Рехабилитация на болни с остър миокарден инфаркт (вътре болнична рехабилитация)

Таня Мегова

Rehabilitation of patients with acute myocardial infarction*. The goal of rehabilitation is to improve the quality of life and prognosis in patients. It lasts 3-5 days in uncomplicated myocardial infarction. Monitoring of main hemodynamic parameters (heart rate and blood pressure) is performed before, during and after the procedure. It is required to instruct the patient for physical activity at home.*

Key words*: myocardial infarction, physical activity, heart rate.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Рехабилитацията на болните с остър миокарден инфаркт има най-съществено здравно и социално значение. Тя претърпя значителни промени през последните десетилетия поради драстичното намаляване на сроковете за болнично лечение на пациентите (съкращаване на хоспитализацията от няколко седмици до 3 – 5 дни в последните години), ранната реваскуларизация (първична перкутанна интервенция или фибринолиза), промененото отношение към някои от средствата и др.

Целта на рехабилитацията е подобряване на качеството на живот и прогнозата при пациентите. В основата на рехабилитационните програми при сърдечносъдовите заболявания са дозираните физически натоварвания. Тяхната интензивност нараства постепенно в хода на програмата, като контролът е основно на базата на сърдечната честота и субективното усещане на болния. Рахабилитационната програма е с продължителност минимум 2 – 3 месеца, като оптималният брой на заниманията е 3 пъти седмично. Тяхната продължителност е в рамките на 30 – 45 минути. Преминава се през три фази – I$^{-ва}$ фаза (вътре болнична рехабилитация), II$^{-ра}$ фаза (физическа тренировка), III$^{-та}$ фаза (поддържане). В I$^{-ва}$ фаза заниманията са индивидуални, докато във II$^{-ра}$ и III$^{-та}$ фаза се предпочитат груповите занимания [1].

Фиг. 1
Активна флексия на ПИФСТ и ДИФСТ

Фиг. 2
Пасивна последната от автопасивна flex. в РС

Изложение*: I^{ва} фаза (вътре болнична рехабилитация)*

Тя има продължителност 3 – 5 дни при неусложнен миокарден инфаркт. При възникване на усложнения срокът на хоспитализация се удължава. Целта е достигане на ниво на двигателна активност, което да осигури самообслужването на болния. Започва се обучение на пациентите относно ролята на двигателната активност, сроковете на рехабилитационната програма, контролът и самоконтролът на интензивността на физическите натоварвания, симптомите, които могат да бъдат провокирани, значението на рисковите фактори [1].

Мониторирането на основните хемодинамични показатели (сърдечна честота и артериално налягане) се извършва преди, по време и след процедурата. При необходимост (високорискови болни) се прилага ЕКГ контрол [4].

Фиг. 3
ИП за преходна позиция, с цел последователно вертикализиране на пациента.

Фиг. 4
Екстензия в колянна става

Фиг. 5
Пасивна, последвана от активна тройна flex. на долния крайник, петата се плъзга по постелката.

Фиг. 6
Автопасивна flex. в раменна става

Фиг. 7
Вертикализация на пациента

През първите 24 часа болният е на строг постелен режим. Разрешават се минимални физически усилия, като заемане на удобно положение в леглото, хранене с помощ в полуседнало положение (фиг.1). При хемодинамично стабилни болни с овладяна стенокардна симптоматика и липса на усложнения, в края на първото денонощие се включват упражнения за периферните части на тялото (фиг. 2). Започва се от дистални към проксимални мускулни групи с минимални натоварвания (движения ангажиращи малките периферни стави, обръща се внимание на продължителното, пълно издишване и ритъма на дишането) [2].

На втория ден се разрешава сядане в леглото 2 - 4 пъти на ден за 10 – 15 min, извършване на тоалет, самостоятелно хранене (фиг. 3). Включват се дихателни упражнения и упражнения за периферни мускулни групи в легнало положение. В края на деня болният може да седне с пуснати крака (фиг.4). Заниманията са 2 – 3 пъти дневно.

На третия ден се извършва упражнения в легнало, (фиг. 5 и 6) седнало положение и вертикализация на болния, (фиг. 7) първи крачки около леглото. В следобедните часове се разрешава разходка около леглото и по-късно в стаята. Двигателният режим се разширява постепенно през следващите дни в рамките на натоварвания с ниска интензивност при повишение на сърдечната честота с не повече от 10 – 20 за минута. Задължително болният се инструктира за двигателната активност в домашни условия [3].

По време на кинезитерапевтичната програма ежедневно се следят хемодинамичните показатели (СЧ и RR, в началото, след най-голямото физическо натоварване и в края на комплекса по кинезитерапия) и субективните оплаквания на пациента и се отразяват в съответната документация. Преминаване от едно изходно положение в друго се прилага когато пациента субективно и обективно понася добре физическото натоварване, хемодинамичните показатели са стабилизирани и са в нормални граници. По време на физически натоварвания през I-ва фаза (вътре болнична рехабилитация) не трябва да се превишават

изходните стойности на СЧ с повече от 10-25 уд./мин, САН 15-20 mm/Hg, ДАН 10-15 mm/Hg. При влошаване състоянието на пациента процедурите по кинезитерапия се **ПРЕКРАТЯВАТ.** След стабилизиране на състоянието програмата по Кинезитерапия се започва отначало. Времетраенето на нивата може да се увеличи с 1-2 дни, по назначение на лекуващия лекар.

Противопоказани упражнения

- Резки наклони на трупа.
- Упражнения срещу съпротивление (статични усилия с изометричен режим на мускулното съкращение).
- Активна антигравитационна flex в ТБС.
- Упражнения с максимална интензивност.
- Упражнения с бърз темп и задържане на дишането [6].

Контраиндикации за провеждане на вътре болнична рехабилитация

- Кардиогенен шок
- Остра сърдечна недостатъчност
- Тежки нарушения на сърдечния ритъм
- Телесна температура над 38˚С
- Систолично артериално налягане в покой над 200mm Hg и диастолично над 115mm Hg.
- Нестабилна ангина пекторис.
- Остро инфекциозно заболяване.
- Неконтролирано метаболитно заболяване [5].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Кардиология / Младен Григоров и др. Ред. Младен Григоров. - София : Български кардиологичен институт, 2010. 561-615, сс. 968-974..

[2] Каранешев. Г. Лечебна физкултура при някой по – чести заболявания. Медицина и Физкултура.-София: НСА ПРЕС, 1975, сс.56-57.

[3] Каранешев. Г. Теория и методика на лечебната физкултура.-София: НСА ПРЕС, 1991.

[4] Попова. Д. Мегова. Т Кардио-васкуларни и респираторни дисфункции. Попов Н. Въведение в кинезитерапията. София: - НСА ПРЕС. 231-232. 2009

[5] Перчев. И Кардиологична рехабилитация 1- Знание ЕООД.-София. 1007-8, 2000.

[6] Томов. И. Кардиология.-София: Знание ЕООД. II 58-59 2003

За контакти:

Таня Николаева Мегова – асистент, Медицински Университет – Плевен, Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“. Бул.”Климент Охридски” 1, Плевен 5800, Сл. тел. 064 884 118, e-mail: tmegova@abv.bg

Докладът е рецензиран.