

Основные принципы ранней реабилитации пациентов после инфарктов, операций на сердце и сосудах

МАУЗ «ЦГБ №3» г. Екатеринбурга

2016 г.

Кардиореабилитация - это

Скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, приводящее к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже обратному развитию процесса, снижающее вследствие этого заболеваемость и смертность

American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2005



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

Москва

**О порядке организации
медицинской реабилитации**

В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) **п р и к а з ы в а ю:**
Утвердить прилагаемый Порядок организации медицинской реабилитации.

Министр

Сидорова

В.И.Скворцова

КОПИЯ ВЕРНА

Начальник Общественного...

К.П. Кулишова



Общероссийская общественная организация
«Общество кардиосоматической реабилитации и вторичной
профилактики»
Российское кардиологическое общество



№

1705Н

**ПРОФИЛАКТИКА И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ
МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

по клиническим рекомендациям

Москва 2014

...медицинской реабилитации...
...реабилитационного диагноза...
...на основании установленного
...направлению пациентов на медицинскую реабилитацию
...реабилитационные центры и отделения медицинской реабилитации
...на круглосуточном стационаре

1. Пациенты, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении специалистов, введении интенсивной реабилитации, а так же посторонней помощи для

ритм медицинской реабилитации больных
сердечно-сосудистой системы в медицинских
центрах Свердловской области
не положения
для больных с заболеваниями сердечно-
сосудистой системы по основным классам заболеваний и

осуществляется в плановой форме в
специализированной медицинской
осуточного стационара.

ия пациента, факторов риска проведения
факторов, ограничивающих проведение
ушений бытовых и профессиональных
астия в значимых для пациента событиях
ных факторов, влияющих на исход

ения реабилитационных мероприятий,
итации, комплексное применение
рапии, а также средств, адаптирующих
м возможным условиям жизни и (или)
к окружающей среде, в том числе,
движения;
ционных мероприятий и прогноз.

ствляется в зависимости от тяжести

ствляется при условии стабильности
ичия перспективы восстановления
когда риск развития осложнений не
я функций (реабилитационный
показания к проведению отдельных
на основании установленного

Показания

■ Пациенты, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении специалистов, проведении интенсивной реабилитации, а также посторонней помощи для осуществления медицинского обслуживания:

- пациенты с первичным или повторным инфарктом миокарда, после кардиохирургических вмешательств (АКШ, аневризмэктомия, хирургическое лечение врожденных и приобретенных пороков сердца)
- с определенным уровнем физической активности
- всем им требуется посторонняя помощь при проведении физической и психологической реабилитации, устранении последствий оперативных вмешательств

■ Коды МКБ, указанные в п. 1 и 3 приложения №4 к приказу №743 не соответствуют данным показаниям

Допускается наличие следующих осложнений

- ❖ Недостаточность кровообращения не выше II ФК по NYHA (м.б. определена как эмпирически, так и по ТШХ)
- ❖ Нормо- или тахисистолическая форма постоянной мерцательной аритмии пароксизмальная МА в остром периоде без последующих рецидивов тоже может быть рассмотрена



Допускается наличие следующих осложнений

- ❖ Экстрасистолическая аритмия не выше IV класса по Лауну – устаревшая классификация, при условии проведения ЧКВ противопоказаниями могут быть сохраняющаяся пароксизмальная ЖТ, эпизоды внезапной смерти в сроки после 48 ч после госпитализации
- ❖ АВ блокада не выше I степени
- ❖ Аневризма сердца с НК не выше II ФК
- ❖ Сахарный диабет компенсированный или субкомпенсированный

