

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Выполнила
студентка 4 курса
лечебного факультета
ПМГМУ им И.М.Сеченова
74 группы
Ковалева Анна

кардиореабилитация

- ▣ В 1993 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сформулировала определение как "комплекс мероприятий, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние, позволяющий больным с хроническими или перенесенными острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), благодаря собственным усилиям, сохранить или восстановить свое место в обществе (социальный статус) и вести активный образ жизни".

Этапность кардиореабилитации

- ▣ *Первый этап - стационарный*, начинающийся с БРИТ и протекающий в обычной палате кардиологического отделения больницы или сосудистого центра.
- ▣ *Второй этап - стационарный реабилитационный*, проводящийся в стационарном кардиореабилитационном отделении Центра кардиореабилитации или в кардиологическом отделении Центра медицинской реабилитации. Эти два этапа соответствуют периодам развивающегося и рубцующегося ОИМ.
- ▣ *Третий этап - поликлинический реабилитационный*, выполняющийся в диспансерно-поликлиническом отделе специализированного Центра кардиологической реабилитации, или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации. На этом этапе больной определяется как субъект с постинфарктным кардиосклерозом, нуждающийся в выполнении комплекса реабилитационных мероприятий и продолжительной вторичной профилактики. В первые месяцы после выписки из стационара эти мероприятия выполняются под врачебным контролем, а далее – под самоконтролем в домашних условиях.

- В плане тактики расширения режима двигательной активности и назначения больному щадящих физических нагрузок в виде лечебной гимнастики, необходимо установить класс тяжести болезни и учесть реальные осложнения в ходе наблюдения.

Таблица 5. Реабилитационная классификация степени тяжести клинического состояния больных ОИМ (по Аронову Д.М., 1983; модификация 2014)

Группы тяжести ИМ	Признаки
Первая (легкая)	<ul style="list-style-type: none"> • Нет признаков СН • Нет симптомов ишемии миокарда и стенокардии • Нет сложных нарушений ритма и проводимости сердца • Адекватная реакция при расширении режима двигательной активности
Вторая (средней тяжести)	<ul style="list-style-type: none"> • СН II класса по Killip T, Kimball J (1967) • АВ-блокада выше I степени при нижнем ИМ • АВ-блокада I степени при переднем ИМ или на фоне блокады пучка Гиса • Купированные пароксизмальные нарушения ритма, за исключением желудочковой пароксизмальной тахикардии • Фибрилляция предсердий (постоянная форма) • Миграция водителя ритма • Экстрасистолия частая (более 1 экстрасистолы в мин), или III-IV классов по Лауну, длительная (в течение всего периода наблюдения) или часто повторяющиеся эпизоды • Синдром Дресслера • Артериальная гипертония, требующая дополнительного лечения
Третья (тяжелая)	<ul style="list-style-type: none"> • Острая СН класс III-IV по классификации T. Killip, J. Kimball (1967) • Хроническая СН, резистентная к лечению • Стенокардия или признаки ишемии миокарда на ЭКГ при малой физической активности • Замедленная эволюция сегмента ST или ее отсутствие, новые ишемические или очаговые изменения на ЭКГ • Сложные желудочковые нарушения ритма в покое и при нагрузке • АВ-блокада выше I степени при переднем ИМ, полная АВ-блокада; • Острая аневризма сердца • Тромбоэндокардит • Любые тяжелые осложнения и острые состояния, требующие специализированного лечения • Сочетание 3-х и более осложнений второй группы

Первый этап кардиореабилитации – стационарный в больнице или сосудистом центре

- Во время пребывания больного в БРИТ врач предписывают ему постельный режим (двигательная активность первой ступени). Больному разрешают присаживаться (первый-второй день) и далее принять вертикальное положение (второй- третий день). Индивидуально методист ЛФК выполняет с больным начальный комплекс ЛФК №1, состоящий из дыхательных упражнений, упражнений на малые мышечные группы (рук, ног). Исходное положение больных лёжа в постели на спине. Длительность комплекса – 10-15 минут. Упражнения выполняются под руководством инструктора ЛФК кардиологического отделения ежедневно (кроме выходных дней).

