

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
Коханского ул., д. 7, г. Чита, 672038 тел. 31-43-23, факс (302-2) 31-43-24
E-mail: okboffice@mail.ru

№ 150-0

«23» марта 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ
«ККБ» _____
Шальнев В.А.

Информационное письмо
Второй этап реабилитации пациентов при
ишемической болезни сердца

Заведующий отделением реабилитации Н.А.Савиных

2 этап реабилитации пациентов при ишемической болезни сердца

Инфаркт миокарда (ИМ) является одним из наиболее частых проявлений ИБС и одной из наиболее частых причин смерти в развитых странах. В течение последних 30-40 лет в большинстве стран отмечается снижение смертности от ИБС, наблюдается также тенденция к снижению заболеваемости ИМ как среди мужчин, так и среди женщин

Уменьшение частоты ИМ и снижение летальности при ИБС обусловлена, прежде всего, активным воздействием на модифицируемые факторы риска. Огромную роль играют также новые современные методы лечения.

Ишемическая болезнь сердца отличается фазовым течением, периодами обострений и ремиссий, поэтому реабилитация — длительный процесс, включающий этапы, соответствующие периодам болезни. Каждому этапу соответствует своя форма реабилитации.

За последние два десятилетия наиболее успешно развивалась реабилитация больных инфарктом миокарда. Весомым вкладом в решение проблемы реабилитации больных инфарктом миокарда явилось создание комплексной поэтапной системы реабилитации больных инфарктом миокарда, которая успешно внедряется в практическое здравоохранение и предусматривает последовательное применение программы восстановительного лечения на всех ее этапах.

Внедрение в практику преемственной системы этапной реабилитации больных инфарктом миокарда в общегосударственном масштабе определило интенсивность разработки эффективных методов восстановительного лечения.

Основным принципом восстановительного лечения больных инфарктом миокарда является раннее, постоянное увеличение физических нагрузок, что предопределяет восстановление нарушений сократительной и насосной функции миокарда, коронарного кровообращения, улучшение механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы к нагрузкам.

2 этап реабилитации

Задачи:

- положительное воздействие на психическое состояние пациента;
- активизация периферического кровообращения;
- снижение напряжения сегментарных мышц;
- профилактика нарушений функции желудочно-кишечного тракта, развития пневмонии, мышечных гипотрофии, артроза левого плечевого сустава;
- активизация противосвертывающих систем крови;
- улучшение трофических процессов, увеличение капиллярного русла, анастомозов и коллатералей в миокарде;
- повышение функции дыхательной системы;

■ постепенное повышение толерантности к физическим и адаптация к бытовым нагрузкам.

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. 2 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.

Степень активности	Дни после заболевания			
	Класс 1	Класс 2	Класс 3	Класс 4
1 А	1	1	1	1
1 Б	2	2	3	3
2 А	3-4	3-4	5-6	7-8
2 Б	4-5	6-7	7-8	9-10
3 А	6-10	8-13	9-15	индивидуально
3 Б	11-15	14-16	16-18	индивидуально
4 А	16-20	17-21	19-28	индивидуально
Б и В	21-30	31-45	33-45	индивидуально

Сроки назначения больным инфарктом миокарда различных степеней активности в зависимости от класса тяжести заболевания (дни после начала заболевания).

В реабилитации больных, перенесших ИМ на втором 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 2 этапе составляет лечебная гимнастика и тренировочная ходьба. Кроме этого, в зависимости от опыта работы отделения и условий сюда могут включаться плавание, ходьба на лыжах, дозированный бег, тренировка на тренажерах (VELOЭРГОМЕТР, ТРЕТБАН), спортивные игры, гребля и др.

Лечебную гимнастику 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, на 2 этапе реабилитации

Ступе нь активнос ти	Объем и виды физической реабилитации	Бытовые нагрузки	Досуг	Ориентировочная продолжительность ступени у больных разных классов, дни		
				1-й	2-й	3-й
4-я	ЛГ до 20 мин. Тренировочная ходьба 300—500 м (темп до 70 шагов/мин). Пик ЧСС при нагрузках — 90—100 уд/мин, продолжительность пика до 3—5	Прогулки по коридору и на улице 2—3 раза в день (темп до 65 шагов/мин, расстояние 2—4 км в день). Подъем по лестнице на 2-й этаж (темп — одна ступенька	Телевизор, настольные игры (шахматы, шашки, домино)	1-3	2-4	4-7

