

(№2) апрель 2019 г.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ
БЮЛЛЕТЕНЬ

ПР+ФФИ

О ПРОФИЛАКТИКЕ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



Фото: patients.healthquest.org

В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на сегодняшний день сохраняется на высоком уровне. Ее значительные показатели приходится на ишемическую болезнь сердца. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является самой распространенной причиной обращений взрослых пациентов в медицинские учреждения.

ИБС — это патологическое состояние, характерным признаком которого является несоответствие потребности миокарда в кислороде и его доставке. Такая ситуация может возникнуть при сужении просвета коронарных сосудов атеросклеротическими бляшками (что является самой частой причиной ИБС) или вследствие спазма венечных артерий (возникает реже).

Понятие ишемической болезни сердца объединяет ряд патологий.

К ним относятся:

1. Стенокардия.
2. Инфаркт миокарда.
3. Внезапная сердечная смерть.

4. Мелкоочаговый кардиосклероз.

5. Крупноочаговый кардиосклероз.

6. Хроническая аневризма сердца.

Различают модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития ИБС. К первым относятся обстоятельства жизни, которые можно поменять. С немодифицируемыми факторами человек рождается и остается на всю жизнь, повлиять на них или изменить нельзя.

К модифицируемым факторам относят: увеличение содержания в крови холестерина (гиперхолестеринемия); увеличение артериального давления (артериальная гипертензия); сахарный диабет; курение; низкую физическую активность и ожирение.

Немодифицируемыми факторами риска ИБС считаются:

- мужской пол;
- возраст;
- отягощенность семейного анамнеза по

сердечно-сосудистым заболеваниям.

ИБС характеризуется высокой смертностью и рядом опасных осложнений. Актуальность ее профилактики неоспорима.

Различают первичную и вторичную профилактику ИБС.

Первичная направлена на предупреждение развития любых форм ишемической болезни сердца, вторичная — предусматривает проведение мероприятий по предотвращению возникновения рецидивов и прогрессирования заболевания. Под первичной профилактикой инфаркта миокарда подразумевают своевременное диагностирование и лечение ИБС, состояний, которые предвещают развитие инфаркта, а также борьбу с факторами, приводящими к его появлению. Вторичная направлена на профилактику повторных инфарктов миокарда.

Раннее выявление скрытой или явной недостаточности коронарных сосудов имеет неосценимое значение для проведения мероприятий по профилактике ишемической болезни сердца. Широкие эпидемиологические исследования дают возможность вовремя определить среди населения людей, входящих в зону риска, а при более детальном обследовании (электрокардиография в условиях дозированной физической нагрузки и другие) выявить круг лиц с симптомами коронарной болезни и направить их на профилактическое лечение.

Тема выпуска

ИНФАРКТ

Важнейший аспект профилактики ишемической болезни — это комплексность мероприятий по предупреждению заболевания.

Важно принимать меры по борьбе с прогрессированием атеросклероза (дифференцированная терапия гиперлипидемии, предотвращение возникновения стрессовых ситуаций). Необходимо строгое следование режиму, включающему смену труда и отдыха, особенно для лиц, род деятельности которых связан с умственным перенапряжением. Еще один важный аспект — закаливание организма, включение в распорядок дня регулярных физических нагрузок. Лечение пациентов с выраженными стадиями гипертонической болезни и сахарного диабета должно быть активным и непрерывным. При этом необходимы: запрет на курение и употребление алкоголя, соблюдение сбалансированной, бедной животными жирами диеты (что приводит к снижению массы тела и предотвращает накопление избыточного веса), лечение усиленной свертываемости крови по средствам антикоагулянтов.

Важно помнить, что от сердечной патологии не существует панацеи. Нельзя, принимая таблетки или порошки, предотвратить ИБС, единственным способом поддержания здоровья в данном случае является улучшение образа жизни.

Отказ от курения — одна из важнейших задач профилактики. Даже простой совет лечащего врача, беседа помогает пациенту отказаться от употребления сигарет. Если есть необходимость, можно привлечь близких родственников и друзей пациента с целью обеспечения поддержки в отказе от сигарет.

В тяжелых случаях, когда человек не может самостоятельно справиться с пагубной привычкой, может быть применена никотинзаместительная терапия.

Питание. Изменение рациона должно быть направлено на избавление от избыточной массы тела и концентрацию общего холестерина плазмы крови.

Основные правила профилактического питания:

- употреблять не больше 2000 ккал в сутки;
- присутствие холестерина в пище не должно быть выше 300 мг в сутки;
- жиры могут обеспечивать не более 30% энергетической ценности пищи.

Строгое соблюдение положенной диеты позволяет снизить общий холестерин крови на 10–15%. Для уменьшения содержания триглицеридов в крови подойдет введение в рацион большего количества жирных сортов рыбы или омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в виде пищевых добавок в дозе 1 г в сутки. Алкоголь ограничивается до умеренных доз — 50 мл в этилового спирта сутки. При наличии сердечной недостаточности, артериальной гипертензии и сахарного диабета — отказ от алкоголя является обязательным.

Прослеживается связь ожирения и избыточного веса с высоким риском смерти у пациентов со сердечно-сосудистыми заболеваниями. Приведение к норме массы тела у больных, страдающих ИБС вместе с ожирением и избыточным весом, приводит к снижению артериального давления, коррекции

уровня липидов и глюкозы в крови. Первоначально рекомендуется соблюдать диету, имеющую следующие характеристики:

- соответствие потребляемой пищи и расходуемой энергии в течении дня;

- соблюдение лимита употребления жиров;
- самоограничение в употреблении алкогольных напитков (алкоголь является высококалорийным продуктом и рефлекторно повышает аппетит);

- уменьшение потребления, а иногда и полный отказ от легкоусвояемых углеводов и сахара (за счет углеводов должно покрываться 50–60% калорий за сутки, для этого в большей степени подходят овощи и фрукты, не считая картофеля и фруктов, содержащих много глюкозы — бананы, абрикосы, сладкие сливы, груши, дыни, изюм и виноград);

- ограничение в употреблении сладостей, сладких напитков, острых приправ и пряностей.