- Кроме того, больных в тяжелом состоянии инструктор обучает присаживанию и пользованию прикроватным стульчаком. На следующий день инструктор обучает больного вставанию и ходьбе около кровати, и проводит занятие по ЛФК комплекс №1. Больные первой (легкой) и второй (средней тяжести) групп эти действия могут производить самостоятельно или с помощью медицинского персонала, а также выполнять комплекс ЛФК № 1 под руководством инструктора (методиста) ЛФК.

- В палате кардиологического отделения стационара назначают режим двигательной активности второй ступени (ходьба и активность в пределах палаты). Продолжается расширение двигательной активности в палате, выполняется комплекс ЛФК №2, который увеличивается по времени и выполняется в положении сидя. В зависимости от индивидуального риска летальности и реакции на расширяющийся объём ФА через 3-7 дней больного переводят на третью ступень двигательной активности (режим коридорный). На этом этапе больному назначается комплекс №3 .

- На третьей ступени двигательной активности больному разрешается полная свобода перемещений по палате и, главное, выход в коридор, пользование общим туалетом, самостоятельное пользование душем.

При первом – втором выходе в коридор разрешается ходьба до 50-60 метров в сопровождении инструктора ЛФК, пользование общим туалетом (при отсутствии санузла в палате). В последующие дни расстояние ходьбы увеличивается до 200-500 метров в несколько приемов. За 2-3 дня до выписки из отделения (или перевода в реабилитационный стационар) больной в сопровождении инструктора ЛФК начинает осваивать подъем по лестнице.

Информация, рекомендуемая пациентам с ИМпСТ и членам его семьи

- ▣ **В момент госпитализации - в день поступления**
 - Объяснить диагноз.
 - Разъяснить план лечения в стационаре и предполагаемую продолжительность госпитализации.
- ▣ **БРИТ - в день поступления**
 - Ориентировать в обстановке, порядке пребывания в отделении.
 - Объяснить объем помощи, оказываемый средним персоналом.
 - Отметить важность сообщений о симптомах, потребностях.
- ▣ **При выписке из кардиологического стационара - в день выписки или накануне**
 - Обсудить план лечения и имеющиеся ФР.
 - Проинформировать о назначенных препаратах и дать рекомендации, в том числе по изменению образа жизни.
 - Объяснить необходимость получения и начала приема назначенных медикаментов непосредственно в день выписки (или на следующий день).
 - Рекомендовать членам семьи и больному пройти реабилитационные программы в Центре реабилитации.

Второй этап – стационарный в условиях специализированного кардиореабилитационного отделения

- В современных условиях второй этап кардиореабилитации должен осуществляться в специализированных кардиореабилитационных отделениях многопрофильных больниц или центров реабилитации (с неврологическим, кардиологическим, травматологическим и онкологическим отделениями), либо в специализированных центрах кардиологической реабилитации со стационарным и поликлиническим отделами.

- Критерии приема больных ОИМпST в стационарное отделение кардиологической реабилитации: освоение больным не менее третьей ступени двигательной активности (самообслуживание, выход в коридор и ходьба на расстоянии не менее 500 метров в 2-3 приема без неприятных ощущений, подъем по лестнице на один этаж.

Лечебный и реабилитационный аспекты ведения больного на этом этапе состоят из:

- 1. Продолжения медикаментозного лечения в соответствии с Российскими рекомендациями по «Диагностике и лечению больных ОИМпСТ ЭКГ», 2013;
- 2. Дальнейшего расширения двигательной активности и назначения больному постепенно возрастающего по интенсивности комплекса ЛФК № 4 и дозированной ходьбы;
- 3. Ознакомления больного с тренажерами (велотренажер, бегущая дорожка, степпер и другие виды) и его обучения по программе ФТ, начиная с вводной части программы;
- 4. Важного элемента физической реабилитации больных – это их выхода на территорию больницы для восстановления навыков ходьбы на открытой местности и проведения тренировок дозированной ходьбой (что означает освоение двигательной активности V ступени); на этой ступени больные выполняют комплекс ЛФК №5.
- 5. Больные продолжают образовательную программу «Школа для больных, перенесших ОИМ» (3-4 занятия).

Оценка состояния больного перед выпиской из стационара

- Данные обследования перед выпиской должны включать уровень глюкозы крови натощак, полный липидный спектр крови, характеристику функции почек (скорость клубочковой фильтрации, СКФ).
- . Обязательным для выполнения перед выпиской следует признать ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца с целью оценки общей и локальной сократительной функции, геометрии полостей сердца, наличия и выраженности клапанной регургитации, тромба в полости ЛЖ.