	мин 2—3 раза в день	за 2 с). Самообслуживание, душ				
5-я	ЛГ до 30—40 мин. Тренировочная ходьба до 1 км (темп 80—100 шагов/мин). Пик ЧСС при нагрузках 100 уд/мин, продолжительность пика до 3—5 мин 3—4 раз в день	То же. Прогулки в темпе до 80 шагов/мин, расстояние до 4 км в день. Подъем по лестнице на 2—3 этаж (темп — ступенька за 2 с)	То же. Крокет, шахматы, посещение вечерних мероприятий (кино, концерт)	6-7	6-7	10-12
6-я	ЛГ 30—40 мин. Тренировочная ходьба до 2 км (темп 100—110 шаг/мин). Пик ЧСС при нагрузках 100—110 уд/мин, продолжительность пика до 3—6 мин 4—6 раз в день	То же. Прогулки (темп менее 100 шагов/мин) на расстояние 4—6 км в день. Подъем по лестнице на 3—4 этаж (темп — ступенька в 1 с)	То же. Кольцеброс, кегельбаны, небыстрые танцы	7-8	9-10	7-8
7-я	ЛГ 35—40 мин. Тренировочная ходьба 2—3 км (темп 110—120 шаг/мин). Пик ЧСС при нагрузках 100—120 уд/мин, продолжительно	То же. Прогулки (темп менее 110 шагов/мин) на расстояние 7—10 км в день. Подъем по лестнице на 4—5 этаж (темп — ступенька в 1 с)	То же. Танцы, спортивные игры по облегченным правилам (15—	7-8	3-4	7-я ступень активности не показана

	сть пика до 3—6 мин 4—6 раз в день		30 мин)			
--	--	--	---------	--	--	--

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 2 этапе — основной, но не единственный метод реабилитации. Определенную роль играют такие специфические курортные факторы, как бальнео-, физио- и климатотерапия, лечебный массаж.

Электролечение. Известно, что по окончании 1 этапа реабилитации процессы репарации в миокарде еще полностью не завершены, остаются нарушения метаболизма и кровообращения, особенно в терминальных его отделах, продолжается рубцевание очага повреждения, сохраняются иммунные нарушения. В этой связи в раннем периоде инфаркта миокарда важными задачами реабилитации являются оптимизация условий завершения процессов рубцевания, сокращение зоны ишемии, улучшение метаболизма миокарда, что достигается восстановлением нарушенной сократительной и насосной функции сердца, улучшением кровоснабжения миокарда и механизмов адаптации к нагрузкам, в частности, кислородного режима работы сердца. В осуществлении данного направления реабилитации заслуживают внимания электромагнитные поля в дециметровом диапазоне волн (ДМВ), мощностью 20 и 40 Вт. Длительность воздействия 10—15 мин, ежедневно, на курс 10—15 процедур.

Психологический аспект реабилитации важен на всех ее этапах. Уменьшение клинических проявлений заболевания, расширение двигательного режима под контролем медицинского персонала, рациональная психотерапия. Но часть больных нуждаются в специальной психотерапии, у одних она должна быть направлена на уменьшение болезненного восприятия перенесенного инфаркта, у других (и их немало) — на воспитание адекватного отношения к физическим и эмоциональным нагрузкам.

В процессе медицинской реабилитации большого внимания заслуживает реабилитация нервной системы в целом, всех ее отделов, включая высшие, вегетативную и периферическую нервную систему.

Невротические нарушения часто сочетаются с расстройствами центральных отделов вегетативной нервной системы, проявляющимися в виде различных нарушений, включая вегетативно-сосудистые. Это: остеохондроз шейного отдела позвоночника с корешковым, симпатико-ганглионарный синдром, которые накладывают своеобразный отпечаток на болевой синдром в области сердца; у 18% больных имеется плечелопаточный синдром.

В связи с этим мероприятия, направленные на реабилитацию нервной системы больного, наряду с восстановлением физической активности и функций сердечно-сосудистой системы должны занимать важное место в комплексе лечения. Кроме лечебного режима, специальной психотерапии, большое значение приобретают методы электротерапии, а также массаж, специальные элементы лечебной гимнастики.

Известно, что для успешной психотерапии необходимо устранение невротического фона. В этих целях можно применять методы электротерапии — электросон, гальванические воротники с лекарственными нейтротропными средствами.

Применение электросна в комплексном лечении (дозированная ходьба, лечебная гимнастика) улучшает психоэмоциональное состояние больных — снижает чувство тревоги и напряженности, раздражительности, эмоциональную лабильность, улучшает ночной сон, что в свою очередь создает лучшие условия для психотерапии и аутотренинга — методов, с помощью которых осуществляется психическая реабилитация. По окончании курса лечения улучшение состояния у 80 % больных, улучшается умственная работоспособность за счет ослабления процессов утомления и усиления концентрации внимания. Значительно улучшается вегетативная регуляция сердечно-сосудистой системы.

Массаж у больных с инфарктом миокарда применяют дифференцированно, руководствуясь клиническими синдромами. Массаж «воротниковой» зоны проводят у больных инфарктом миокарда с астеноневротическим синдромом, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью.

Массаж области сердца. К массажу области сердца и рефлексогенных его зон — левой лопатки и левой руки мы прибегали в целях рефлекторного воздействия на сердце и центральную нервную систему с периферических рецепторных зон, рефлекторно связанных с сердцем. Теоретическим обоснованием для применения массажа является известная связь между внутренними органами и кожей (зоны Захарьина- Геда).

Диета

Правильное питание является одним из ключевых моментов восстановления после инфаркта и профилактики повторных сердечных приступов.

