

Комплексное использование методов реабилитации у больных с острым инфарктом миокарда

А.В.Магнитский¹, Г.Н.Сидорова², Г.П.Петросян², Л.Ю.Снурникова²

¹Российский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета, Москва (зав. кафедрой – проф. Н.А.Шостак);

²Городская клиническая больница № 55, Москва (главный врач – проф. О.Н.Румянцев)

Статья посвящена вопросам эффективности и безопасности комплексной междисциплинарной физической реабилитации больных с острым коронарным синдромом с участием специалистов различного профиля: врача-кардиолога, кинезотерапевта, физиотерапевта, диетолога и др. Работой врачей по бригадному методу охвачено 199 больных. Переход с одного двигательного режима на следующий обсуждался коллегиально, и при принятии решения учитывались: сроки инфаркта миокарда, трансмуральность повреждения сердечной мышцы, тяжесть ранней постинфарктной стенокардии, стабилизация показателей гемодинамики, реакция на функциональные пробы, наличие или отсутствие осложнений. В результате применения междисциплинарного подхода при проведении физической реабилитации у 100% больных к моменту выписки из стационара удалось достичь режима двигательной активности 3А–4А. Средние сроки выписки из кардиолечебного отделения сократились до 16 сут.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, реабилитация, мультидисциплинарные бригады

Implementation of complex rehabilitation methods in patients with acute myocardial infarction

A.V.Magnitsky¹, G.N.Sydorova², G.P.Petrosyan², L.Yu.Snurnikova²

¹Russian State Medical University, Department of Facultative Therapy named after Acad. A.I.Nesterov of Medical Faculty, Moscow

(Head of the Department – Prof. N.A.Shostak);

²Municipal Clinical Hospital № 55, Moscow (Chief Doctor – Prof. O.N.Rumyantsev)

The article analyses effectiveness and safety of implementation of complex multidisciplinary rehabilitation methods in patients with acute coronary syndrome, that involve specialists in different areas of medical science: cardiologists, physical therapists, dietologists, kinesiologists and others. Multidisciplinary team method was used in 199 patients treatment. Decision on changing of patient's physical activity regimen was made by the whole team members according to infarction acuity, severity, complications, including angina occurrence, results of physical tests and stabilization of hemodynamic parameters. As a result, at the time of departure from the clinic after continuation rehabilitation procedures 100% of patients were in 3A–4A class of physical activity. Mean time of hospital (cardio-infarction department) treatment decreased to 16 days.

Key words: acute myocardial infarction, rehabilitation, multidisciplinary teams

Лечение больных с острым инфарктом миокарда является одной из приоритетных задач неотложной кардиологии. Несмотря на очевидные достижения в терапии острого коронарного синдрома (развитие интервенционных способов лечения инфаркта миокарда (ИМ) [1–5], совершенство-

вание медикаментозных подходов ограничения периинфарктной зоны [6–8], профилактика прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) [9, 10], реабилитация больных, перенесших ИМ, остается неразработанной областью современной кардиологии [11, 12]. Существующие основополагающие принципы медико-социальной реабилитации были разработаны в 60-е годы XX столетия и сегодня не отвечают современным требованиям лечения больных с острым ИМ [13].

В применении ряда методов реабилитации отсутствуют взаимосвязанные комплексы медикаментозной [12, 14] и физиотерапии [11, 14–16], лечебного питания и др. Недостаточно внимания уделяется вопросам психологической реабилитации [17] и выработке наиболее рациональной про-

Для корреспонденции:

Магнитский Алексей Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а

Телефон: (495) 952-9176

E-mail: miran68@mail.ru

Статья поступила 04.05.2009 г., принята к печати 10.06.2009 г.

граммы реабилитационных мероприятий с обеспечением ее преемственности на последующих этапах [14, 18].

Нередко врачи-клиницисты не имеют четкого представления о содержании физической реабилитации. Так, переход с одного двигательного режима на другой происходит без участия кардиолога. Функциональные пробы (с задержкой вдоха, задержкой выдоха, ортостатическая проба, проба Мартине), как правило, игнорируются лечащим врачом при назначении медикаментозной терапии. В то же время проводимые врачом лечебной физкультуры (ЛФК) функциональные пробы оцениваются без учета клинических проявлений коронарной патологии у конкретного больного, что не позволяет врачу ЛФК адекватно определить степень активизации больного. В результате режим двигательной активности далеко не всегда является оптимальным для данного больного. Без сомнения, это мешает оказанию качественной медицинской помощи больным с острым ИМ.

