внутрижелудочковой проводимости с QRS <0.12 мс	Блокада пучка Гиса, АВ блокада

Если во время первого опыта расширения физической активности наблюдается отрицательная динамика, необходимо понизить интенсивность или прекратить нагрузки. Важно, что бы пациент умел самостоятельно оценивать изменение своего состояния.

При переводе пациента в **кардиологическое отделение** пациенту разрешают сидеть в кресле большую часть дня, на кресле-каталке в туалет, ходить рядом с кроватью. Затем расширяют режим: ходьба по палате, прием пищи за столом, в общий туалет с сопровождением. Больному разрешается ходьба в пределах палаты, занятия лечебной физкультурой комплекс ЛФК №2. При отсутствии отрицательных реакций на расширение физической активности через 3–5 дней можно разрешить выходы в коридор. Ходьба по коридору начиная с 50 метров с постепенным увеличением продолжительности до 200– 500 метров в несколько приемов.

В первые недели занятий **ЧСС** на высоте нагрузки и первые 3 мин. после неё **не должна превышать исходную более чем на 20 в мин., а дыхание не более чем на 6 в мин.**

Допускается повышение АД с. от исходного на ≤ 40 мм рт. ст., а АД д. на ≤ 12 мм рт. ст. У отдельных больных, напротив, может наблюдаться урежение ЧСС (≤ 10 в мин) и понижение АД (≤ 10 мм рт. ст.) в допустимом диапазоне.

Когда пациент самостоятельно способен пройти 500 метров без ухудшения своего состояния целесообразно его направление в **отделение реабилитации.**

В **реабилитационных стационарных отделениях** постепенно восстанавливается физическая работоспособность больного и происходит психологическая переориентация на выздоровление. Этот этап реабилитации должен стимулировать дальнейшую компенсацию нарушенных функций организма. Продолжается медикаментозное лечение, дальнейшее расширение двигательной активности, постепенно увеличивается интенсивность комплекса ЛФК. Больного знакомят с тренажерами (велотренажер, бегущая дорожка, степпер и другие виды) и обучают по программе физических тренировок. Первые подходы к велотренажеру в кардиореабилитационном стационаре и даже имитация «езды» на нем (при отсутствии нагрузки, на холостом ходу) имеют большое психомотивизирующее значение для обращения больного в поликлинический отдел, где подобные тренировки являются ведущим и наиболее эффективным методом.

После выписки из отделения реабилитации пациент приступает к **домашнему этапу физической реабилитации.**

Особенности поликлинического этапа реабилитации пациента после острого инфаркта миокарда

В поликлиническом отделе кардиореабилитации больной участвует в контролируемых реабилитационных программах, которые включают в себя:

- 1) Программы контролируемых физических тренировок,
- 2) Образовательную программу – «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников»,
9программу психологической реабилитации,
- 3) Программы по модификацию факторов риска с участием диетолога, специалиста по антикурению.

Врач терапевт-участковый при приеме пациента на диспансерный учёт должен рекомендовать дозированные физические нагрузки исходя из следующей таблицы:

Таблица №5 Самостоятельная активность пациентов (классификация Николаева Л.Ф., Аронова Д.М., с изменениями)

Виды активности	Классы тяжести		
	1–2	3	4
Ходьба в темпе 100–120 шагов в мин	+	+	–
Ходьба в темпе 80–90 шагов в мин	+	+	+
Подъем по лестнице	≥5 этаж	2–3 этаж	–
Ношение тяжести (кг)	8–16	3	–
Половой акт	+	+	–
Пиление	+	–	–
Работа пылесосом	+	–	–
Мытье окон, автомобиля, стирка в удобной позе	+	–	–
Протирка пыли	+	+	–
Мытье посуды	+	+	+
Шитье	+	+	–
Земляные работы	+	–	–
Полив шлангом	+	+	–
Полив из лейки 10 кг	+	–	–
Полив из малой лейки 3 кг	+	+	–
Посадка деревьев	+	–	–
Посадка рассады	+	+	–
Уборка урожая с деревьев, кустов	+	+	–

Активный период ведения больного в поликлинических условиях завершается через 3–4 месяца (в ряде случаев до 5–6 месяцев). Тщательно выполняется медикаментозная терапия, подобранная в стационаре и включающая в себя препараты для вторичной профилактики (антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II).

Вторичная профилактика так же включает контроль модифицируемых факторов риска ИБС и лечение артериальной гипертензии сердечной недостаточности, сахарного диабета

На поликлиническом этапе больные, перенесшие ОИМ, могут быть направлены в кардиологические санатории как хронические больные, соответствующие критериям санаторного лечения.

Заключение:

Реабилитация является важным звеном лечения инфаркта миокарда. От реанимационного отделения до домашних дел – реабилитация сопровождает пациента и готовит его к дальнейшей жизни с минимальными физическими ограничениями. Важно проводить многократный контроль состояния пациента, в который входят: жалобы на боль в груди, одышка, контроль АД, ЧСС и ЭКГ исследование. Врачи-терапевты, принимая пациента на курацию в стационаре должны правильно увеличивать уровень физической активности, используя индивидуальный подход. Особое место в реабилитации занимает психологическая работа, важно снижать уровень кардиофобий и мотивировать пациента на выздоровление. Врач терапевт-участковый отвечает за самый длительный и немаловажный 3 этап реабилитации. Программа домашних тренировок, обучение самоконтролю за состоянием и мотивация к длительному приему лекарственных средств главная его задача.

Список литературы

1. Александров, В.В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии: учеб. пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - с. 131
2. Аронсон, Ф. Наглядная кардиология TheCardiovascularSystemataGlance /Ф. Аронсон, Вард Дж., Г. Винер ; пер. с англ., под ред. С.Л. Дземешкевича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 120 с
3. Арутюнов, Г.П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 672 с
4. Асташкин, Е.И. Роль L-карнитина в энергетическом обмене кардиомиоцитов и лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы / Е.И. Асташкин, М.Г. Глезер // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2012. - № 6. - С. 58-65.
5. Аухадеев Э.И. Введение в единую научно-практическую специальность «Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, физиотерапия и курортология» - Практ. Медицина, 2010 г. - № 41. - с.123-125
6. Зобков, В.В. Новые возможности при оценке реабилитации сердечно-сосудистой системы после физической нагрузки / Теория и практика физической культуры. - 2012. - № 11. - С. 27-29
7. Сарана Андрей Михайлович, Камилова Татьяна Аскаровна, Лебедева Светлана Владимировна, Вологжанин Дмитрий Александрович, Голота Александр Сергеевич, Макаренко Станислав Вячеславович, Апалько Светлана Вячеславовна КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2021. №1.