Диетотерапия проводится под контролем врача, который учитывает медицинские показания и противопоказания. Скорость снижения веса пациента должна быть не больше 0,5–1 кг в неделю. Медикаментозная терапия ожирения применяется при индексе массы тела не меньше 30 и если эффекта от диеты нет, то проводится фармакотерапия в специализированных больницах.

Наибольшую трудность при коррекции избыточной массы тела вызывает сохранение достигнутого результата. Поэтому имеет важное значение добиться высокой мотивации и стремления к поддержанию веса на нормальном уровне в продолжении всей жизни после достижения положительного результата. В каждой программе, подразумевающей снижение массы тела, важнейшим аспектом остается физическая активность.

Физические нагрузки. Пользу приносит сопоставление максимальной частоты сердечных сокращений, подсчитываемой при нагрузочных тестах и при повседневных нагрузках. Пациентам, перенесшим инфаркт миокарда и восстанавливающим двигательную активность, особенно необходима информация о дозированности физической нагрузки. Безопасной и значительно улучшающей качество жизни является специализированная физическая реабилитация.

При стенокардии перед предполагаемой нагрузкой рекомендуется прием нитроглицерина вне очереди. Это часто помогает избежать болевого приступа.

Упражнения положительно влияют на углеводный и липидный обмен, поэтому особенно необходима дозированная физическая активность лицам с избыточной массой тела, ожирением и сахарным диабетом.

Всем больным, которым поставлен диагноз ишемическая болезнь сердца, после консультации с лечащим врачом можно ежедневно заниматься ходьбой в среднем темпе в течение 30–40 минут.

Меры первичной и вторичной профилактики приводят к уменьшению развития не только стенокардии, инфаркта миокарда, но и предотвращению внезапной смерти.

Источник: vashflebolog.com

Инфаркт миокарда представляет собой очень опасное состояние, которое может привести к серьезным осложнениям и летальному исходу. Его классифицируют по нескольким признакам, в том числе разбивают на стадии. Приступ инфаркта миокарда характеризуется типичным болевым синдромом, который нельзя спутать обычно с другими болями. Но в некоторых случаях он может проявиться атипичными клиническими признаками. Важно правильно распознать инфаркт и оказать пострадавшему неотложную помощь до прибытия медиков. Основное лечение проводится в условиях стационара и продолжается после выписки. В реабилитационный период необходимо соблюдать профилактические меры, поскольку может быть высокий риск повторного приступа.

Механизм развития инфаркта. Особенностью работы сердца являются постоянные сокращения миокарда. Чтобы миокард функционировал бесперебойно, требуется приток высокоокислеченной (обогащенной кислородом) крови. За выполнение этого условия отвечает разветвленная сеть сердечных сосудов, которая берет свое начало от аорты в виде коронарных артерий.

Если какой-то участок сердечной мышцы претерпевает кислородное голодание, в нем развиваются патологические явления. Последние очень быстро принимают необратимый характер.

При недостатке притока крови некротического характера возникает малокровие (обратная ишемия) участка сердечной мышцы. Из-за этого у человека проявляются стенокардитические боли за грудиной. Если же дефицит кислорода вызван полным прекращением кровообращения, то развиваются патологические процессы — накапливаются токсические продукты обмена, которые переходят на анаэробный режим работы, используя внутренние энергетические запасы клеток.

Глюкоза и АТФ (запасы собственной энергии) расходуются очень быстро. Примерно за 20 минут обескровленный участок сердечной мышцы полностью истощается, погибает. Этот процесс и представляет собой инфаркт миокарда — некроз. Его размеры определяются уровнем перекрытия сосудов, скоростью развития ишемии, возрастом человека и иными факторами. К примеру, острая трансмуральная форма инфаркта миокарда, которая связана с некрозом всей толщи сердечной мышцы, протекает очень тяжело, развивается при перекрытии крупной ветви коронарного сосуда.

Нарушенное кровоснабжение миокарда может быть вызвано блокировкой просвета сосуда тромбом или атеросклеротической бляшкой (эти факторы могут присутствовать одновременно). Кроме того, среди причин выделяют резкий спазм коронарных артерий. Он

происходит под воздействием химических (лекарства, канцерогены) или физических (холод) факторов. Транспортровка кислорода снижается при уменьшенном содержании в крови гемоглобина. Это отмечается при тяжелой анемии. Другая возможна причина — кардиомиопатия — резкая гипертрофия сердечной мышцы.

Инфаркт миокарда провоцируют следующие факторы:

- гипертоническая болезнь;
- сахарный диабет;
- чрезмерная масса тела;
- ишемическая болезнь сердца (нестабильные формы, проявляющиеся приступами стенокардии);
- курение;
- употребление алкоголя;
- сердечная аритмия;
- большое потребление соли и животных жиров;
- длительные стрессовые ситуации.

В последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» инфаркта. Все больше встречается случаев с этим заболеванием у лиц младше 60 лет. Как правило, большую часть из них составляют мужчины. Но после 70 лет количество женщин и мужчин, страдающих инфарктом миокарда, выравнивается.

Инфаркт миокарда **классифицируют** по множеству признаков. Он может поразить левый желудочек (заднюю, переднюю и боковую стенки, межжелудочковую перегородку) или правый. По размерам некроза выделяют мелкоочаговый и крупноочаговый. По глубине повреждения классификация осуществляется следующим образом:

- трансмуральный — на всю толщину стенки сердца;
- интрамуральный — в толще стенки;
- субэндокардиальный — во внутреннем слое стенки;
- субэпикардиальный — в наружном слое.

Инфаркт миокарда подразделяют по стадиям:

1. Предынфарктный период.
2. Острейшая стадия. После появления первых признаков инфаркта длится 5–6 часов. При этой стадии происходит кислородное голодание сердечной мышцы.
3. Острая стадия. Длится до 14 дней, характеризуется некрозом участка сердечной мышцы. Осложнения зависят от степени поражения.
4. Подострая стадия. С 14 по 30 день. Обуславливается замещением некрозов рубцовой тканью. Участки, которые претерпели меньшее повреждение, восстанавливают свою работу.
5. Рубцовая стадия. Начинается со второго месяца с момента приступа инфаркта миокарда. В этой фазе формируется рубец, который не способен проводить нервные импульсы, потому не будет участвовать в сердечной деятельности. Нагрузка падает на другие, неповрежденные отделы сердца, изменяется ход нервных импульсов, из-за чего может проявиться аритмия.
6. Постинфарктный период. Рубец замещается плотной соединительной тканью.