Рациональное лечебное питание имеет огромное значение в комплексе реабилитационных мероприятий после инфаркта миокарда. Диетотерапия дает возможность нормализовать или хотя бы уменьшить явления атерогенной дислипидопроотеинемии, а, следовательно, эффективна как первичная профилактика повторного инфаркта миокарда. Одновременное применение гиполипидемических препаратов с началом диетотерапии рекомендуется только тогда, когда необходимо немедленно снизить уровень липидов плазмы у лиц с генетически обусловленной резко выраженной

дислипидемией и высоким риском развития ишемической болезни сердца или панкреатита (при высокой гипертриглицеридемии).

Группой экспертов по изучению атеросклероза сформулировано 7 «золотых правил» диеты, соблюдение которых поможет устранить нарушения обмена липопротеинов:

- 1) сократить употребление жиров;
- 2) резко уменьшить употребление продуктов, содержащих насыщенные жирные кислоты (животные жиры, сливочное масло, сливки, яйца), так как они способствуют гиперлипидемии;
- 3) увеличить потребление полиненасыщенных жирных кислот, которые содержатся в следующих продуктах: жидкие растительные масла, рыба, птица, морские продукты, полиненасыщенные жирные кислоты снижают уровень липидов в крови;
- 4) необходимо увеличить употребление клетчатки и сложных углеводов (овощи и фрукты);
- 5) полностью заменить при приготовлении пищи сливочное масло растительным маслом;
- 6) резко снизить употребление продуктов, богатых холестерином;
- 7) ограничить количество поваренной соли в пище до 3–5 г в сутки.

Данным условиям соответствует диета № 10, разработанная институтом питания РАМН.

Общая характеристика диеты включает следующие положения: нормальное содержание белка, ограничение жира (преимущественно животного), углеводов (преимущественно простых), поваренной соли (до 3–5 г в сутки), обогащение питания полиненасыщенными жирными кислотами за счет растительного жира, пищевыми волокнами, липотропными веществами и ограничение содержания холестерина.

Химический состав данной диеты характеризуется содержанием белков – 80–90 г (из них 60 % животных), жиров – 70 г (из них 1/3 растительных), углеводов – 350–400 г (из них 30 г представлены простыми углеводами), энергетическая ценность – 2300 ккал. Количество жидкости, потребляемой больным в течение суток, составляет 1,2 л, включая суп, компот, кисель и т. д.

Большое значение в диетотерапии приобретает витаминный состав пищевых продуктов, особенно важно содержание в них витаминов А, С, Д.

В нарушении метаболизма миокарда особое значение придается изменениям электролитного состава внутриклеточной и внеклеточной жидкости. Учитывая данный факт, наиболее существенным для миокарда являются перераспределение и дефицит калия. Поэтому диета, направленная на улучшение трофики миокарда, содержит повышенное по сравнению с обычным питанием количество калия. Это успешно достигается включением фруктов и овощей, отваров и настоев из них в рацион больных.

Другим важным компонентом для эффективного сокращения миокарда является кальций. Введение в пищу достаточного количества молочных

продуктов, содержащих относительно большое содержание этого электролита, обычно достаточно для оптимального обеспечения миокарда кальцием. Дефицит некоторых микроэлементов, необходимых для нормального метаболизма сердечной мышцы, например, марганца и магния, возможный при инфаркте миокарда, вполне компенсируется использованием разнообразных продуктов как растительного, так и животного происхождения.

В целях снижения нагрузки на сердечно-сосудистую систему рекомендуется дробное питание, на 1–2 приема пищи больше, т. е. 5–6-разовое, и последний прием пищи разрешается не позднее, чем за 3 ч до сна. Кроме того, из диеты исключают продукты, оказывающие возбуждающее действие (крепкий чай, кофе, какао, шоколад, пряности и т. д.)

Образ жизни

Вредные привычки не зря называют вредными: они наносят существенный урон здоровью человека и провоцируют тяжелые заболевания. Тем, кто столкнулся с инфарктом миокарда, придется пересмотреть свой образ жизни — отказаться от курения и алкоголя, ввести регулярные физические нагрузки. Также важными являются полноценный сон и отдых.

Реабилитация после инфаркта и перенесенных операций на сердце (например, стентирования) является крайне необходимой для возвращения пациента к нормальной жизни. Впрочем, эта жизнь будет кардинально отличаться от прежней: больному придется поменять свои привычки и вкусы. Чтобы выздоровление прошло как можно более гладко, без стрессов и «срывов», необходимо уделить максимум внимания восстановительному периоду, который поможет сформировать правильные привычки и жизненные установки.

Рекомендации специалистов по реабилитации после инфаркта

Первые 6–12 месяцев после инфаркта наиболее рискованные для жизни больного: в этот период может наблюдаться ухудшение состояния, возможны осложнения, а также повторные приступы. Поэтому врачи рекомендуют особенно внимательно относиться к организму до истечения года с момента болезни. Измерение уровня сахара в крови, артериального давления, регулярный осмотр в клиниках и, конечно, соблюдение всех рекомендаций врача — надежные способы избежать развития болезни.