

Секция 9: Медицинские науки

Жангелова Шолпан Болатовна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский Национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан*

Жангелова Майра Бельгибаевна

*доктор медицинских наук,
профессор кафедры лабораторной диагностики
Казахский Национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан*

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский Национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан*

Асан Эльвира Жанболатқызы

*врач-интерн
Казахского Национального медицинского университета
имени С. Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан*

Қасейқызы Әсел

*врач-интерн
Казахского Национального медицинского университета
имени С. Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан*

Ташимова Дамира Галымжанқызы

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Төлеубаева Қалампыр Ықыласқызы

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

К РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Стратегическая цель реабилитации больных с болезнями системы кровообращения: предупреждение преждевременной смерти (снижение общей и кардиоваскулярной смертности), увеличение средней продолжительности жизни, существенное улучшение течения болезни.

Медицинская реабилитация больных с болезнями системы кровообращения (далее – кардиореабилитация) состоит из трех этапов и является индивидуализированной и дифференцированной в зависимости от тяжести состояния, функциональных резервов системы кровообращения больного, стадии и осложнений основного заболевания, наличия сопутствующей патологии и вариантов течения послеоперационного периода.

Продолжительность курса кардиореабилитации составляет на раннем этапе: I этапе – индивидуально и на II этапе - 12-14 дней в условиях кардиостационара; и на III этапе - 10-20 дней – в амбулаторных условиях.

У нас по Республике Казахстан 100% больных с острым коронарным синдромом охвачены реабилитационной помощью на первом

этапе медицинской кардиореабилитации, но она не полная, так как полностью отсутствует физическая реабилитация на данном этапе, нет системы организации «Школы здоровья» в стационаре - она предусмотрена только на поликлиническом этапе. Кардиологи стационаров, оказывающих помощь пациентам с ОКС не владеют методиками физической реабилитации. Согласно международным стандартам каждый кардиолог стационара должен специализироваться по кардиореабилитации пациентов с ОКС или пациенту оказывает помощь мультидисциплинарная команда, которая включает - и кардиолога и реабилитолога.

Методика реабилитации больных ОКС после прямой реваскуляризации миокарда (ЧКВ) [1,с.1-25; 2,с 8-67; 3, с. 1-22]. В полном объеме кардиореабилитации пациентов с ОКС и ЧКВ должна включать:

Первый этап кардиореабилитации. Место проведения - стационарное отделение анестезиологии и реанимации/ кардиологическое отделение. Ведение пациента –лечащий врач (анестезиолог-реаниматолог или кардиолог). *Физические методы реабилитации: начинают сразу, как только позволяет клиническое состояние.* Назначаются и контролируются - лечащим врачом совместно с врачом по лечебной физкультуре. Выполняются - врачом по лечебной физкультуре или инструктором-методистом/инструктором по ЛФК. Включают в себя следующие мероприятия: дыхательная гимнастика, лечебная гимнастика, прогулки по коридору. Мероприятия по физической реабилитации проводятся при отсутствии следующих противопоказаний:

симптомы кардиогенного шока; симптомы острой сердечной недостаточности (отек легких, сердечная астма); тяжелые формы аритмий (над-, и желудочковая тахикардия, полная атриовентрикулярная блокада, групповая экстрасистолия); наличие болей стенокардитического характера; повышение температуры тела выше 38 °С. В среднем на 7-14 сутки

физическая реабилитация больных строится с учетом показателей объективной характеристики переносимости физической нагрузки (по результатам ВЭМ). Вне зависимости от сроков лечения в стационаре перед выпиской всем больным должна проводиться проба с физической нагрузкой. **Образовательная программа в «Школе здоровья»:** проводится 1-3 занятия медицинским персоналом, имеющим соответствующую подготовку. **Психологическое консультирование** проводится по показаниям медицинским психологом.