Если приступ инфаркта произошел впер-



вые, то его называют первичным. При повторном появлении в течение 2 месяцев с момента первого приступа диагностируется рецидивирующий, а если промежуток между ними составляет более двух месяцев, то инфаркт повторный.

Симптомы. Обычно до инфаркта миокарда у пациента с ИБС проявляются приступы стенокардии. Но нарушенное кровоснабжение может быть спровоцировано и на фоне здорового сердца.

Главный признак инфаркта миокарда — болевой синдром. Он имеет следующие отличительные черты:

- длится не менее 15 минут;
- не купируется полностью при приеме нитроглицерина;
- локализуется в левой половине грудной клетки или за грудиной;
- имеет интенсивный или волнообразный характер;
- ощущается как давящая, жгучая или сжимающая боль;
- способен распространяться в нижнюю челюсть, область шеи, левую руку и между лопатками.

Кроме болевого синдрома, проявляются сопутствующие симптомы развития инфаркта:

- головокружение;
 - слабость;
 - побледнение кожных покровов;
 - липкий и холодный пот;
 - рвотный рефлекс и тошнота.
- Большая площадь некроза характеризуется признаками кардиогенного шока. У пациента кожа окрашивается в мраморный оттенок, синеют губы и конечности, возникают сложности с измерением давления и пульса.

Инфаркт миокарда способен проявиться и **нетипичными клиническими симптомами**. Выделяют следующие формы инфаркта миокарда:

Астматическая — проявляется одышкой, удушьем в ночное время, напоминающим приступы бронхиальной астмы, клокотанием при дыхании, вызванным скопленной жидкостью в альвеолах, способной привести к развитию отека легких.

Гастралгическая — её симптомами являются боль в верхней области живота, тошнота и рвота, отрыжка и икота.

Цереброваскулярная — протекает в виде глубокого обморока или инсульта. Эта форма инфаркта более характерна для мужчин. В результате могут развиваться параличи и парезы

Аритмическая — характеризуется нарушением ритма сердцебиения. Возникает экстрасистолия или мерцательная аритмия. Наиболее опасным является атриовентрикулярная блокада, приводящая к сокращению сердечного ритма до критических значений. При фибрилляции желудочков ощущается хаотичное биение сердца

К нетипичным клиническим признакам можно отнести локализацию болевого синдрома в спине, правой половине грудной клетки или позвоночнике. Если болезненность ощущается до 10 минут, то она может указывать на микроинфаркт, что тоже имеет свои опасные последствия.

При проявлении вышеописанных признаков необходимо срочно вызвать скорую помощь. Медлить нельзя, поскольку патологический процесс способен протекать очень быстро. Согласно статистике, до 40% пациентов погибают до приезда медицинских работников. Летальный исход происходит из-за аритмии, несовместимой с жизнью, которая приводит к невозможности перекачивания сердцем крови.

Осложнения. Даже после своевременного оказания помощи у больного спустя несколько суток может подняться температура тела до 38 градусов. Это является реакцией иммунной системы на некроз в участке миокарда. При кардиогенном шоке могут поражиться внутренние органы. К примеру, нарушение функции почек приводит к уменьшению выработки мочи, из-за чего в организме пациента начинают скапливаться продукты обмена, ведущие к общей интоксикации.

В поздние сроки реабилитационного периода нередко проявляются признаки сердечной недостаточности:

- увеличение печени;
- отек нижних конечностей;
- одышка в лежачем положении или даже при незначительных нагрузках.

Истончение стенки пораженного участка ведет к аневризме, в полости которой начинают формироваться тромбы. Впоследствии они при попадании в кровотоки могут стать причиной эмболии легочной и внутримозговой артерии.

Сердечная недостаточность становится виновником развития тромбов в артериях внутренних органов. Они могут привести к развитию некроза кишечника, тромбозу нижних конечностей и т. д.

Источник: vashflebolog.com

В связи с большой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний каждый человек может столкнуться с инфарктом миокарда, развившимся у кого-то из родственников, коллег или случайно встреченных незнакомых людей. От правильно оказанной в таких случаях помощи зависит дальнейший прогноз и жизнь больного. Поэтому следует четко представлять себе правильную последовательность действий и иметь знание об основах первой помощи при инфаркте.

Алгоритм действий.

Звонок в службу скорой медицинской помощи осуществляется в первую очередь. Нужно спокойно и подробно рассказать диспетчеру, что беспокоит больного, описать характер жалоб, быстро и правильно отвечать на встречные вопросы. Нередко от этого зависит, какая бригада скорой придет — линейная или специализированная (реанимационная). Только после обращения в ОЗ следует по порядку приступать к остальным мероприятиям.

Больному необходимо принять горизонтальное положение и исключить минимальные физические нагрузки, включая ходьбу. Это связано с тем, что при инфаркте присутствует выраженная гипоксия и недостаточность питания тканей миокарда. На фоне нагрузки она прогрессирует и усугубляет состояние. Если приступ сопровождается одышкой, чувством нехватки воздуха, больному следует присесть или нужно положить под его грудную клетку несколько подушек для того, чтобы он находился в приподнятом положении. Эта поза позволяет несколько разгрузить и перераспределить кровоток при развитии острой левожелудочковой недостаточности.

Желательно расстегнуть тесную и плотную одежду. Если в помещении душно, следует обеспечить доступ свежего воздуха или включить кондиционер (вентилятор). Любую верхнюю одежду, куртку или шубу, нужно обязательно снять.

Мониторинг артериального давления (АД) и пульса важен, так как при инфаркте их уровень может меняться как в большую, так и в меньшую сторону. По этой причине использование различных лекарственных препаратов не всегда благотворно влияет на состояние больного. Нитроглицерин при низком АД — систолическое (верхнее) давление менее 90 мм рт. ст. — категорически противопоказан, так как, являясь периферическим вазодилататором (сосудорасширяющим средством), снизит его еще сильнее. Если инфаркт сопровождается редким пульсом (менее 50), очаг повреждения проходит через проводящую систему сердца. Часто это временное явление, тем не менее прием препаратов из группы бета-блокаторов (конкор, бисопролол) именно в такие моменты очень опасен.