Вопросы лечебного питания – неотъемлемая часть комплексного лечения [19, 20], как показывает практическая работа, мало интересует лечащего врача. Врач-клиницист редко интересуется лечебными диетами, составом меню, вкладом сбалансированного лечебного питания в лечение больных с острым ИМ. Стандартно назначаемая диета (Стол 10 для лечения кардиологических больных) не является оптимальной при лечении больных с острым ИМ. Сотрудниками больницы совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы, ГУ НИИ питания РАМН разработано семидневное меню для диетического питания больных с ИМ по диете 10И.

Психологическая реабилитация больных с острым ИМ [17, 20] на сегодняшний день практически отсутствует. Работа лечащего врача в этой области сведена к «разовым» советам – «все будет хорошо», «инфаркт заживает», «после выписки активизация должна проводиться под контролем врача поликлиники» и т.д. В то же время известно, что ИМ – это тяжелый психологический стресс, и людям независимо от возраста необходимо оказывать профессионально грамотную психологическую помощь, цель которой – выработка адекватного стереотипа поведения на возможное рецидивирование болезни, появление ощущения «контроля за ситуацией», выработка социально-активной жизненной позиции.

Подобные недостатки работы ведут к отсутствию преемственности между последующими этапами реабилитации – санаторием кардиологического профиля и поликлиникой. Нередко в выписном эпикризе врач стационара даже не указывает степени активизации по 6-минутному тесту-ходьбе и достигнутого в ходе лечения режима двигательной активности.

Цель – изучение эффективности и безопасности применения мультидисциплинарного подхода в реабилитации больных с острым инфарктом миокарда.

Пациенты и результаты исследования

Понимание проблемы явилось основанием для создания в больнице на базе отделения для больных с инфарктом миокарда междисциплинарной бригады в составе врачей кардиолога, кинезиотерапевта, физиотерапевта, диетолога и др. Разработано специальное положение об организации работы врачей различных специальностей по бригадному методу как приложение к приказу по больнице.

За 2002–2003 гг. работой врачей по бригадному методу было охвачено 199 больных с диагнозом «инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия», из них 87 мужчин, 112 женщин в возрасте от 34 до 78 лет, в среднем 54 года. В подавляющем большинстве случаев (91%) состояние больных изначально оценивалось в ранние сроки – на 7–10-й день с момента поступления в стационар, в клинически сложных случаях у 33 больных были проведены повторные осмотры врачами междисциплинарной реабилитационной бригады. У 71% пациентов начальный двигательный режим, с учетом сроков ИМ, наличием осложнений, глубины ИМ, реакции на функциональные пробы, составлял 2а, у 19% – 2б, у 10% – 3а.

Переход с одного двигательного режима на следующий обсуждался коллегиально, и при принятии решения учитывались:

- сроки ИМ;
- трансмуральность поражения сердечной мышцы;
- тяжесть ранней постинфарктной стенокардии;
- стабилизация показателей центральной гемодинамики (АД);
- реакция на функциональные пробы (с задержкой дыхания на вдохе и на выдохе, ортостатическая проба, в поздние сроки – проба Мартине);
- наличие или отсутствие осложнений.

Приоритет в принятии решения об изменении тактики принадлежал лечащему врачу с учетом мнения других специалистов. Коллегиальное обсуждение состояния больного в бригаде позволяло иметь объективную информацию об адекватности физической реабилитации в каждом конкретном случае. Работу врачей по бригадному методу считали принципиально важным проводить не в кабинете. Поэтому оценка функционального состояния больного проводилась у постели больного.

Немаловажной является комплексная оценка функционального состояния больных с ИМ, направляемых на санаторный этап реабилитации [18]. Согласно существующей Инструкции по медицинскому отбору больных, перенесших острый инфаркт миокарда и направляемых на долечивание в специализированные санатории (отделения), перевод больных на долечивание допускается при неосложненном мелкоочаговом инфаркте миокарда, протекающем без выраженной коронарной недостаточности; при неосложненном нижнем инфаркте миокарда не ранее 15 сут от начала заболевания; при неосложненном переднем инфаркте миокарда не ранее 18–21 сут с момента развития инфаркта. Причем для направления больных в санаторий необходимо достичь определенного режима двигательной активности (прохождение за сутки 1500 м, подъем более чем на один этаж). Это определяло интенсивность работы междисциплинарной реабилитационной бригады и ее нацеленность на достижение больным необходимого режима двигательной активности в сроки, предусмотренные Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи.

При анализе результатов физической реабилитации у 199 больных к моменту выписки из стационара удалось достичь режима двигательной активности 3а–4а. Средние сроки выписки больных из отделения составляли 16 сут после перевода из кардиореанимационного блока (БИТа) и соответствовали Московским городским стандартам стационарной медицинской помощи.

Таким образом, очевидно, что работа врачей различных специальностей по бригадному методу должна помочь исправить существующие недостатки и на деле укрепить комплексный подход к лечению больных с ИМ.