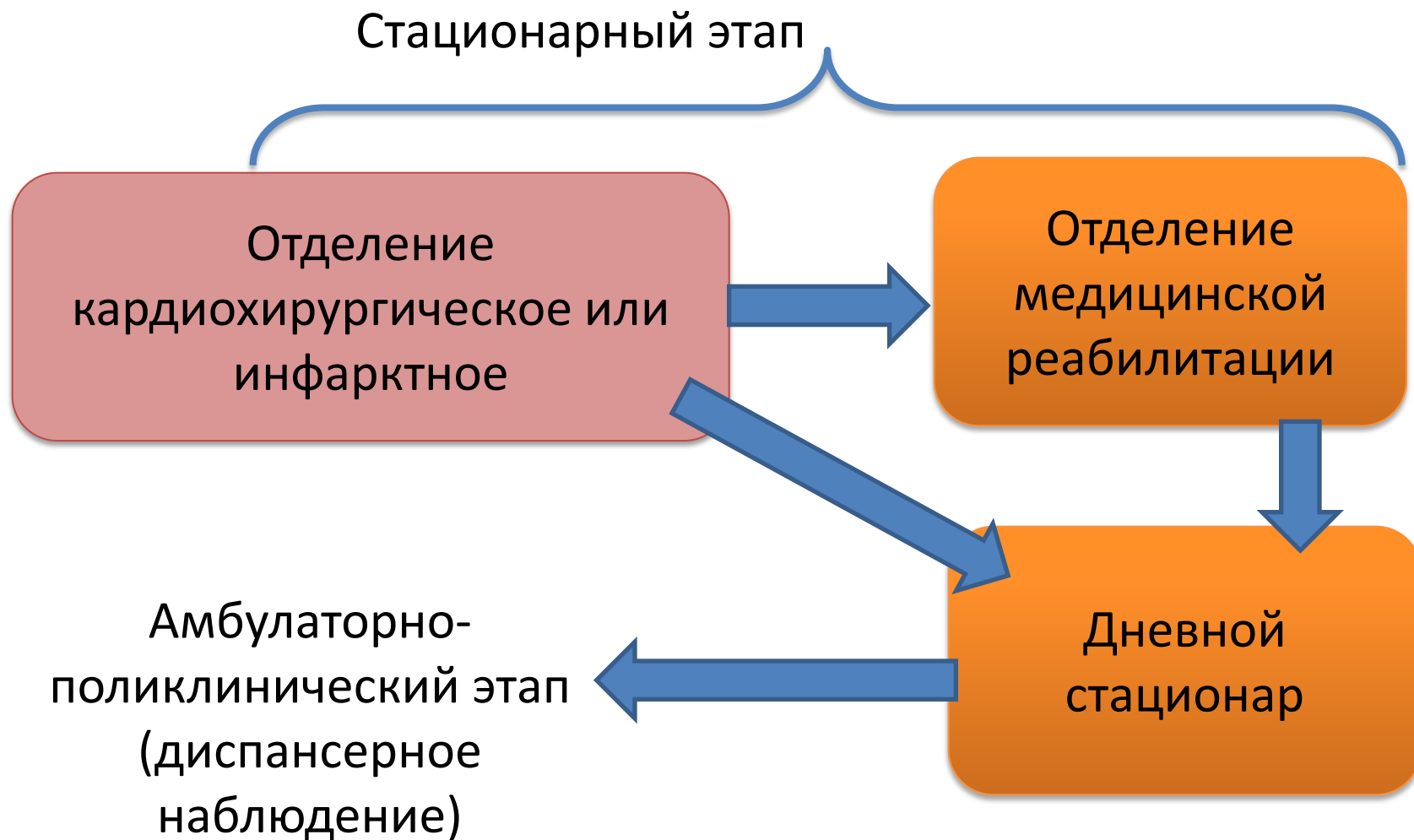


Основные принципы реабилитации

- Этапность
- Мультидисциплинарность
- Обоснованность
- Индивидуальность
- Непрерывность
- Доступность
- Четкое определение цели
- Информированность и участие пациентов



ЭТАПНОСТЬ кардиореабилитации



Стационарный реабилитационный этап. Задачи.