Основываясь на предыдущем пункте, при нормальном или повышенном давлении больному следует принять таблетку нитроглицерина под язык или использовать спрей Нитроминт, Изокет — также сублингвально. Данные препараты можно давать с интервалом 10–15 минут, не более двух раз. Полностью купировать боль эти-



ми лекарствами вряд ли удастся, но уменьшить зону повреждения и осуществить гемодинамическую разгрузку ишемизированного миокарда вполне можно.

В редких случаях болевой синдром при инфаркте носит слабый характер и довольно быстро купируется нитратами. Поэтому все впервые возникшие коронарные боли, приступы стенокардии покоя у больных с ранее выявленной стенокардией напряжения, требуют обследования, обязательной записи ЭКГ.

Обязателен прием 250–500 мг аспирина, таблетку нужно разжевать и запить водой. В домашних условиях данное лекарство обычно найти несложно, его эффективность доказана многочисленными исследованиями. Ацетилсалициловая кислота обладает антиагрегантным действием, влияющим на один из компонентов системы тромбообразования, что в итоге ведет к разжижению крови. От препарата следует воздержаться при наличии связанных с ним аллергических реакций.

Категорически нельзя курить или употреблять алкоголь во время приступа сердечных болей, так как эти вещества повышают нагрузку на миокард.

Реанимационные мероприятия

Если человек, жаловавшийся на боль за грудиной, внезапно потерял сознание и перестал дышать, то это говорит о развитии фатальной аритмии (фибрилляции желудочков) или остановке сердца. Иногда в первую минуту у больных сохраняется патологическое, редкое, поверхностное и хриплое дыхание, но сердце уже не поддерживает нормального кровообращения. Если в этот момент не начать реанимационные мероприятия, человек погибнет. Больного нужно положить на твердую поверхность, на пол. В первую минуту от начала остановки кровообращения часто эффективен прекардиальный удар. Для этого ребром сжатой в кулак ладони наносится сильный удар в область середины грудины, неоднократно. Эффект от данного приема сходен с применением малых энергий дефибриллятора, но только в первые 50–60 секунд.

Следующим этапом оказания помощи является непрямой массаж сердца со

средней частотой компрессий около 100 в минуту, чередующийся с искусственным дыханием. Согласно современным международным алгоритмам по реанимации, первые 5–7 минут допускается проведение только массажа, без вдохов. Для его проведения следует встать на колени сбоку от больного. Одну ладонь положить на центр груди пострадавшего, вторую — сверху и сомкнуть пальцы обеих кистей в замок, как показано на рисунке. Проводятся ритмичные и равномерные нажатия на грудную клетку с периодичностью 30 компрессий к двум вдохам. Для искусственного дыхания голова больного запрокидывается, нос во время вдоха зажимается.

Данные мероприятия проводятся до появления пульса и дыхания у больного, либо до приезда бригады скорой помощи.

Распространенные ошибки

Существует ряд устойчивых заблуждений и ошибок, касающихся неотложной помощи при инфаркте. К ним относятся:

Множественный, неконтролируемый прием нитроглицерина часто вызывает рефлекторное увеличение частоты сокращений сердца что ведет к повышению нагрузки на миокард. Порой возникает снижение АД вплоть до коллапса.

Применение грелки. Категорически нельзя укладывать грелку на область сердца. Этот метод никогда не использовался в клинической медицине. Вызывает только ухудшение течения инфаркта.

Игнорирование симптомов. Как правило, истинные коронарные боли, в отличие от разнообразных кардиалгий или остеохондроза, заставляют человека ощутить настоящий страх смерти и быстрее вызвать скорую. Но все же встречаются отдельные люди, которые терпят до последнего.

Паника и истерика больного или окружающих. Действует только отрицательно. Оказывающему помощь нужно вести себя спокойно и уверенно, стараться передать свой настрой больному.

Самым тяжелым последствием данных ошибок является возникновение остановки кровообращения и дыхания.

Источник: vashflebolog.com

Реабилитация после инфаркта миокарда (ИМ) направлена на купирование неблагоприятных последствий и на предотвращение его повторения. В процессе восстановления больному предстоит ежедневная работа над собой. Ему придется пересмотреть привычный состав и нормы питания и расписание дня.

На протяжении всего курса реабилитации больной должен находиться под наблюдением специалистов. Наиболее удобно, когда есть возможность проведения всего восстановительного периода в специализированных кардиологических учреждениях. Когда такой возможности нет, то обязательства по адаптации ложатся на близких. Человек, ухаживающий за больным, должен осознавать степень возложенной ответственности. Компания человека, перенесшего ИМ, не имеет права изменять схему назначенного лечения и должен знать основные рекомендации по восстановлению больного в домашних условиях.

Реабилитация может продолжаться до 12 месяцев. В зависимости от сложности заболевания выделяют четыре клинические степени, где первая протекает наиболее легко, а четвертая сопровождается различными осложнениями. Большое влияние на продолжительность восстановительного периода оказывает общее состояние организма. Пожилые пациенты восстанавливаются дольше и труднее, чаще возникают сопутствующие заболевания, выраженные в нарушении работы сердца и сосудов, соответственно, у них выше и вероятность рецидива. В группе риска находятся мужчины старше 40 лет и женщины после наступления менопаузы. Это связано с режимом питания и с отсутствием должных кардиологических нагрузок.

ИМ — это состояние, при котором ткани сердца испытывают острый недостаток в кислороде, крови и питательных веществах. Соответственно реабилитация направлена на восстановление питания клеток органа. А вся дальнейшая жизнь перенесшего ИМ человека должна проходить с учетом его предположенности к некрозу тканей сердца.

Восстановление в домашней обстановке человека, перенесшего ИМ сводится к исполнению схемы приема лечебных препаратов, соблюдению режима питания, регулярному выполнению рекомендованного уровня физических нагрузок, психологической адаптации.

Медикаментозная терапия назначается и корректируется только врачом. Как правило, список лекарств состоит из:

Аспириносодержащих препаратов. Их назначают для разжижения крови. Это препятствует образованию тромбов и ускоряет кровоток в тканях.