Выводы

1. Работа врачей различных специальностей по бригадному методу позволяет в полной мере обеспечить адекватность обследования и лечения больных с ИМ в соответствии с требованиями Московских городских стандартов стационарной медицинской помощи.

2. Привлечение к работе бригады врачей различных специальностей позволяет вырабатывать наиболее рациональную программу лечения и реабилитации больного с обеспечением ее преемственности на последующих этапах.

Литература

1. Brodie B.R., Grines C.L., Ivanhoe R. et al. Six-month clinical and angiographic follow-up after direct angioplasty for acute myocardial infarction. Final results from the Primary Angioplasty Registry // *Circulation*. – 1994. – № 90. – P.156–162.
2. Bourassa M.G., Fisoher L.D., Campeau L. et al. Long-term late of bypass grafts: The Coronary Artery Surgery Study (CASS) and Montreal Heart Institute experiences // *Circulation*. – 1985. – № 72 (Suppl. 2). – P.71–78.
3. Grines C.L., Brodie B.R., Griffin G. et al. Which primary PTCA patients may benefit from new technologies? // *Circulation*. – 1995. – № 92 (Suppl. 1). – P.1146.
4. Роган С.В., Араблинский А.В., Пожаров И.Г. и соавт. Эндопротезирование коронарных артерий при остром инфаркте миокарда // *Кардиология*. – 2000. – №11. – С.56–60.
5. Zijlstra F., Hoorntje J.C., de Boer M.J. et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – № 341. – P.1413–1419.
6. Ryan T.J., Anderson J.L., Antman E.M. et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary. A report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction) // *Circulation*. – 1996. – № 94. – P.2341–2350.
7. Weitz J., Bates S.M. Beyond Heparin and Aspirin. New Treatments for Unstable Angina and Non-Q-Wave Myocardial Infarction // *Arch. Int. Med.* – 2000. – № 160. – P.749–758.
8. Чукаева И.И., Корочкин И.М., Прохорова Т.Ф. и соавт. Антиишемический и противовоспалительный эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и их роль в ремоделировании сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда // *Кардиология*. – 2000. – № 11. – С.17–23.
9. Freemantle N., Cleland J., Young P. et al. β -blockade after myocardial infarction: systematic review and a meta regression // *BMJ*. – 1999. – № 34 (318). – P.1730–1737.
10. Sacks F.M., Pfeffer M.A., Move L.A. et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels // *N. Engl. J. Med.* – 1996. – № 335. – P.1001–1009.
11. Видимски И. Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Профилактическая кардиология / Пер. с чеш. – Киев: Здоров'я, 1986. – С.281–286.
12. Тепляков А.Т., Пекарский В.В. и др. – В кн.: Кардиология: успехи, проблемы и задачи // СПб., 1993. – С.487–488.
13. Gutschker A., Schaller K., Geisser W. Results of a three year follow up study of comprehensive rehabilitation and secondary prevention of patients after myocardial infarction // *Trans. Eur. Soc. Card.* – 1979. – № 1. – С.2.
14. Kallio V., Hamalainen H., Luurila O. et al. Multifactorial intervention program on patients after myocardial infarction // *Trans. Eur. Soc. Card.* – 1979. – № 1. – P.3.
15. Гофман Я.Б., Магнитский А.В., Илларионова Т.В. и соавт. Роль электромагнитного излучения со сверхмалой выходной мощностью в комплексном лечении больных стабильной стенокардией напряжения. Инновационные методы диагностики, лечения и реабилитации в Городской клинической больнице №55. Сборник научно-практических трудов. – М.: РГМУ, 2003. – С.184–188.
16. Hayes M.J., Morris G.K., Hampton J.R. Comparison of mobilization after two and nine days in uncomplicated myocardial infarction // *Brit. Med. J.* – 1974. – № 3. – P.10.
17. Шафикова А.Г. Дифференцированная психотерапия больных инфарктом миокарда на стационарном этапе реабилитации. Автореф. дис. к.м.н. – М., 1990. – 19 с.
18. Грднева Т.Г. Оптимизация II этапа реабилитации больных инфарктом миокарда с использованием природных и преформированных факторов. Автореф. дис. д.м.н. – Томск, 1997. – 26 с.
19. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of GISSI-Prevenzione trial // *Lancet*. – 1999. – № 354. – P. 447–455.
20. Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Камаев Д.Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // *Кардиология*. – 2001. – № 4. – С.58.

Информация об авторах:

Сидорова Галина Николаевна, врач-кардиолог
Городской клинической больницы №55
Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а
Телефон: (495) 952-9170

Петросян Гара Павловна, врач-кардиолог
Городской клинической больницы №55
Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а
Телефон: (495) 952-9170

Снурникова Лада Юрьевна, врач-кардиолог
Городской клинической больницы №55
Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а
Телефон: (495) 952-9170