



Глава 7

Технология реабилитации больных хронической ишемической болезнью сердца после шунтирования коронарных артерий на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах

Методика проведения велоэргометрической пробы

ВЭП проводится «на чистом фоне» после отмены БАБ, антиангинальных препаратов (за исключением нитроглицерина короткого действия для купирования приступов), антагонистов ионов кальция, иАПФ — за 24 часа до проведения исследования, сердечных гликозидов — за 3 суток до ВЭП.

Противопоказания для ВЭП у больных после КШ:

- нестабильное состояние;
- недостаточность кровообращения выше IIa степени (классификация Стражеско-Василенко);

- политопная и/или групповая экстрасистолия;
- стойкая АВ блокада выше I степени;
- аневризма сердца при наличии недостаточности кровообращения выше I степени;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- лихорадочные состояния;
- гнойные осложнения послеоперационного периода со стороны грудины и/или мест забора материала для шунтов.

Способ дозирования ФН — непрерывный, ступенчато-возрастающий, начиная с мощности 25 Вт, длительность каждой ступени — 3 минуты,



Материалы из книги

С. Г. Суджаева, О. А. Суджаева.
«РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА»



С. Г. Суджаева, О. А. Суджаева. Реабилитация после реваскуляризации миокарда

вплоть до появления общепринятых критериев прекращения нагрузочных исследований (см. выше).

В течение первых 2 недель после операции КШ дифференцированный подход к ФР основан на отсутствии или наличии осложнений в течении послеоперационного периода. В более поздние сроки (в среднем через 12–14 дней после операции, после выполнения ВЭП) ФР приобретает индивидуализированный характер и строится с учетом показателей индивидуальной переносимости физической нагрузки по данным ВЭП на данном этапе заболевания.

Основные принципы дифференцированного назначения медикаментозной терапии

Медицинский аспект реабилитации больных после прямой реваскуляризации миокарда предусматривает предупреждение и купирование осложнений послеоперационного периода, повышение эффективности функционирования различных типов шунтов, вторичную профилактику ИБС — воздействие на корригируемые факторы риска (уровень холестерина крови, артериальную гипертензию, сахарный диабет и другие), в конечном итоге способствующие торможению прогрессирования атеросклеротического процесса в коронарном русле.

Медикаментозная терапия назначается в зависимости от клинико-функционального состояния больного на момент обследования и основывается на наличии:

- осложнений хирургического вмешательства;
- приступов стенокардии и данных ВЭП;
- ИМ в анамнезе и/или признаков левожелудочковой недостаточности;
- материала шунтов — артериальные, венозные, артериальные и венозные;
- хронической гастральной или дуоденальной язвы.

Дифференцированный подход к назначению медикаментозной терапии

1. При наличии приступов стенокардии в послеоперационном периоде, а также при низкой толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрического тестирования (максимальная мощность выполненной работы менее 50 Вт) назначаются нитраты пролонгированного действия (например, изосорбита мононитрат — перорально 10–40 мг 1–3 раза в сутки).
2. В качестве антиишемического препарата и для профилактики нарушений ритма после оперативного вмешательства назначаются БАБ:
 - атенолол 25–50 мг/сут;
 - метопролол 50–100 мг/сут;
 - бисопролол 5–10 мг/сут.
3. Больным, перенесшим ИМ передней локализации и/или при наличии признаков левожелудочковой недостаточности назначаются ингибиторы АПФ:
 - эналаприл (эднит) 5–10 мг/сут;
 - трандолаприл 1–4 мг/сут;
 - рамиприл 5–10 мг/сут;
 - лизиноприл (диротон) 5–10 мг/сут.





4. В случае использования в качестве шунтов лучевой артерии с целью профилактики спазма шунтов обязательно назначаются антагонисты ионов кальция:
 - амлодипин (нормодипин) 5–10 мг 1 р/сут;
 - дилтиазем 90–180 мг/сут;
 - верапамил 80–120 мг 2–3 р/сут.
5. При установке внутригрудной артерии или венозных шунтов антагонисты ионов кальция (нормодипин) назначаются индивидуализировано:
 - при наличии клинической картины вариантной стенокардии;
 - для лечения сопутствующей артериальной гипертензии.
6. В качестве дезагреганта назначается АСК 100 мг/сут после еды. При наличии в анамнезе хронической гастральной и/или дуоденальной язвы, а также развитии аспирино-резистентности по данным агрегатогаммы — тиклопидин 250 мг/сут во время еды или клопидогрель 75 мг/сут.
7. Для профилактики гастроуденальных кровотечений прием ингибиторов протонной помпы (омепразол по 40 мг 2 р/сут за 7–10 сут до операции и не < 3 недель после КШ).

Основные подходы к физической реабилитации

Физический аспект составляет основу системы реабилитации больных ИБС после КШ и направлен на восстановление оптимальной функциональной способности организма, мобилизацию компенсаторных механизмов, устранение последствий хирургического вмешательства, замедление прогрессирования ИБС.

Обеспечивается физический аспект реабилитации своевременной и адекватной активизацией оперированных больных, ранним назначением ЛФК, дозированной ходьбы, ФТ (табл. 11).

Основными задачами ЛГ являются борьба с легочными осложнениями, нарушением осанки, развитием спаек, а также постепенная адаптация сердечно-сосудистой системы к повышенным нагрузкам. Основу процедур ЛГ в начале курса лечения составляют дыхательные упражнения и упражнения на расслабление.