Статинов. Они прописываются для снижения холестерина, в результате чего вероятность образования холестериновых бляшек, мешающих нормальному кровотоку, сводится к минимуму.

Триметазидинов. Их прописывают для сокращения колебания давления, что ускоряет восстановление поврежденных клеток миокарда.

Противогипертензивных препаратов. При регулярном приеме они снижают уро-

Восстановление после инфаркта

вень артериального давления и уменьшают размер левого желудочка, который всегда увеличивается вследствие перенесенного ИМ.

Лекарственные средства могут быть в таблетированной форме или в форме инъекций. Принимать их необходимо по той схеме, которую назначат при выписке из стационара. Этот список может изменяться и дополняться препаратами по решению лечащего врача. Конкретные препараты также прописывает специалист и самостоятельно корректировать назначения врача категорически запрещено.

Для исключения повторного некроза тканей сердца необходимо уделить должное внимание **режиму питания**. Общий принцип диеты сводится к исключению жирных, тяжелых для переваривания продуктов и продуктов, способствующих газообразованию.

Полностью исключается из меню алкоголесодержащие, пакетированные и газированные напитки. Потребление кофе, крепкого чая и какао сводится к минимуму. Кофе в чистом виде запрещен. Употреблять можно напиток с добавлением обезжиренного молока, при этом от сахара следует отказаться и использовать вместо него на мед или специальные сахарозаменители.

Субпродукты — как мясные, так и рыбные — не должны входить в меню. К ним относят печень, почки, мозги, сердце, легкие, желудок.

Любые консервы — как мясные и рыбные, так и овощные и фруктовые — в рацион включать нельзя. Колбасы, сосиски, сардельки употреблять крайне нежелательно. Также к списку запрещенных продуктов относят магазинные полуфабрикаты, жирные сорта рыбы, жирное мясо, сало, свежую выпечку из белой муки, любую сдобу, жареную пищу, копченые блюда.

Фабричные сладости заменяют на несладкие овощи и фрукты, которые можно употреблять в свежем, замороженном и высушенном виде.

Запрещенное жирное мясо следует заменить на телятину, кролика, белое куриное мясо, грудку индейки.

Из морепродуктов рекомендованы к употреблению в пищу съедобные водоросли, сардины, ставрида, минтай, осьминог, кальмары.

Для сердечной деятельности полезны цельнозерновые злаки, орехи, яичный белок, овощи и листовая зелень. При термической обработке предпочтительнее отдавать варке и тушению. Если приготовление без использования жира невозможно, то используют малое количество растительного масла. Чтобы не добавить больше масла чем нужно, его капают на поверхность и равномерно распределяют при помощи силиконовой кисточки.

Правильно подобранные **физические нагрузки** восстанавливают и укрепляют сердечную мышцу. Рекомендации по конкретным упражнениям и времени их исполнения должен предоставить врач.

Восстановление физического здоровья человека начинается еще в стационаре, с

первого дня после приступа. Изначально нагрузки заключаются лишь в переворачивании и изменении положения конечностей. При обычном протекании болезни по истечении недели пациенту разрешены бытовые нагрузки. Например, самостоятельный подъем с кровати и ходьба.

Домашний режим физических нагрузок, как правило, начинается с 15–20 минут занятий. Ежедневно время нужно увеличиваться на 5–7 минут до достижения часа занятий в день. Практически все комплексы включают в себя ходьбу на месте, приседания, вращения руками и ногами. Ее можно заменить прогулками на свежем воздухе, если это не запрещает врач. Впоследствии к упражнениям ЛФК можно добавить занятия на беговой дорожке, на тренажере велосипед и плавание.

В первое время исполнения физических нагрузок рядом с человеком, проходящим реабилитацию, должен находиться компаньон. Это необходимо для слежения за состоянием больного. После исполнения упражнений измеряют артериальное давление и частоту сердечных ударов. Пульс после нагрузки не должен превышать частоту ударов в спокойном состоянии больше чем на 20 ударов.

В том случае, когда после занятия ЛФК зафиксированы резкие скачки давления, сильное учащение сердцебиения, боли в области сердца, лопатки, плеча или запястья необходимо вызывать скорую помощь. Следует сообщить оператору, принимающему звонок, о том что помощь требуется человеку, перенесшему ИМ.

Восстановление после ИМ заключается еще и в **психологической адаптации** человека к новым условиям жизни. Для этого пациенту после выписки приписывают регулярное общение с психологом. На начальном этапе работа специалиста направлена на снятие с подсознательного уровня страха повторения приступа. За счет этого наступает снятие эмоционального напряжения у человека восстанавливается сон и психоэмоциональная реакция.

Далее задача психолога заключается в примирении больного с новым образом жизни. По статистике, около 80% перенесших ИМ испытывают психологический дискомфорт из-за своего нового статуса здоровья, а 20% из них отказываются от соблюдения приписанного режима.

Родные и близкие пациента должны принять участие в психологической реабилитации пострадавшего. У больного на протяжении некоторого времени сохраняется раздражительность и плаксивость. В это время близкие люди не должны избегать общения, разговаривать мягко и доброжелательно. Для выздоровления необходимо чтобы заболевший ощущал свою нужность. Для этого в процессе общения родные должны обращаться к больному с различными просьбами, которые он в силах выполнить. Перенесшему ИМ всячески внушают что это временные трудности и заверяют в своей любви.

Источник: vashfleblog.com

При инфаркте миокарда (ИМ) пациенту, кроме лекарственных средств, назначается диета. Разница в диетическом питании для женщин и мужчин отсутствует — стол № 10 предназначен всем вне зависимости от пола.

Диета характеризуется значительным снижением калорийности за счет углеводов, белков и особенно жиров, уменьшением объема пищи, ограничением употребления свободной жидкости и поваренной соли (в первую неделю она запрещается).

Основные принципы диеты № 10и

Диета после инфаркта носит лечебный характер, она:

- способствует восстановительным процессам в сердечной мышце;
- улучшает кровообращение и обмен веществ;

- уменьшает нагрузку на сердечно-сосудистую систему;

- нормализует двигательную функцию кишечника.

Исключаются следующие продукты:

- трудноперевариваемые;
- вызывающие брожение в кишечнике и избыточное газообразование (метеоризм);
- богатые сахаром, животными жирами и холестерином;

- экстрактивные вещества рыбы и мяса.

