

Секция 9: Медицинские науки

Туякбаева Алина Геннадьевна

Заведующая кардиологическим отделением №5,

Городского кардиологического центра,

Алматы, Республика Казахстан

Жангелова Майра Бельгибаевна

Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №3,

Казахский Национальный медицинский

университет им. С. Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

Багланова Лязат Сайлаубековна

Врач кардиологического отделения №5,

Городского кардиологического центра,

Алматы, Республика Казахстан

Айтбаева Париза Рустамқызы

врач-интерн Казахский Национальный медицинский

университет им. С. Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

Кадырқұлова Айдана Берікқызы

врач-интерн Казахский Национальный медицинский

университет им. С. Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

Өтегенова Жазира Жарқынбайқызы

врач-интерн Казахский Национальный медицинский

университет им. С. Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

РАННЯЯ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ В СТАЦИОНАРЕ.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В нынешней ситуации в кардиологических клиниках г Алматы практически не проводится физическая реабилитация пациентов после инфаркта миокарда в виду отсутствия специалистов по лечебной физкультуре. В то же время результаты исследований по оценке эффективности ранней физической реабилитации демонстрируют, что комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания и даже оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает толерантность к физической нагрузке (ФН) и нормализует липидный спектр крови, позитивно воздействует на статус курения и психологическое состояние пациента. Такие локальные эффекты кардиореабилитации в итоге определяют снижение суммарного сердечно-сосудистого риска, заболеваемости, частоты последующих коронарных событий, количества госпитализаций и смертности. [1,с. 9-12].

Цель исследования. Изучение эффективности ранней физической кардиореабилитации у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда в условиях кардиологического отделения.

Материал и методы исследования. Проанализирована история болезни пациента, которому проведена ранняя физическая кардиореабилитация по общепринятой методике[2,с 4-22].

В условиях реанимационного отделения: В первый день соблюдался постельный режим, разрешались только повороты на бок, приподнимали изголовье 2–3 раза до 10 мин. На 2–3 сутки разрешали сидеть на стуле у кровати до 10–20 мин 2–3 раза, прием пищи сидя, можно было пользоваться прикроватной тумбой. Упражнения комплекса №1 (описаны в российских рекомендациях по реабилитации пациентов после ИМ с подъемом ST)[1,с.76-77] выполняются под контролем лечащего врача или 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.

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

После перевода в кардиологическое отделение: в отделении пациенту разрешали сидеть в кресле большую часть дня, на кресле-каталке в туалет, ходить рядом с кроватью. Затем расширяли режим: ходьба по палате, прием пищи за столом, в общий туалет с сопровождением. Больному разрешалась ходьба в пределах палаты, занятия лечебной физкультурой - комплекс ЛФК №2[1,с.77-78]. При отсутствии отрицательных реакций на расширение физической активности через 3–5 дней разрешили выходить в коридор. Ходьба по коридору начиная с 50 метров с постепенным увеличением продолжительности до 200–500 метров в несколько приемов. Под контролем врачей ЛФК проводились занятия комплекса №3[1, 78-80].

Методические указания для проведения физической реабилитации были использованы общепринятые в кардиореабилитации [2,с.11-12].

Клинический случай. Мужчина 56 лет. ИБС в течение 12 лет. Перенес инфаркт миокарда в 2013 г. Получал стационарное лечение в городском кардиологическом центре (ГКЦ). Поступил в кардиоцентр с острым коронарным синдромом, проведена коронароангиография (КАГ) со стентированием передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). Артериальная гипертензия в течение нескольких лет, максимальные цифры АД до 210/100 мм рт ст. АД при котором чувствует себя удовлетворительно - 120/80 мм рт.ст. При осмотре: АД 140/80 мм рт ст. ЧСС 70 уд в мин.

На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 65 уд в мин. Рубцовые изменения по задней стенке. Положительная динамика инфаркта по перегородке и передней стенке. Гипертрофия левого желудочка.

На ЭхоКГ: фракция выброса (ФВ) 48%. Гипокинез верхушечного сегмента и передне-перегородочного левого желудочка (ЛЖ). Диастолическая дисфункция левого желудочка.

Диагноз: ИБС. Повторный передне-перегородочный инфаркт миокарда с подъемом ST, 1 тип. Постинфарктный кардиосклероз (2013г). Состояние после реваскуляризации миокарда путем стентирования ПМЖВ в 2016. Артериальная гипертензия 3 степени, Фактор риска 4. ХСН IIА, ФК 2 с умеренно-сниженной ФВ (48%). Принимает: тикагрелор 90 мг x 2 раза, кардиомагнил 75 мг, розувастатин 20 мг, бисопролол 5 мг, фозиноприл 20 мг, спиронолактон 25 мг.

Пациенту проведена ранняя физическая кардиореабилитация по описанной методике.

Медикаментозное лечение было назначено согласно клиническому протоколу МЗ РК, 2016 года. Во время лечения пациент отметил более значимое улучшение самочувствие, чем аналогичные пациенты, меньше уровень тревоги, не было приступов стенокардии на фоне повышения физической активности. После стационарного лечения пациент был направлен в отделение кардиореабилитации ГКБ №1 на второй этап стационарной кардиореабилитации, а далее продолжил кардиореабилитацию в амбулаторных условиях, сначала под руководством медицинского персонала, затем в домашних условиях под самоконтролем. Методам самоконтроля обучился во время занятий с инструкторами лечебной физкультуры.

На ЭХОКГ в динамике через 3 месяца – фракция выброса повысилась до 64%, полости сердца уменьшились в среднем на 14-20%. Нормализация параметров диастолической дисфункции левого желудочка. У пациента -

самочувствие хорошее, гемодинамика стабильная, достигнуты целевые уровни липидов, ЧСС, АД, функциональный класс ХСН снизился на 1 единицу. Пациент вернулся к трудовой деятельности, проходит ежедневно 8-10 тысяч шагов в день[3,с.53-57].

Выводы:

Грамотно подобранный темп физической кардиореабилитации в первые дни после инфаркта миокарда способствует улучшению исходов инфаркта миокарда, мотивирует пациента на модификацию образа жизни и формирует хороший комплаэнс между врачом и пациентом, создает основу для приверженности к физической реабилитации под руководством медицинского персонала. Ранняя физическая реабилитация больных ОИМ на стационарном этапе должна сочетать раннюю активизацию с условиями, обеспечивающими полную безопасность и выздоровление без осложнений. Это достигается путем использования ранних тестов для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы и методов контроля за адекватностью выполняемой нагрузки.

Литература

1. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика. Российские клинические рекомендации, Москва 2014, 98 с.
2. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. Рекомендации по диагностике и лечению. Под ред. Ф.И.Белялова. Иркутск, 2015. - 22 с.
3. Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Жангелова М.Б., Агыбаева А.Б., Калдибекова Э.М., Примбеков Б.У., Турсын А.Е. Методика ранней кардиореабилитации / Научно практический журнал «Радиационная медицина, экология и кардиореабилитология» №1(2), 2017. - С.53-57.