- У больных с многососудистым поражением для выявления ишемии и жизнеспособности миокарда необходимо выполнение стресс-теста с визуализацией миокарда: : стресс-тест с перфузионной сцинтиграфией, стресс-ЭхоКГ, позитронно-эмиссионная томография и магнитно-резонансное исследование сердца.

ЭКГ-нагрузочная проба перед выпиской из стационара.

- Наиболее доступным считается тест на велоэргометре (ВЭМ) или тредмиле. Но подобные тесты с оценкой только ЭКГ (без визуализации миокарда или сократимости ЛЖ) в этот период болезни обладают ограниченной диагностической ценностью для выявления ишемии из-за изменений ЭКГ, обусловленных недавним повреждением миокарда. Больным с ИМ проба с ФН выполняется за 2-3 дня до выписки из стационара, но не ранее чем через 9-10 дней от начала активизации.

Третий – поликлинический – этап кардиореабилитации при ОИМпST

- ▣ В поликлиническом отделе кардиореабилитации больной посещает кардиореабилитационную поликлинику для участия в контролируемых реабилитационных программах, которые включают в себя:
 - программы контролируемых ФТ,
 - образовательную программу - «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников»,
 - программу психологической реабилитации (по показаниям),
 - программы по модификацию ФР с участием диетолога, специалиста по антикурению.

- ▣ Активный период ведения больного в поликлинических условиях завершается через 3-4 месяца (в ряде случаев до 5-6 месяцев). Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем.

- ▣ Тщательно выполняется медикаментозная терапия, подобранная в стационаре и включающая в себя препараты для вторичной профилактики (антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА), а также препараты, необходимые для лечения артериальной гипертензии (АГ), ХСН, нарушений ритма/проводимости и сопутствующих заболеваний).

- Медикаментозную терапию контролирует врач-кардиолог, входящий в мультидисциплинарную кардиореабилитационную бригаду. Обязательные посещения кардиореабилитационного поликлинического отделения поликлиники или Центра реабилитации – каждые 3 месяца. Больному даётся право посещать поликлинику внепланово по необходимости.

Физическая реабилитация, перенесших острый ИМпST

Принципы:

- ▣ Индивидуальный подход к выбору метода, режима, интенсивности ФТ.

При выборе параметров ФТ необходимо учитывать обширность и наличие осложнений ИМ, коморбидную патологию, например, проблемы опорно-двигательного аппарата, наличие сердечной и дыхательной недостаточности, индивидуальные пристрастия и возможности пациента.

- ▣ **Раннее начало.** Физическая реабилитация должна начинаться с первых дней после ИМ в виде ЛФК, дыхательных упражнений. Начинать ФТ следует после стабилизации клинического состояния и возможности определения толерантности к ФН.

- ▣ **Строгая дозированность и этапность ФТ.** Программа физической активизации больного после ОИМ должна составляться с учетом переносимости (толерантности) ФН на каждом этапе реабилитации и с учетом преемственности к предшествующему этапу реабилитации. За основу должен быть взят тот уровень ФА, который пациент достигает перед выпиской из стационара. При определении двигательного режима на поликлиническом этапе следует учитывать все виды ФА пациента в течение дня, в том числе бытовую и профессиональную. Избыточные по интенсивности и объему ФТ могут повышать риск развития ССО.

- ▣ **Непрерывность и регулярность ФТ.**
Только регулярные ФТ способствуют адаптации к ежедневным бытовым и профессиональным нагрузкам.
Недопустима эпизодическая ФА с пиками нагрузки в отдельные дни и практически отсутствием ее в другие дни.

- ▣ Постепенное возрастание объема и интенсивности ФТ. Уровень ФН должен возрастать постепенно в соответствии с функциональными возможностями ССС больного. Критерием расширения двигательной активности больных является повышение ФРС по сравнению с предшествующим уровнем тренирующей ФН по результатам нагрузочного теста и стабильное клиническое состояние больного.

Показания и противопоказания к ФТ.