Включаются продукты, богатые липотропными веществами, калием, витаминами Р и С, а также мягко стимулирующие двигательную функцию кишечника (для борьбы с запорами). Готовят пищу без поваренной соли. Исключают холодные напитки и блюда.

Диета № 10и состоит из трех последовательно назначаемых рационов:

1-й рацион необходим в остром периоде (1-я неделя болезни) — блюда в протертом виде;

2-й рацион необходим в подостром периоде (2–3-я недели — блюда в основном измельченные;

3-й рацион необходим в период рубцевания (4-я неделя и далее) — блюда измельченные и кусками.

В таблице 1 представлены химический состав и энергетическая ценность суточного рациона трех видов диеты № 10и.

Питаться больному следует небольшими порциями при 1–2-м рационе 6 раз в сутки, а при 3-м — 5 раз.

Список продуктов и блюд, которые нельзя и можно есть при диете № 10и, представлены в таблице 2.

Исключаются следующие продукты и блюда: мучные выпеченные изделия, сдоба, свежий хлеб, консервы, колбасы, икра, яичные желтки, цельное молоко и сливки,

бобовые, пшено, ячневая, перловая крупа, белокочанная капуста, чеснок, редис, лук, огурцы, кулинарные и животные жиры, пряности, натуральный какао и кофе, шоколад и другие кондитерские изделия, виноградный сок, жирные виды и сорта рыбы, птицы, мяса, печень и другие мясные субпродукты.

В таблице 3 представлено **примерное меню на один день**, недельное же меню можно составить по аналогии самостоятельно согласно вышеперечисленному списку разрешенных продуктов и блюд.

Следует помнить, что пациенты на дому могут только питаться согласно 2 и 3-му рационам, потому что лечение ИМ происходит в больнице. Там пациента кормят, и ему не нужно задумываться о диете.

Ниже приведены **рецепты** некоторых блюд, которыми пациенты могут питаться сразу после ИМ и которые легко приготовить в домашних условиях.

Классическим блюдом для завтрака является белковый омлет. Для его приготовления понадобится 2 яйца, 120 грамм молока, немного поваренной соли и 1 чайная ложка сливочного масла. Для начала нужно отделить белки от желтка. Затем в них добавить немного молока и соли. Хорошо взбить с помощью блендера или вилки. Полученную смесь вылить в емкость и поместить в пароварку, через 10 минут блюдо будет готово. Можно также готовить его в мультиварке или на сковороде.

Для приготовления следующего блюда (печеные яблоки) понадобятся: яблоки, мед или сахар, сухофрукты (по желанию), орехи, вода, сливочное масло. Для начала следует помыть яблоки и вырезать середину, постараться не проткнуть яблоки насквозь. Далее смешать сахар (мед), сухофрукты, орехи. Также можно добавить корицу. В полученные отверстия насыпать смесь почти до самого верха и положить кусочек масла. Яблоки разместить на противень и налить немного воды. Затем отправить их в предварительно разогретую до 190 градусов духовку. Выпекать 40 минут, пока яблоки не станут мягкими.

Диета № 10с.

Период перестройки функционирования миокарда завершается к концу первого года от момента развития ИМ. И к этому промежутку времени заканчивается активное лечение, и пациент переходит на поддерживающую терапию. С этого момента больному назначается другая разновидность диеты — № 10с. Этот вид диетического питания

Диета после инфаркта

направлен, прежде всего, на предупреждение повторного инфаркта миокарда. Показаниями для диеты № 10с являются:

- атеросклероз с поражением сосудов головного мозга, сердца или других органов;
- ишемическая болезнь сердца, которая обусловлена атеросклерозом;

- артериальная гипертензия на фоне атеросклероза.

Диетическое питание назначается со следующими целями:

- замедлить развитие атеросклероза;
- уменьшить нарушения обмена веществ;
- улучшить кровообращение;
- снизить избыточную массу тела пациента;

- обеспечить питание без перегрузки почек, печени, сердечно-сосудистой системы и центральной нервной системы.

В диете уменьшено содержание легкоусвояемых углеводов и животного жира. Количество белков соответствует физиологической норме. Степень снижения количества углеводов и жиров зависит от массы тела пациента (2 варианта диеты см. ниже). Ограничивается количество употребленной свободной жидкости, поваренной соли, экстрактивных веществ и продуктов, богатых холестерином.

Увеличивается содержание в рационе питания линолевой кислоты, витаминов С и группы В, пищевых волокон, липотропных веществ, магния, калия, микроэлементов (овощи и плоды, творог, морепродукты, растительные масла). Готовят блюда без соли, перед непосредственным употреблением пищу при желании подсаливают. Рыбу и мясо отваривают, плоды и овощи с грубой клетчаткой измельчают и подвергают варке. Приготовленная пища должна быть теплой.

В таблице 4 представлены химический состав и энергетическая ценность суточного рациона 1-го и 2-го (при сопутствующем ожирении) вариантов диеты.

Человеку необходимо питаться небольшими порциями около 5 раз в сутки.

После стентирования или тромболитической терапии пациенту рекомендовано в течение года принимать препараты из группы антиагрегантов и/или антикоагулянтов. Поэтому больным должны дополнительно назначаться ингибиторы протонной помпы с целью защиты слизистой оболочки желудка.