- Дальнейшее расширение двигательной активности с назначением возрастающих по интенсивности физических нагрузок
- Ознакомление пациента с тренажерами и его обучение по программе физических тренировок
- Восстановление навыков ходьбы по открытой местности, тренировки дозированной ходьбой
- Продолжение медикаментозного лечения
- Продолжение образовательной программы

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ бригада

- Кардиолог, врач реабилитолог, врач функциональной диагностики, физиотерапевт, врач ЛФК, врач диетолог
- Медицинский психолог, инструктор-методист и инструктор ЛФК
- Медицинская сестра постовая, процедурная, перевязочная, по массажу, по физиотерапии
- Младшая медицинская сестра по уходу



Обоснованность -

Кардиологическая реабилитация
осуществляется при условии:

стабильности клинического состояния
пациента

наличия перспективы восстановления функций
(реабилитационный потенциал)

риск осложнений не превышает перспективу
восстановления функций



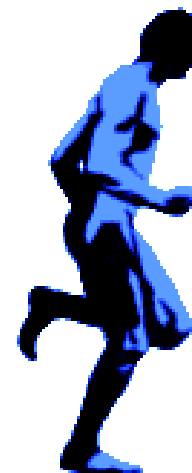
Реабилитационный потенциал

Высокий – пациенты способны к спонтанной реабилитации

Средний – основной контингент для проведения комплексной реабилитации с хорошим эффектом

Низкий – для эффективной реабилитации необходима большая продолжительность каждого этапа с меньшей интенсивностью

Крайне низкий – симптоматическая терапия



ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ

Разная интенсивность реабилитации в зависимости от тяжести перенесенного ИМ

Прогноз пациента – шкала GRACE

Реабилитационная классификация тяжести клинического состояния больных с ОИМ (Д.М. Аронов, 1983 г. модификация 2014 г.)

Переносимость пациентом реабилитационных мероприятий

Результаты нагрузочного тестирования

Оценка по шкале GRACE

Категория риска	Баллы по GRACE	Госпитальная смертность, %
Низкий	≤ 108	< 1
Промежуточный	109-140	1-3
Высокий	> 140	> 3

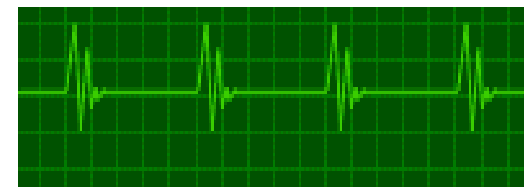
Категория риска	Баллы по GRACE	Смертность в течение 6 мес., %
Низкий	≤ 88	< 3
Промежуточный	89-118	3-8
Высокий	> 118	> 8

Реабилитационная классификация степени тяжести клинического состояния больного с ОИМ (Д.М. Аронов)

- Первая группа тяжести (легкая)
 - нет симптомов СН
 - нет симптомов ишемии миокарда
 - нет значимых нарушений ритма и проводимости
 - адекватная реакция при расширении режима двигательной активности
- Вторая группа тяжести (средней тяжести)
 - ОСН Killip II
 - АВ блокада I ст. (передний ИМ) и выше I ст. (нижний ИМ)
 - купированные пароксизмальные наджелудочковые НРС или постоянная ФП
 - синдром Дресслера
 - АГ, требующая дополнительного лечения
- Третья группа тяжести (тяжелая)
 - ОСН Killip III-IV
 - резистентная ХСН
 - выраженная стенокардия
 - ЖНРС
 - аневризма ЛЖ, тромбоэндокардит

Нагрузочная ЭКГ-проба

- Выявление ишемии миокарда
 - дифференциальный диагноз болевого синдрома в грудной клетке
 - оценка функциональной значимости стенозов коронарных артерий, выявленных при КАГ
 - определение показаний для КАГ, если она еще не проводилась
- Оценка физической работоспособности
 - уточнение прогноза
 - объем физической нагрузки, которую можно выполнять в повседневной жизни
- Определение уровня физической нагрузки, который можно использовать при физической реабилитации (50-60% от максимальной)



Принципы физической реабилитации

- Раннее начало
- Строгая дозированность и этапность
- Непрерывность и регулярность
- Постепенное возрастание объема и интенсивности