- ▣ ФТ показаны всем больным с ИМ, не имеющим противопоказаний.
Противопоказаниями к ФТ являются:
 - ОКС;
 - острая и подострая аневризма ЛЖ, подтвержденная инструментальными методами диагностики;
 - СН IV функционального класса (ФК),
 - нарушения сердечного ритма: желудочковые экстрасистолы и тахикардия опасных градаций, пароксизмальные тахиаритмии, возникающие при ФН, не корригируемые оптимальной терапией;
 - нарушения проводимости: сино-атриальная и атрио-вентрикулярная блокады 2-3-ей степени, кроме пациентов с имплантированными кардиостимуляторами;

- - стабильная АГ или гипертоническая реакция на ФН с повышением систолического АД более 180 мм рт. ст., диастолического выше 100 мм рт. ст., не корригируемые оптимальной антигипертензивной терапией;
- снижение систолического АД ≥ 20 мм рт. ст. при ФН;
- выраженный аортальный стеноз;
- синкопальные состояния;
- острый перикардит, миокардит;
- атеросклероз сосудов нижних конечностей (3 ст.);
- неконтролируемый СД;
- тромбоэмболия или тромбофлебит (в сроки до 3 мес.);
- острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (в сроки до 3 мес.)
- острое инфекционное заболевание (в том числе и вирусные инфекции).

Структура программы ФТ после ОИМ

- ▣ В программы контролируемых групповых ФТ привлекаются больные, перенесшие ОИМ, не ранее, чем через 3 недели от начала ОИМ. Программа ФТ состоит из трёх этапов: подготовительного (10-12 занятий), основного (25 занятий) и поддерживающего (количество занятий не ограничено). Занятия проводятся в спортивном зале 3 раза в неделю.

Методы контроля состояния пациента во время ФТ

- Перед применением ФТ необходимо выполнить нагрузочную пробу (ВЭМ или тредмил-тест). ЧСС – самый простой показатель контроля уровня тренирующей нагрузки. Максимальная ЧСС – это самая высокая ЧСС при выполнении пробы с ФН. В норме она зависит от пола и возраста (табл.11). У пациентов этот параметр может отличаться от нормальных значений из-за приема лекарственных препаратов, например, БАБ.

- ▣ **Максимальная ФН (в Вт)** по результатам теста с ФН – это тот уровень нагрузки, при которой нагрузочная проба прекращается в связи с появлением общепринятых клинических или ЭКГ-критериев прекращения пробы. Обычно назначаются тренировочные ФН в режиме умеренной интенсивности (из расчета 50-60% от максимальной).

Методика расчёта тренировочной ЧСС:
$$\text{ЧСС тренировочная} = (\text{ЧСС максимальная} - \text{ЧСС покоя}) \times 0,6 + \text{ЧСС покоя},$$

где ЧСС максимальная – это ЧСС на пике нагрузочного теста.

- **Максимальное потребление кислорода ($\dot{V}O_2$, мл/кг/мин) можно определить с помощью спироэргометрии. Обычно для характеристики выполненной нагрузки используются МЕ (метаболические единицы), которые можно перевести в потребление кислорода O_2 по формуле: 1 МЕ = 3,5 мл O_2 / кг / мин.**

В табл.12. приведена характеристика ФК больных с ИБС по результатам различных тестов с ФН.

Таблица 12. ФК больных с ИБС по результатам различных тестов с ФН

ФК	Тест с 6-минутной ходьбой*, м	ВЭМ, Вт	Спироэргометрия**, МЕ
I	более 450	более 125	7,0 и более
II	375-450	75-100	4,0-6,9
III	300-374	50	2,0-3,9
IV	менее 300	менее 25	менее 2,0

Примечание: * рекомендации: American College of Sports Medicine (ACSM) Walking Equation ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription; 2006;
 ** по классификации Аронова Д.М., 1980.

Методы контроля состояния пациента во время ФТ

- ▣ Назначаемая пациенту ФТ должна быть адекватна его функциональному состоянию и не вызывать каких-либо болевых ощущений и дискомфорта (табл.14).
- ▣ В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после нее не должна превышать исходную более чем на 20 уд/мин, а дыхание – не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД - на 10-12 мм рт.ст.. У отдельных больных, напротив, может наблюдаться урежение пульса (но не более чем на 10 ударов в мин.) и снижение уровня АД (но не более чем на 10 мм рт.ст.). Эта реакция является допустимой.