<https://vashfleblog.com>

Таблица 1

Состав и энергетическая ценность	1 рацион	2 рацион	3 рацион
Белки, г	50	60 – 70	85 – 90
Жиры, г	30 – 40	50 – 60	70
Углеводы, г	150 – 200	230 – 250	300 – 320
Свободная жидкость, мл	700 – 800	900 – 1000	1000 – 1100
Поваренная соль, г	Исключена	3	5 – 6
Энергетическая ценность, ккал	1100 – 1300	1600 – 1800	2200 – 2400

Таблица 2

Продукты	1 рацион	2 рацион	3 рацион
Хлеб и мучные изделия	50 грамм подсушенного хлеба или сухарей из пшеничной муки 1-го и высшего сорта	150 г пшеничного хлеба вчерашней выпечки	250 г вчерашнего пшеничного хлеба с заменой 50 г его на ржаной хлеб из сеяной муки (при переносимости)
Супы	150–200 г. На овощном отваре с протертыми разрешенными овощами и крупой, яичными хлопьями	250 г. С хорошо разваренными овощами и крупой (свекольник, борщ, протертый морковный и др.). Допустим слабый обезжиренный мясной бульон	См. 2-й рацион
Рыба, птица и мясо	Только нежирные виды и сорта. Мясо освобождают от кожи (птица), сухожилий, фасций, жира. Отварная рыба (50 г). Паровые котлеты, фрикадельки, кнели, суфле и др.	Только нежирные виды и сорта. Мясо аналогично очищают. Отварные куском, изделия из котлетной массы	См. 2-й рацион
Молочные продукты	Молоко — в чай и блюда. Нежирный кефир и другие кисломолочные напитки. Сметана — для заправки супов. Творог протертый, суфле, паста	См. 1-й рацион. Также разрешаются пудинги с фруктами, морковью, крупой. Сыр несоленый, нежирный	См. 2-й рацион
Яйца	Яичные хлопья к овощным бульонам, белковые омлеты	См. 1-й рацион	См. 1-й рацион
Крупы	100–150 г манной каши, геркулеса на молоке, протертой гречневой каши	150–200 г жидких, вязких непротертых каш, 100 г манной запеканки, рассыпчатой гречневой каши	200 г каш, пудинга гречнево-творожного, манной запеканки с яблоками, отварной вермишели с творогом
Овощи	100 г пюре из моркови, картофеля, свеклы (отдельные гарниры и блюда), протертый морковно-творожный пудинг	Первый рацион дополняют тертой сырой морковью, цветной капустой. Масса блюд — 150 г	Второй рацион дополняют тушеной свеклой и морковью
Закуски	Исключаются	Исключаются	Нежирная ветчина, вымоченная сельдь, спелые томаты, отварные заливные рыба и мясо
Плоды, сладости, сладкие блюда	Яблочное пюре, муссы, желе. Курага, чернослив — размоченные, пюре. 30 г сахара или меда	Рационы дополняют сырыми мягкими ягодами и фруктами, печеными яблоками, молочным желе и киселем, компотом, джемом, желе, меренгами. До 50 г сахара	См. 2-й рацион
Соусы и пряности	Исключаются	Для улучшения вкуса несоленой пищи добавляют вываренный и слегка поджаренный репчатый лук, кисло-сладкие фруктовые, томатный и лимонный соки, 3%-й столовый уксус, ванилин, лимонная кислота, соусы на молоке и овощном отваре	См. 2-й рацион
Напитки	По 100–150 г в сутки слабого чая с молоком, лимоном, кофейных напитков с молоком, настоя чернослива, отвара шиповника или свекольного, морковного и фруктовых соков	Те же, но по 150–200 г	См. 2-й рацион
Жиры	Растительные рафинированные масла — в блюда	См. 1-й рацион	Дополняется 10 г сливочного масла

Таблица 3

Прием пищи	1 рацион (в граммах)	2 рацион (в граммах)	3 рацион (в граммах)
1-й завтрак	Творожная паста — 50, каша из геркулеса протертая молочная — 100, чай с молоком — 150	Белковый омлет — 50, каша манная на фруктовом пюре — 200, чай с молоком — 180	Масло сливочное — 10, сыр — 30, каша гречневая — 150, чай с молоком — 180
2-й завтрак	Яблочное пюре — 100	Паста творожная — 100, отвар шиповника — 100	Творог с молоком — 150, отвар шиповника — 180
Обед	Суп маннй на овощном отваре — 150, мясное суфле — 50, морковное пюре с растительным маслом — 100, желе фруктовое — 100	Борщ вегетарианский с растительным маслом — 250, мясо отварное — 55, картофельное пюре — 150, желе фруктовое — 100	Суп овсяный с овощами — 250, курица отварная — 100, свекла, тушенная в сметанном соусе — 150, яблоки свежие — 100
Полдник	Творожная паста — 50, отвар шиповника — 100	Яблоки печеные — 100	Фрукт
Ужин	Кнели рыбные — 50, гречневая каша протертая — 100, чай с лимоном — 150	Рыба отварная — 50, пюре морковное — 100, чай с лимоном — 180	Рыба отварная с картофельным пюре — 85/150, чай с лимоном — 180
На ночь	Отвар чернослива — 100	Кефир нежирный — 180	Кефир — 180.

Таблица 4

Состав и энергетическая ценность	1 вариант	2 вариант
Белки	90–100 г (50–55% животного происхождения)	90 г
Жиры	80 г (40% растительного происхождения)	70 г
Углеводы	350–400 г (50 г сахара)	300 г
Свободная жидкость	1200 мл	См. 1 вариант
Поваренная соль	8–10 г	См. 1 вариант
Холестерин	0,3 г	См. 1 вариант
Энергетическая ценность	2600–2700 ккал	2200 ккал

Лечебная физкультура после инфаркта

Лечебная физкультура после инфаркта миокарда позволит предотвратить различные осложнения, в том числе уязвимость работы сердца и расстройства свертываемости крови. Время начала занятий определяет лечащий врач исходя из развития патологии, самочувствия больного, его возраста, пола и физической подготовки.

Комплекс упражнений для стационара

Тренировку нужно проводить спустя 2 часа после еды. Если больной страдает от атеросклероза или остеохондроза, ему запрещены наклоны, силовые упражнения, вращения головой и туловищем. Всё это отрицательно влияет на работу сердца.

