

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
22.03.2013
Регистрационный №175-1112

**МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»»

АВТОРЫ: канд. мед. наук С.А. Мацкевич, канд. мед. наук О.А. Барбук, д-р мед. наук.
Е.С. Атрощенко, В.А. Милькота, канд. мед. наук С.П. Соловей, канд. мед. наук
И.С. Карпова

Минск 2012

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод комплексной реабилитации пациентов в позднем периоде после коронарного шунтирования. Применение данного метода в кардиологической практике позволит повысить эффективность терапии пациентов, улучшить качество жизни и замедлить прогрессирование заболевания.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Прибор для измерения артериального давления.
2. Эхокардиограф.
3. Электрокардиограф.
4. Велозргометр.
5. Прибор для выполнения суточного мониторинга ЭКГ.
6. Биохимический анализатор.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Стабильная стенокардия II, III ФК с сердечной недостаточностью не выше II в отдаленном периоде (не менее 6 мес.) после операции коронарного шунтирования (АКШ и/или МКШ).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Противопоказания включают таковые к назначению рекомендуемых лекарственных средств.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Физическая реабилитация предполагает использование различных видов дозированных физических нагрузок. Основные направления физической реабилитации пациентов с возвратной стенокардией в позднем восстановительном периоде после коронарного шунтирования: дозированная ходьба, дозированный бег «трусцой», дозированный подъем по лестнице, спортивные игры, бытовые нагрузки.

Психологическая реабилитация пациентов со стенокардией после коронарного шунтирования предполагает комплекс диагностических и лечебно-восстановительных мероприятий: психодиагностика — заполнение опросников; психопрофилактика неблагоприятных психических изменений: создание «Школы для пациентов, перенесших кардиохирургические операции», активная и пассивная мышечная релаксация, «малая психотерапия», аутогенная тренировка.

Уровень клинической депрессии определяется с помощью шкалы депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory — BDI), которая предназначена для определения и измерения тяжести депрессивной симптоматики. Общий результат 0–9 баллов свидетельствует об отсутствии депрессивных симптомов, 10–19 баллов оценивается как легкая и умеренная депрессия, более 19 баллов — клинически значимая депрессия.

Оценка уровня ситуативной и личностной тревожности проводится при помощи теста Ч. Спилбергера – Л. Ханина, что позволяет выявить уровень тревожности на момент исследования и тревожность как личностную черту.

Результат менее 30 баллов оценивается как низкий, 31–44 балла — умеренный, 45 баллов и более — высокий.

На фоне физической и психологической реабилитации пациентам назначается курс метаболической терапии. Курс лечения должен составлять не менее 6 мес. с последующей контрольной эхокардиографией, велоэргометрическим тестированием, электрокардиотопограммой, суточным мониторингом ЭКГ, определением вазомоторной функции эндотелия, психологическим тестированием.

Метаболическая терапия назначается с целью усиления противоишемического эффекта проводимой терапии. При сохраняющемся ангинозном синдроме и наличии безболевого ишемии к стандартному протоколу лечения добавляется триметазидин, при отсутствии выраженного болевого синдрома назначается милдронат:

- триметазидин МВ (trimetazidine MR) перорально в суточной дозе 70 мг (1 таблетка 2 раза в день);

- милдронат (мельдоний-триметилгидразиния пропионат) в суточной дозе 1000 мг перорально (1 капсула 2 раза в день). Милдронат назначался в течение 8 недель, далее был перерыв 2 мес. и повторный курс еще 8 недель.

Метаболическая терапия назначается на фоне приема ацетилсалициловой кислоты (при отсутствии противопоказаний), антиангинальной терапии (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, органические нитраты), статинов.

Физическая реабилитация

Дозированная ходьба в зависимости от функционального класса стенокардии напряжения в следующем режиме: пациентам со стенокардией I ФК рекомендуется расстояние для прогулок до 3 км одновременно со скоростью 2–3 км/ч (80–90 шагов/мин), расстояние, пройденное за день — 9–10 км в 2–3 приема; со стенокардией II ФК назначается ходьба на расстояние до 2 км со скоростью 2 км/ч (70–80 шагов/мин), расстояние, пройденное за день — 6–7 км в 2–3 приема; со стенокардией III ФК — расстояние для прогулок составляет 1–1,5 км с отдыхом со скоростью 1,5–2 км/ч (60–70 шагов/мин), расстояние, пройденное за день — 3–7 км в 2–3 приема.