Тренирующий эффект дает ходьба, дозированная по темпу и расстоянию.

Рекомендуемая длительность расстояния при дозированной ходьбе определяется уровнем пороговой мощности. При пороговой мощности 50 Вт больным предлагается проходить 3–5 км в день за 3–4 приема, при пороговой мощности выше 50 Вт — 5–10 км за 3–6 приемов.

Следует помнить, что физические тренировки проводятся только на фоне приема назначенных врачом фармакопрепаратов.

При формировании групп для тренировок выделяют «слабую» и «сильную» группы. В «слабую» входят больные III, в «сильную» II функционального класса. Если возраст больных, участвующих в групповых тренировках, неодинаков, следует формировать подгруппы больных приблизительно равного возраста. Выделение больных старше 60 лет обязательно.

С целью повышения эффективности реабилитации больных ИБС после операции КШ используются индивидуализированные ФТ на велоэргометре.



Материалы из книги

С. Г. Суджаева, О. А. Суджаева.
«РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА»

Экватор

Эффективное лечение

артериальной гипертензии в сочетании с:

- ✓ ишемической болезнью сердца
- ✓ сахарным диабетом
- ✓ метаболическим синдромом
- ✓ нефропатией любого генеза
- ✓ цереброваскулярными заболеваниями
- ✓ хронической обструктивной болезнью легких
- ✓ хронической сердечной недостаточностью
- ✓ атеросклерозом периферических артерий

Преимущества

ЭКВАТОРА

- ✓ Наиболее рациональная фиксированная комбинация гипотензивных средств
- ✓ Высокая эффективность в снижении АД
- ✓ Надежный контроль АД в течение суток без изменения циркадного ритма
- ✓ Максимальная органопротекция
- ✓ Удобство применения - 1 таблетка вместо двух 1 раз в сутки
- ✓ Идеальная переносимость, минимум побочных эффектов
- ✓ Метаболическая нейтральность
- ✓ Оптимальная стоимость лечения



ГЕДЕОН РИХТЕР А.О.

Создано в 1901 году



Структура ФТ на велоэргометре включает 4 части:

I — разминка, выполняется в утреннее время под руководством лечащего врача и включает дыхательную и лечебную гимнастику в объеме, предусмотренном предписанным двигательным режимом.

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) в течение 3 минут.

III — выполнение работы на велоэргометре с целью тренировки. Начальная интенсивность тренирующего воздействия составляет 50 % от нагрузки пороговой мощности. Общая продолжительность III-й части ФТ составляет 30 минут.

IV — выполнение работы на велоэргометре с целью постепенной реадaptации сердечно-сосудистой системы к постнагрузке и снятию физического воздействия (мощность нагрузки 50 % от тренирующей и 25 % от пороговой), продолжительность 3 минуты.

Максимальная мощность тренирующего воздействия не должна превышать 60 % от пороговой.

Велотренировки проводятся ежедневно (кроме выходных дней), в первой половине дня, не ранее, чем через 1,5 часа после приема пищи.

При хорошей переносимости ФН интенсивность тренирующего воздействия увеличивается через одно занятие на 10 Вт.

На амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации ФР больных ИБС после КШ продолжается по индивидуально подобранному программам с ис-

пользованием ЛГ, ЛФК, дозированной ходьбы, различных спортивных игр, тренировок на велотренажерах.

Для оценки медицинской эффективности выполненного хирургического вмешательства, а также для решения вопросов, связанных с экспертизой трудоспособности у прооперированных больных, контрольные обследования рекомендуется выполнять в следующие сроки:

I — до операции;

II — через 10–15 дней после оперативного вмешательства при отсутствии осложнений и через 15–20 дней — при развитии осложнений;

III — после окончания реабилитации в ГУ РКБ МР.

Противопоказания для активной физической реабилитации у больных после КШ

Абсолютные противопоказания:

- 1) нестабильная стенокардия;
- 2) стенокардия IV ФК по Канадской классификации;
- 3) выраженный послеоперационный перикардит, плеврит;
- 4) сердечная недостаточность II–III стадии по классификации Стражеско-Василенко;
- 5) симптоматическая или эссенциальная гипертензия с уровнем систолического АД более 180 мм рт. ст. и/или диастолического более 110 мм рт. ст.;
- 6) неадекватный ответ АД на физическую нагрузку;
- 7) нарушения ритма сердца (экстрасистолии высоких градаций или тахиаритмии, нарушения проводимости (АВ блокады II–III степени);



Материалы из книги

С. Г. Суджаева, О. А. Суджаева.
«РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА»

Рассылка
предоставлена издательством
«Медицинская литература»
www.medlit.biz



Рассылка осуществлена
при поддержке компании
«Гедеон Рихтер ОАО»
www.gedeon.by



С. Г. Суджаева, О. А. Суджаева. Реабилитация после реваскуляризации миокарда

- | | |
|---|---|
| 8) тромбоз нижних конечностей и другие воспалительные заболевания различных органов и систем; | 11) атеросклероз или артериопатии сосудов нижних конечностей IIБ-III стадии; |
| 9) нагноение послеоперационных ран и септические состояния; | 12) выраженный диастаз грудины (противопоказания к выполнению комплекса упражнений для верхних конечностей и туловища). |
| 10) атеросклероз или артериопатии экстракраниальных сосудов головного мозга с транзиторными ишемическими атаками; | |

Материалы из книги
С. Г. Суджаева, О. А. Суджаева.
«РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА»