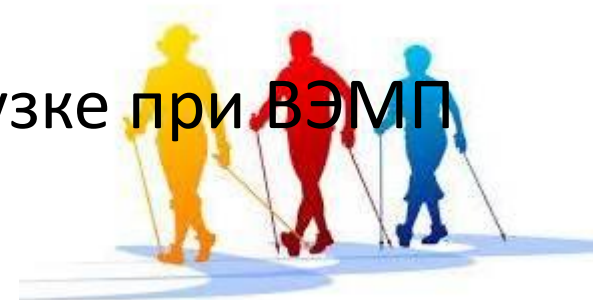


Правила применения дозированной ходьбы

- Оптимальное время – с 11:00 до 13:00 и с 17:00 до 19:00
- Температура воздуха не ниже - 20 (при ветреной погоде - 15)
- Расчет темпа ходьбы (ТХ, шаги в минуту)

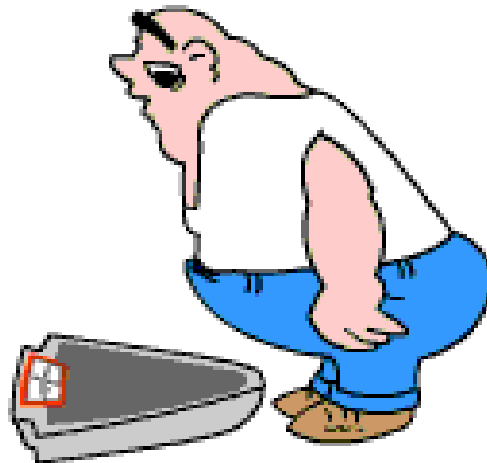
$$\underline{\underline{ТХ = 0,042 \times М + 0,15 \times ЧСС + 65,5}}$$

- М – максимальная нагрузка при ВЭМП (нагрузка в Вт x 6)
- ЧСС – ЧСС при максимальной нагрузке при ВЭМП



Вторичная профилактика

- Отказ от курения (доказанность: класс I, уровень A)
- Диета (доказанность: класс I, уровень B)
- Контроль массы (доказанность: класс I, уровень B)
- Контроль АД
- Контроль гликемии (доказанность: класс I, уровень C)



Вторичная профилактика

- Гиполипидемическая терапия (доказанность: класс I, уровень C)
- Антитромботическая терапия (доказанность: класс I, уровень A)
- Блокаторы РААС (доказанность: класс II A, уровень A)
- Блокаторы рецептора ангиотензина II (доказанность: класс I, уровень B)
- Бета-блокаторы (доказанность: класс I, уровень B)
- Антикоагулянты (доказанность: класс II б, уровень B)
- Блокаторы рецептора альдостерона (доказанность: класс II б, уровень B)