Дозированный бег «трусцой». Перед бегом проводится разминка (10–12 мин), затем бег «трусцой» 5–6 мин плюс ходьба (2–3 мин), а затем отдых (2–3 мин) и так 2–3 раза в течение занятия. Постепенно интенсивность бега возрастает, а продолжительность уменьшается до 1–2 мин, количество серий доводится до 5–6, а пауза между ними увеличивается. После 2–3 недель тренировок переходят к более длительному бегу умеренной интенсивности до 20–30 мин. с интервалами отдыха.

Дозированный подъем по лестнице назначается в зависимости от физической работоспособности (ФР) и тренировочного пульса, которые устанавливаются при велоэргометрическом тестировании. Пациентам при ФР 25–50 Вт рекомендован подъем на 1–2 этажа с темпом 60 ступеней/мин; при ФР 50–75 Вт – подъем на 3–4 этажа с темпом 60 ступеней/мин; при ФР 75–100 Вт — подъем на 4–5 этажей с темпом 70 ступеней/мин и при ФР 100 Вт и более – подъем на 5–6 этажей с темпом 80 ступеней/мин. Для достижения оптимального тренирующего эффекта подъем АД не должен превышать 210/110 мм рт. ст., а прирост ЧСС в процессе тренировки не должен быть больше 50% от уровня в покое.

Спортивные игры. При стенокардии напряжения I, II ФК возможно участие в организованных группах здоровья по месту жительства и играх в волейбол,

бадминтон, настольный теннис при имевшихся ранее навыках без элементов соревнования продолжительностью до 30–40 мин; допускаются плавание, ходьба на лыжах, езда на велосипеде. При стенокардии III ФК — участие в организованных группах здоровья по месту жительства и играх в волейбол, бадминтон, настольный теннис при имевшихся ранее навыках без элементов соревнования продолжительностью до 30–40 мин; допускаются плавание в бассейне под контролем медперсонала, дозированная ходьба на лыжах, езда на велосипеде по ровной местности.

Бытовые нагрузки. При стенокардии напряжения I, II ФК — полное самообслуживание, приготовление пищи, уборка квартиры, сезонные садово-огородные работы до 1,5 ч в день за 2–3 приема, обработка земли лопатой. Подъем тяжести не более 15 кг. Половая активность без ограничений.

При стенокардии напряжения III ФК — полное самообслуживание, приготовление пищи, уборка квартиры, сезонные садово-огородные работы не более 1–1,5 ч в день за 2–3 приема, обработка земли лопатой исключена. Подъем тяжести не более 8 кг. Половая активность без ограничений.

Психологическая реабилитация

Психологическая реабилитация проводится независимо от ФК стенокардии напряжения. В исследовании были использованы следующие методики медико-психологической реабилитации.

Активная мышечная релаксация. Под термином «активная мышечная релаксация» подразумевается процесс выполнения ряда простейших упражнений, которые могут снижать непроизвольное напряжение поперечнополосатой мускулатуры и тем самым приводить к значительному снижению тревожности, чрезмерной нервно-психической напряженности и уменьшению патогенного действия эмоционального стресса. Этот метод показан в случаях возникновения у пациентов выраженного нервно-психического напряжения, невротических реакций, сопровождающихся нарушениями сна. Рекомендуются заниматься ежедневно по 20–25 мин. Выполнение всех упражнений проводится на вдохе. Пациент делает глубокий вдох и одновременно сильно напрягает соответствующие группы мышц. Группу мышц расслабляют во время полного выдоха и фиксируют внимание на приятных ощущениях, которыми сопровождается расслабление мышц (ощущение тепла, приятной тяжести и истомы в мышцах, уменьшение чувства усталости и др.). Примерное соотношение времени вдоха и выдоха 1:5, т. е. время вдоха и напряжения группы мышц в 5 раз меньше времени выдоха и расслабления мышц. В общей сложности будет задействовано 14 основных групп мышц (мышцы верхних и нижних конечностей, лица, шеи, живота).