Таблица 14. Оценка типа реакции больных на тренировочные ФН

(по Фогельсону Л.И. в модификации Аронова Д.М., 1983)

Показатель	Реакция		
	физиологическая	промежуточная	патологическая
Клинические данные			
Утомление	Умеренное или выраженное, но быстро проходящее	Выраженное, проходящее в течение 5 минут.	Выраженное, длительно сохраняющееся.
Боль в области сердца	Нет	Нерегулярная, легко купируется без нитроглицерина	Боль снимается только нитроглицерином
Одышка	Нет	Незначительная, быстро проходит (3-5 минут.)	Выраженная, длительно сохраняется
АД и пульс	В пределах, рекомендуемых при ФТ	Кратковременное (5 минут) превышение рекомендуемых пределов с периодом восстановления 5 -10 минут	Длительное (более 5 минут) превышение рекомендуемых пределов с увеличением периода восстановления более 10 минут или урежение ЧСС
Электрокардиографические данные			
Смещение сегмента ST	Не более 0,5 мм	Ишемическое, до 1 мм с восстановлением через 3-5 минут	Ишемическое, более 2 мм с восстановлением через 5 минут и более
Аритмии	Нет	Единичные (4:40) экстрасистолы	Выраженные, пароксизмальные
Нарушение проводимости	Нет	Нарушение внутри-желудочковой проводимости с шириной QRS не более 0,12 сек	Блокада ветвей пучка Гиса, атриовентрикулярная блокада

Виды физических нагрузок в кардиореабилитации

- Дозированная ходьба - самый распространенный метод физической реабилитации и безопасный вид двигательной активности с точки зрения риска ССО, а также ортопедического риска. Необходимый темп дозированной ходьбы можно рассчитать для каждого больного по формуле Аронова Д.М.:
- $$ТХ = 0,042 \times М + 0,15 \times ЧСС + 65,5,$$
- где ТХ – искомый темп ходьбы (шагов в 1 мин.), М – максимальная нагрузка при ВЭМ-пробе в кгм/мин (нагрузку в Вт умножаем на 6), ЧСС - ЧСС на максимальной нагрузке при ВЭМ-пробе.

- **Гипоксическая терапия**
- метод, основанный на перестройке деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем в ответ на изменяющуюся концентрацию кислорода во вдыхаемой воздушной смеси при нормальном атмосферном давлении. Каждый эпизод дыхания - вдыхание обычного воздуха или с пониженным содержанием кислорода - продолжается несколько минут, имитируя высокогорные условия.



"Школа для больных, перенесших острый ИМПСТ, и их родственников

- ▣ При отсутствии образовательной программы никогда не удастся использовать в полной мере преимущества и достоинства самых эффективных лекарств и других методов терапевтического воздействия!

- Образовательная работа с пациентом рассматривается как продолжительный и непрерывный процесс, начинающийся с бесед с пациентами в БРИТ. «Школы для больных, перенесших ОИМпСТ, и их родственников» должны организовываться на базе отделения реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения разного уровня – стационарах, кардиологических диспансерах, центрах кардиологической реабилитации, поликлиниках.

Задачами «Школы для больных...» являются:

- ▣ - повышение информированности пациентов о заболевании и его ФР с целью формирования у них адекватных представлений о причинах заболевания и понимания факторов, влияющих на прогноз;
- повышение приверженности больных выполнению рекомендаций врача и реабилитационных мероприятий;
- обучение больных и их близких навыкам самоконтроля состояния и оказания первой доврачебной помощи;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья и формирование у него высокой мотивации к участию в программах реабилитации;
- формирование у пациента умений по преодолению негативных для здоровья стереотипов поведения.

Психологическая (психосоциальная) реабилитация при остром ИМпСТ

- ▣ должна начинаться на догоспитальном этапе при первом контакте больного с врачом (медицинским работником).
- ▣ **на стационарном этапе:**

Классическое описание ИМ включало в себя выраженный и длительный ангинозный приступ, сопровождавшийся страхом и вегетативными проявлениями (профузное потоотделение, тошнота, озноб, головокружение), что, по сути, является развитием тревожного расстройства (панической атакой). В этой ситуации чрезвычайно важный психотерапевтический аспект имеет появление врача (бригады скорой медицинской помощи), разговор и расспрос больного. Необходимо успокоить пациента и его родственников. Правильное поведение врача (медицинского персонала) вместе с купированием боли наркотическими анальгетиками часто позволяет уменьшить страх и тревогу.