Второй этап кардиореабилитации. Доля больных с острым коронарным синдромом, направленных на второй этап медицинской кардиореабилитации, из числа всех больных с острым коронарным синдромом должна составлять 30% согласно международным стандартам. У нас в Республике остается низким охват пациентов вторым этапом, обычно проводится в стационарное отделение кардиореабилитации, которое находится вне кардиоцентра (было бы правильно, чтобы данный этап проводился в том кардиостационаре, в котором больному сделано ЧКВ, в котором хорошо организована служба кардиореанимации и проводилась врачом кардиологом совместно с врачом ЛФК. **Физические методы реабилитации: начинают** при поступлении в отделение кардиореабилитации. Назначаются и контролируются - лечащим врачом совместно с врачом по лечебной физкультуре. Выполняются - врачом по лечебной физкультуре или инструктором-методистом/инструктором по ЛФК. Включают в себя следующие мероприятия: лечебная гимнастика, дозированная ходьба, физические тренировки малых мышечных групп, тренировки на велотренажерах (VELOЭРГОМЕТРАХ ИЛИ ТРЕДМИЛАХ). **Принципы организации контролируемых групповых физических тренировок:** При составлении программы физической реабилитации исходить из оценки функционального состояния больных (ФК по результатам пробы ВЭМ), а также учитывать степень имеющейся физической и психологической подготовленности к конкретному виду

медицинской реабилитации. Начало физических тренировок на велотренажере – на 10-14 сутки после ЧКВ. Тренировки на велоэргометре проводятся через день или ежедневно, в первой половине дня, не ранее, чем через 1,5 часа после еды; дозированная ходьба – во второй половине дня. **Контролируемые физические тренировки на велоэргометре состоят из 4 частей:** I – разминка, 3 мин; II – выполнение работы на велоэргометре с целью вработывания мускулатуры и адаптации сердечно-сосудистой системы к нагрузке (мощность нагрузки при этом составляет 50% уровня тренирующей или 25% пороговой мощности, продолжительность 3 мин); III – выполнение работы на велоэргометре с целью тренировки. Интенсивность тренирующего воздействия на первом занятии должна составлять 50% нагрузки пороговой мощности (максимальной для данного больного в настоящий период заболевания); IV- выполнение работы на велоэргометре с целью постепенной реадaptации сердечно-сосудистой системы к нагрузке и снятия физического воздействия (мощность нагрузки 50% уровня тренирующей или 25% пороговой мощности), продолжительность 3 минуты. Общая продолжительность выполнения III части физических тренировок на велоэргометре составляет 10-20 минут. При хорошей переносимости физических нагрузок интенсивность тренирующего воздействия увеличивается через 1 занятие на 10 Вт. Максимальная тренирующая мощность физических нагрузок не превышает пороговый уровень.

Принципы организации дозированной ходьбы:

- Рекомендуемый индивидуальный темп ходьбы и длительность расстояния определяются формулой (Л.Ф.Николаева и Д.М.Аронов, 1984): $P=0,029x+0,12y+72,212$, где x – пороговая мощность нагрузки (кВт/мин); y – частота сердечных сокращений на высоте нагрузки.
- Пройденное расстояние может контролироваться посредством шагомера.
- При пороговой мощности 50 Вт больные проходят 3-5 км за 3-4

приема в день, при пороговой мощности выше 50 Вт – 5-10 км за 3-6 приемов.

Таким образом, соблюдение методики и мониторинга кардиореабилитации на раннем этапе в кардиостационаре после острого коронарного синдрома и прямой реваскуляризации миокарда (ЧКВ) – становится требованием современной кардиологии [2, с.5-14;4,с.1; 5,с.894-904]. Полный охват пациентов кардиореабилитацией отразится на выживаемости пациентов и снижении риска сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Урванцева И.А., Мамедова С.И., Нохрин А.В., Милованова Е.В., Крашанова В.Г. Проведение медицинской реабилитации пациентам с болезнями системы кровообращения после оперативного лечения / Методические рекомендации для врачей медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, г. Сургут. – 2016 год, 25 с.
2. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика. Российские клинические рекомендации, Москва 2014, 98 с.
3. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. Рекомендации по диагностике и лечению. Под ред. Ф.И.Белялова. Иркутск, 2015. – 22 с.
4. Ferrari R. Preface / Eur.J.Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2009. – Vol.16, Suppl.2. – P.1.
5. Schomig A., Mehilli J., Seyfarth M. et al. A meta-analysis of 17 randomized trials of a percutaneous coronary intervention-based strategy in patients with stable coronary artery disease / J. Amer. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol.52. – P.894-904.