Пассивная мышечная релаксация. Метод заключается в сосредоточении внимания на сенсорных сигналах, поступающих из конкретных групп поперечнополосатых мышц и последующем их расслаблении в процессе непосредственной концентрации внимания именно на этих мышечных группах. Метод является наиболее действенным для нормализации качества сна, которые страдают в первую очередь. Преимущество метода заключается в том, что человек может заниматься пассивной релаксацией в любых условиях, не мешая окружающим и не привлекая к себе внимание. Обычно пассивную мышечную релаксацию проводят перед сном 15–20 мин, чтобы снять излишнее нервно-психическое

напряжение. Целью данного метода является расслабление основных мышечных групп тела. Ежедневные непродолжительные занятия помогут научиться достигать состояния глубокой релаксации путем концентрации внимания на расслаблении каждой из различных групп мышц тела с использованием следующих приемов: пациенту необходимо закрыть глаза, как можно удобнее устроиться в кресле или принять позу «кучера, спящего на дрожках», однако лучше всего лечь на спину. Затем сделать глубокий вдох и на выдохе ощутить, как все мышцы головы расслабляются по мере того, как теплая волна расслабления начинает спускаться с макушки вниз, последовательно расслабляются все группы мышц: лица, шеи, живота, верхних и нижних конечностей. Пациент отдыхает, чувство усталости покидает его тело, он повторяет на выдохе: «Я спокоен. Я расслаблен». Наступает состояние полной релаксации, нормализуется сон.

«Малая» психотерапия. Основу этого метода составляют личные беседы с лечащим врачом-специалистом. В беседе врачу следует убедить пациента в благополучном исходе заболевания, успокоить его, внушить доверие к врачу, медицинскому персоналу, настроить его на лечение, на безопасность постепенной активизации двигательного режима. Не следует в этот период фиксировать его внимание на возможных ограничениях трудоспособности. Пациенту следует разъяснить сущность заболевания в смягченной, оптимистической и доступной форме. На этапе позднего восстановительного периода после коронарного шунтирования для пациентов с возвратной стенокардией должна быть начата четко спланированная работа, направленная на то, чтобы эти пациенты осознанно стали активными участниками всех реабилитационных мероприятий.

Одним из направлений «малой» психотерапии является *уменьшение повышенной тревожности*. Каждому человеку известно, что тревога может вызывать даже больше страданий, чем физическая боль. Тревога может проявляться также соматически (расстройства желудочно-кишечного тракта, дрожь, тремор, ускоренный пульс и т. д.). Поэтому необходимо знать, как можно справиться с тревогой самостоятельно. Вот несколько рекомендаций, которые можно давать пациентам для уменьшения тревожности:

- Не бойтесь делиться переживаниями.
- Займитесь приятной отвлекающей от тревожных мыслей деятельностью.
- Больше времени проводите в кругу родных и близких.
- Используйте техники релаксации.

Аутогенная тренировка. Суть этого эффективного метода лечения и психопрофилактики сводится к овладению методами самовнушения на фоне психического и мышечного расслабления. В процессе индивидуальных тренировок можно добиться снижения уровня тревоги и страха, научиться расслабляться в любых, даже самых сложных ситуациях, нормализовать сон. Для получения эффекта в процессе лечения следует проводить самостоятельные тренировки в течение 10–15 мин не менее 3 раз в день: утром (при пробуждении), днем и вечером (перед сном), на протяжении 10–15 дней.

Эффект реабилитации оценивается как положительный при уменьшении числа эпизодов ишемии в покое и при физической нагрузке, увеличении толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрического тестирования, снижении

уровней депрессии и тревожности, улучшении физической активности и качества жизни.

Метаболическая терапия

При сохраняющемся ангинозном синдроме и наличии безболевого ишемии к стандартному протоколу лечения добавляется триметазидин, при отсутствии выраженного болевого синдрома назначается милдронат:

- триметазидин МВ (trimetazidine MR) перорально в суточной дозе 70 мг (1 таблетка 2 раза в день);

- милдронат (мельдоний-триметилгидразиния пропионат) в суточной дозе 1000 мг перорально (1 капсула 2 раза в день). Милдронат назначается в течение 8 недель, далее перерыв 2 мес. и повторный курс еще 8 недель.

Метаболическая терапия назначается на фоне ацетилсалициловой кислоты (при отсутствии противопоказаний), антиангинальной терапии (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, органические нитраты), статинов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Отсутствуют.