- ▣ Не менее стрессогенными для больного являются экстренная госпитализация в БРИТ, постельный режим, мониторинговое наблюдение и интенсивная терапия, в том числе первичная ЧКВ в первые часы и сутки заболевания. Требуется разъяснить больному и его родственникам суть заболевания и причины развития. Необходимо сделать акцент на возможность полноценного восстановления при условии хорошей приверженности больного врачебным рекомендациям, соблюдения режима лечения, изменения образа жизни.

■ на амбулаторном этапе:

Основной задачей психологической реабилитации на третьем этапе является закрепление и поддерживание ранее достигнутого эффекта. Необходимо продолжать контакты с больным, поддерживая его мотивацию к выздоровлению. Семейная психотерапия позволяет активнее включать в реабилитационный процесс родных и близких пациента, формировать поддерживающее окружение.

Профилактика ИБС

- Все факторы риска ишемической болезни сердца можно подразделить на **устраняемые** (модифицируемые) и **неустраняемые** (немодифицируемые).
- К неустраняемым факторам риска относят:
 - Возраст (мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет);
 - Пол (мужской);
 - Наследственная предрасположенность.
- Остальные факторы риска могут быть сведены к минимуму. Они включают в себя:
 - Курение;
 - Нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия);
 - Гиподинамию и стресс;
 - Избыточное питание;
 - Сахарный диабет;
 - Артериальную гипертензию.

- Профилактика ИБС бывает первичной и вторичной. Под первичной профилактикой ишемической болезни сердца понимают предупреждение возникновения и развития факторов риска заболеваний у людей без клинических проявлений. Вторичная же профилактика направлена на устранение факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к обострению или рецидиву уже имеющейся ИБС.

Диета

Таблица 13. Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ

Рекомендации по здоровому питанию	Доказательность			
	Класс	уровень		
снижение потребления насыщенных жиров (менее 10% от общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жиры				
максимально возможное ограничение потребления транс-жиров (менее 1% от общего калоража пищи)				
потребление менее 5 г соли в день				
потребление 30-45 г клетчатки (пищевых волокон) в день из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей				
потребление 200 г фруктов в день (2-3 порции)				
потребление 200 г овощей в день (2-3 порции)				
потребление рыбы, по крайней мере, два раза в неделю, в один из которых будет жирная рыба				
ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г/день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г/день – для женщин				
Рекомендуемое питание как основа профилактики ССЗ, действенна при условии, что энергетическая ценность пищи ограничена количеством калорий, необходимых для сохранения (или достижения) здорового веса тела с ИМТ 25 кг/м ² .			I	B

Контроль массы тела

- Ожирение становится серьезной проблемой у больных с ОИМ. Масса тела считается избыточной при ИМТ от 25 до 29,9 кг/м², а ожирение диагностируется при ИМТ ≥ 30 кг/м². Снижение массы тела рекомендовано у больных с ожирением или окружностью талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин. Основные пути нормализации веса – это диета с пониженной калорийностью, физические упражнения и изменение образа жизни.

Контроль АД

- После ОКС целевой уровень систолического АД должен быть <140 мм рт.ст., но не ниже 110 мм рт.ст. Следует помнить и о пороговом значении уровня диастолического АД (70-75 мм рт. ст.), при котором дальнейшее снижение АД может сопровождаться ухудшением течения заболевания. Для медикаментозной коррекции АД предпочтительны β -адреноблокаторы и/или иАПФ.

Гиполипидемическая терапия и контроль сахара крови

- ▣ Снижение ХС ЛНП <70 мг/дл (1,8 ммоль/л).
- ▣ Препаратами выбора для снижения уровня ХС являются статины, которые следует использовать неопределенно долго.
- ▣ В процессе лечения необходим мониторинг ферментов АСТ/АЛТ раз в 3 месяца (если активность АСТ/АЛТ ≥ 3 , статины нужно отменить).
- ▣ Уровень $\text{HbA}_{1c} \leq 7,0\%$.