Комплекс состоит из упражнений, которые выполняются в горизонтальном положении от 4 до 8 раз по мере улучшения состояния:

1. Сгибать и разгибать пальцы рук.
2. Вращать в разные стороны стопы или поочередно сгибать и разгибать их.
3. С вдохом согнуть предплечья и отвести локти в стороны, а с выдохом разомкнуть опустить руки вдоль туловища.
4. С вдохом руки опустить вдоль туловища и повернуть ладонями вверх. С выдохом медленно поднять их вперед, перевернуть ладони вниз и потянуться к коленям, приподнимая голову и напрягая мышцы туловища и ног. Если упражнение сложно дается, изначально можно голову не приподнимать.
5. Согнуть левую ногу, не отрывая от постели, а после опустить. Выполнить то же самое правой ногой. По возможности можно усложнить упражнение – сгибать одну ногу и одновременно разгибать другую.
6. Ноги согнуть в коленях. Изначально опустить в правую сторону, а затем – в левую.
7. Ноги согнуть в коленях, а руки держать вдоль туловища. Вытянуть левую руку вперед, а после потянуть ее к правому колену. Повторить то же самое на другую сторону.
8. Ноги выпрямить, а руки держать вдоль туловища. С вдохом одновременно выполнить 3 действия – поднять левую руку и правую ногу, а голову повернуть в правую сторону. С выдохом принять исходное положение. Повторить то же самое на другую сторону, но голову уже повернуть в левую сторону.
9. Руки согнуть в локтях, а пальцы сжать в кулак. Одновременно выполнить круговые вращения кистями и стопами.
10. Ноги выпрямить и немного развести, а руки держать вдоль туловища. С вдохом левую руку приложить к голове, а с выдохом коснуться правого края кровати. Выполнить то же самое на другую сторону.
11. Руки расставить вдоль туловища. С выдохом на 2–2,5 секунд напрячь мышцы ягодиц, нижних конечностей и тазового дна. С вдохом расслабиться.
12. Руки расставить вдоль туловища. С выдохом их поднять вперед, а с выдохом

опустить.

На расширенном постепенном режиме можно практиковать упражнения, которые выполняются с полупостельного положения по 3–4 раза:

1. На выдохе руками немного надавать на грудную клетку и живот.
2. Согнуть руки в локтях. Одновременно согнуть кисти рук и ступни, а после разогнуть.
3. С вдохом поднять руки вверх за голову, а с выдохом опустить.
4. Имитировать ходьбу – согнуть правую ногу в колене и правую руку в локте, а с их разгибанием то же самое выполнить для правой ноги и руки.
5. Опереться на локти, с вдохом поднять грудную часть и руками надавить на грудную клетку и живот. С выдохом опуститься.
6. С вдохом через стороны поднять руки за голову, а с выдохом опустить вдоль тела.
7. Руки опустить вдоль туловища. С вдохом поднять таз, опираясь на согнутые в коленях ноги и ровные руки. С вдохом опуститься на постель.
8. Поднять корпус до сидячего положения. Если упражнение трудно дается, можно привязать к спинке кровати веревку или длинную ткань, за которую ухватиться руками при поднятии корпуса.
9. С вдохом поднять корпус, уже опираясь руками на постель, а с выдохом медленно лечь.
10. Поднять корпус вверх. С сидячего положения опустить ноги вниз, чтобы свисали с кровати. Дышать спокойно.

Комплекс упражнений для домашней реабилитации

Вот примеры эффективных упражнений, которые выполняются в стоячем положении и повторяются 4–6 раз:

1. Встать ровно, руки опустить, а ноги расставить по ширине плеч. Медленно поднять руки вверх и опустить, а после ими описать около себя небольшой круг.
2. Ноги на ширине плеч, а руки на поясе. Повернуться корпусом в левую сторону, развести руки в стороны и вдохнуть. Вернуться в начальное положение и выдохнуть. Повторить то же самое, но на другую сторону.
3. Ноги на ширине плеч, а руки опустить. Глубоко вдохнуть, присесть и сделать небольшой наклон вперед. Руки отвести немного назад и выдохнуть. Медленно вернуться в стоячее положение.
4. Не меняя начального положения, глубоко вдохнуть, руки поставить на бедра и с выдохом присесть. С вдохом вернуться в начальное положение.
- Продолжается тренировка упражнениями, которые выполняются на стуле и повторяются по 4–5 раз:
 5. Опереться на спинку стула. Ухватиться руками за сиденье, а ноги вытянуть. Прогнуться туловищем и отвести голову назад с

плавным вдохом. Вернуться в начальное положение и плавно выдохнуть.

6. Сесть на край стула. С вдохом отвести в стороны левую руку и правую ногу, а с выдохом вернуться в начальное положение. Повторить то же самое для правой руки и левой ноги.

7. Опереться на спинку стула, а руки опустить вдоль туловища. Поднять правое плечо и одновременно опустить левое. Затем опустить правое плечо, а левое – поднять. Дыхание должно быть свободным.

8. С вдохом отвести руки в стороны, а далее с выдохом с помощью рук поднять правое колено к груди. Выполнить то же самое для левого колена.

9. Руки на поясе. Левую руку положить на правое колено и выдохнуть, а после вернуться в начальное положение и вдохнуть. Повторить то же самое на другую сторону.

10. Спокойно дышать 20–30 секунд и закончить тренировку.

Ходьба для реабилитации

В рамках палатного и свободного режима одним из эффективных методов полного восстановления является активная ходьба. Она активизирует все звенья центральной нервной системы и нормализует нарушенные вегетативные функции организма, вызывая функциональные и трофические изменения во всех тканях и органах, в том числе сердечно-сосудистой системы.

Осваивать ходьбу стоит по такой схеме:

1. В палатном расширенном режиме, если у больного отсутствуют осложнения инфаркта миокарда, разрешена 3–6-минутная ходьба. Темп — 30–40 шагов в минуту. При этом нужно контролировать частоту пульса, показатели артериального давления и субъективные ощущения.

2. Если организм адекватно реагирует на предыдущие нагрузки, увеличить темп ходьбы — 40–60 шагов в минуту. При этом пульс не должен повышаться более чем на 12 ударов в минуту, показатели систолического давления повышаются не более чем на 20–40 мм рт. ст., а диастолического — на 5–10 мм рт.

3. В свободном режиме начальный темп ходьбы — 70–80 шагов в минуту. Изначально проводить 6-минутные тренировки. Если при таких нагрузках наблюдается стабильная адекватная реакция со стороны сердечно-сосудистой системы, можно увеличить расстояние от 500 м до 1000 м, а далее — до 1500 м. При этом темп менять не нужно. Рекомендованы прогулки на расстояние 2–3 км в несколько приемов.

4. Если предыдущие нагрузки уже даются с легкостью, увеличить темп ходьбы до 80–100 шагов в минуту. Расстояние ходьбы также постепенно увеличивать от 500 м до 1000 и 1500 м.

Источник: <https://serdce.biz>