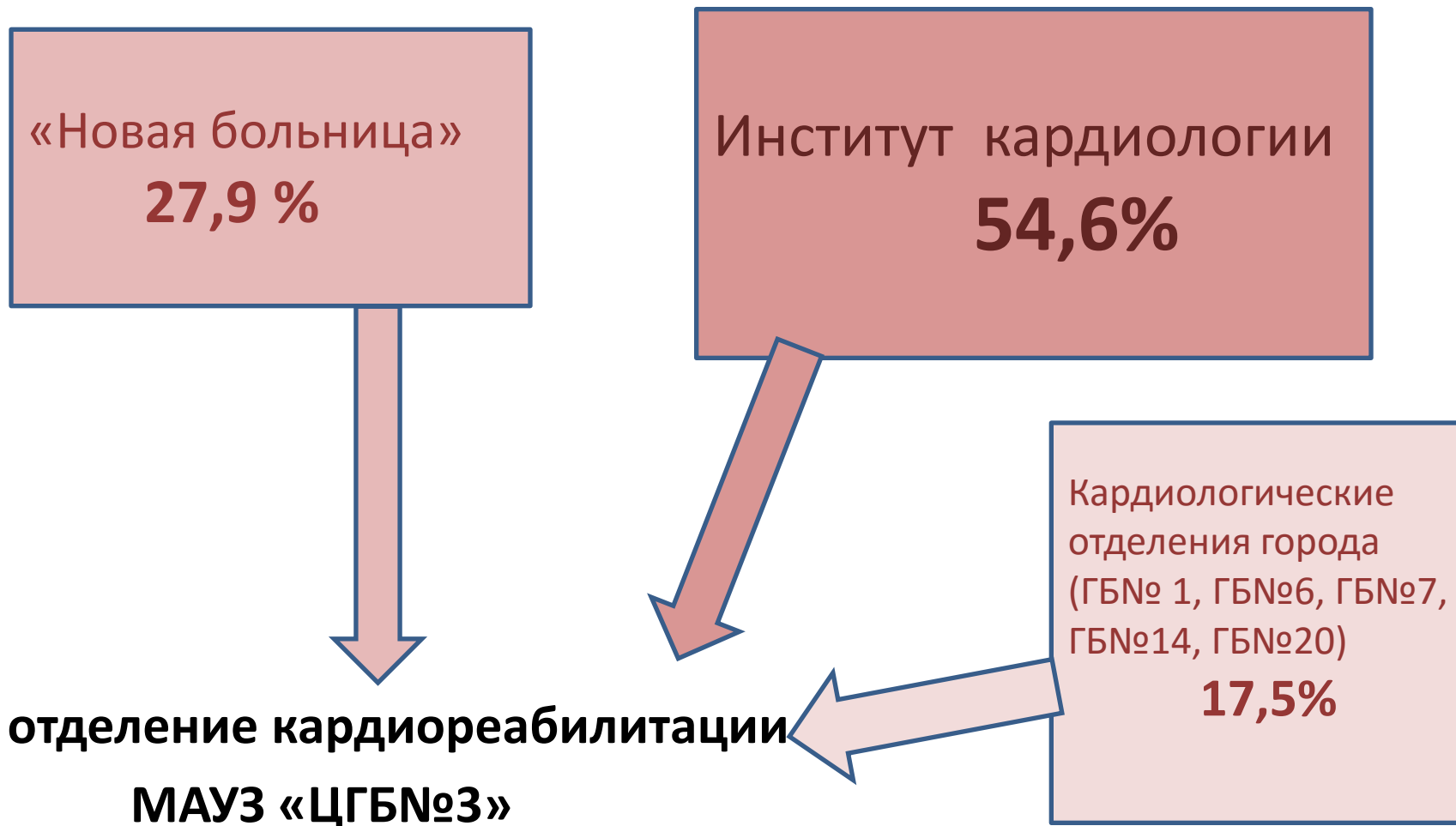


Знаешь, куда он бежит?

Пролеченные пациенты по программе реабилитации

Общее количество пациентов по программе реабилитации	170
Пациенты после инфаркта миокарда	120
Пациенты после оперативного вмешательства на сердце	50
Процент выполнения плана реабилитационными пациентами	от 18% до 51%

Какие отделения направляют к нам пациентов?



После оперативных вмешательств на сердце – это тяжелые пациенты

- Маммаро-коронарное шунтирование (МКШ)
- Аорто-маммаро-коронарное шунтирование (АМКШ)
- Аортокоронарное шунтирование (АКШ)

Сочетанные вмешательства на сердце:

- Миэктомия + МКШ
- Протезирование митрального клапана + МКШ
- Реконструкция левого желудочка + ДМП + МКШ
- БМКШ + протезирование аортального клапана
- Протезирование митрального клапана + пластика 3-х створчатого клапана
- АКШ + пластика 3-х створчатого клапана

Реабилитационный потенциал

Реабилитационный потенциал	Процент пролеченных пациентов
средний	29,8%
низкий	66,5%
крайне низкий	3,7%









**«Отделение кардиологической
реабилитации»**

МАУЗ «ЦГБ №3 г. Екатеринбурга»

Спасибо за внимание!