Борьба с курением и гиподинамией

- ▣ Полное прекращение курения. Избегать пассивного курения.
- ▣ При отсутствии противопоказаний – аэробная физическая активность умеренной интенсивности, по крайней мере, в течение 30 мин не менее 5 дней в неделю. Показано участие в программах по физической реабилитации.

Антиагреганты

- ▣ АСК 75-100 мг 1 раз/сут неопределенно долго в сочетании с клопидогрелом 75 мг 1 раз/сут или тикагрелором 90 мг 2 раза/сут или прасугрелом 10 мг 1 раз/сут вплоть до 1 года после ЧКВ со стентированием (с обязательным минимумом в 1 месяц после установки голометаллического стента и 3-6 месяцев после установки стента, выделяющего лекарства). После тромболитической терапии и у больных, не получивших реперфузионного лечения, вплоть до 1 года с обязательным минимумом 14 дней – 1 месяц (вплоть до выписки из стационара).
- ▣ При невозможности применения АСК из-за аллергии или возникновения выраженных желудочно-кишечных расстройств может рассматриваться неопределенно долгий прием клопидогрела.

Антикоагулянты

- ▣ У больных с показаниями к длительному применению антикоагулянтов следует использовать сочетание АСК с антагонистом витамина К (варфарином) с целевыми значениями МНО 2,5-3 или монотерапию антагонистом витамина К с целевым МНО 2,5-3,5 (при высоком риске кровотечения 2-3).
- ▣ После коронарного стентирования у больных с показаниями к длительному применению антикоагулянтов в течение 1-6 месяцев использовать тройную антитромботическую терапию (сочетание АСК, клопидогрела и антагониста витамина К с целевым МНО 2-2,5).
- ▣ У отдельных больных с низким риском кровотечений, не имеющих показаний к длительному использованию антикоагулянтов, может быть оправданным сочетание АСК, клопидогрела и низкой дозы рикароксабана (2,5 мг 2 раза/сут)

Блокаторы β -адренергических рецепторов

- У больных, не имеющих противопоказаний, могут использоваться неопределенно долго, в особенности при сниженной сократимости ЛЖ.. Предпочтение отдается препаратам селективного действия.
- Карведилол[#]
- Внутрь; начальная доза 3,125-6,25 мг 2 раза/сут, при хорошей переносимости увеличение дозы с интервалом 3-10 суток до 25 мг 2 раза/сут.
- Метопролол
- Внутрь; обычная поддерживающая доза до 200 мг за 2-3 приема (та же доза однократно при использовании пролонгированных лекарственных форм).
- Пропранолол
- Внутрь; обычная поддерживающая доза до 160 мг/сут за 4 приема, при хорошей переносимости может быть увеличена.

Ингибиторы АПФ

- Следует использовать у всех больных, перенесших ИМпСТ и не имеющих противопоказаний к иАПФ.
- Каптоприл Внутрь; целевая доза 50 мг 3 раза в сутки.
- Периндоприл Внутрь; 8 мг 1 раз/сут.
- Рамиприл Внутрь; начальная доза 1,25-2,5 мг; целевая доза 5 мг 2 раза/сут.
- Трандолаприл Внутрь; начальная доза 0,5-1 мг; целевая доза 4 мг 1 раз/сут.
- Эналаприл Внутрь; начальная доза per 2,5 мг; целевая доза 10 мг 2 раза/сут.

Блокаторы рецептора ангиотензина II

- У больных с клиническими проявлениями СН и/или ФВ $\leq 40\%$ вместо ИАПФ может использоваться валсартан, особенно если имеется непереносимость ИАПФ.
- Валсартан Внутрь; первая доза 20 мг с постепенным увеличением до 160 мг 2 раза/сут.

Антагонисты альдостерона

■ Эплеренон[#]

Внутрь при уровне креатинина в крови у мужчин $<2,5$ мг/дл (220 мкмоль/л), $<2,0$ мг/дл (177 мкмоль/л) у женщин и уровень калия в крови <5 ммоль/л; первая доза 25 мг 1 раз/сут, при хорошей переносимости у больных, не принимающих амиодарон, дилтиазем или верапамил, в ближайшие 4 недели увеличение дозы до 50 мг 1 раз/сут.

Спасибо за
внимание!