

Ю.Н. ПАНИНА*врач отделения для ветеранов войн Орловской областной клинической больницы
Тел (4862) 43 21 82***А.П. ЯКОВЛЕВ***доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии и специальных клинических дисциплин Орловского государственного университета
Тел. 8 903 880 99 77*

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В статье рассмотрены вопросы реабилитации больных с ишемической болезнью сердца, программа физической, лекарственной, психологической реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, сердечно-сосудистая система, инфаркт миокарда, лечебная физкультура, диета, курорт.

Реабилитация (от лат. ге – «возвращение», halibis – «способность») – восстановление физиологического процесса.

В современное понятие реабилитации входят бисоциальные закономерности восстановления здоровья и трудоспособности больных и инвалидов в комплексе с социальными и экономическими условиями, их определяющими. Эта проблема решается с помощью подхода, который предусматривает комплексную оценку биологического, личностного и социального аспектов решения основной проблемы.

Основные принципы реабилитации представляют: раннее начало, преемственность, этапность, индивидуальный подход, комплексность проводимых мероприятий.

Для современной медицины в России реабилитация представляет закономерный процесс развития профилактического направления. Она завершает работу многих звеньев восстановления здоровья больного до исходного к моменту заболевания уровня морфологической и функциональной нормы. Создание групп или служб реабилитации в различных областях медицины дает возможность четко организовать весь процесс лечебных и восстановительных мероприятий с максимальным эффектом.

Программа реабилитации обычно включает в себя: физическую реабилитацию, лекарственную реабилитацию, психологическую реабилитацию.

Физическая реабилитация.

Физические упражнения. Программа физической реабилитации должна следовать принципу постепенности, продолжительности, возрастанию и многократности в применении физических нагрузок. Методика лечебной физкультуры действенна, когда можно непосредственно управлять эффектом

влияния нагрузки, иначе говоря, задавая работу, добиваться необходимых ответных реакций организма желаемого характера и глубины.

Широкий диапазон лечебного действия физических упражнений определяется ведущим значением в нашей жизни локомоторного аппарата.

С физическими упражнениями связывают такие важные функции организма, как реактивность, т. е. способность отвечать изменением жизнедеятельности на воздействие окружающей среды, и резистентность – способность поддерживать устойчивое функционирование систем в неблагоприятных ситуациях. С накоплением опыта перечень противопоказаний для назначения лечебной гимнастики уменьшался.

Противопоказания для назначения и занятий лечебной физкультурой, по нашему представлению, должны быть следующие:

- симптомы и признаки шока (бледность, похолодание кожных покровов, нарушение дыхания, низкое кровяное давление и т. д.);
- симптомы и признаки острой недостаточности кровообращения (например, отек легких);
- наличие значительной аритмии;
- продолжительные и учащенные ангинозные боли;
- температура более 38 °С.

Если больному проводится интенсивная терапия, период занятий может быть отнесен на более поздние сроки. Если указанные симптомы возникают уже на фоне проводимой реабилитации, мероприятия должны быть сокращены или прекращены с возобновлением их после улучшения состояния больного.

Показаниями к назначению лечебной физкультуры являются:

- удовлетворительное самочувствие больных;
- уменьшение боли в области сердца;
- тенденция к благоприятной динамике лабораторных данных и показателей ЭКГ и др.

Хорошо известно, что процедуры лечебной гимнастики преследуют строго дозированное, адекватное и направленное лечебное воздействие физических упражнений на организм больного. В методике занятий лечебной гимнастикой с больными инфарктом миокарда особенно важное значение имеют правильный подбор упражнений в комплексах и дозировка их применения. Под дозировкой в этом случае понимается установление оптимального для организма объема физических нагрузок как в отдельных упражнениях, так и во всем их комплексе.

В настоящее время на стационарном этапе физической реабилитации принято выделять три двигательных режима: постельный, полупостельный и общий.

Дозировка физической нагрузки в постельном режиме определяется изменением числа упражнений, введением одновременности движений в дистальных отделах верхних и нижних конечностей с постепенным переходом от движений, выполняемых пассивно, с помощью методиста, к упражнениям активным, самостоятельным.

Так, рекомендуется в первые дни выполнять следующий комплекс упражнений:

- 1) несколько углубленное дыхание;
- 2) сгибание и разгибание в дистальных суставах конечностей с паузами отдыха между отдельными упражнениями.

Далее объем движений увеличивается за счет добавления ротационных движений, амплитуды их исполнения. В этом режиме считается важным освоить самостоятельный подъем таза и подготовить больного к поворотам на бок.

В постельном режиме, переходящем в полупостельный, упражнения выполняются по-прежнему в исходном положении лежа. Однако нагрузка возрастает за счет увеличения амплитуды движений, перехода после адаптации к положению сидя, с выполнением вначале элементарных, а затем и более сложных по координации упражнений.

Освоение позы сидя проводится постепенно, вначале пассивно, с помощью, всего на 1–2 мин. Далее время пребывания в положении сидя увеличивается, разрешается опускать ноги с постели, выполнять элементарные упражнения. Сидеть до 15–25 мин. несколько раз в день, количество процедур лечебной гимнастики вместе с самостоятельными занятиями теперь увеличивается до 4 в день. Как указывалось, ввиду того что постельный режим

влечет за собой слабость мышц, связочного аппарата, в особенности нижних конечностей, особое внимание должно быть уделено применению специальных упражнений.

Основной задачей двигательного режима является подготовка к переводу больных в вертикальное положение с последующим обучением ходьбе. Нагрузка увеличивается путем выполнения упражнений с большой амплитудой движений в исходных положениях лежа и сидя, более широким использованием упражнений для крупных мышечных групп. При адекватных реакциях в конце режима больным разрешается вставание. Вначале весьма полезно переступление – не отрывая стоп от пола. Время пребывания в положении стоя постепенно увеличивается, а затем, вначале с помощью, на месте, у опоры, больной пробует ходить. Уже в конце пребывания на полупостельном режиме и в течение всего остального стационарного периода лечения в процедуры включаются упражнения умеренной интенсивности, повышающие общую выносливость больных. К таким упражнениям относятся имитация ходьбы в постели, сидя и в дальнейшем – дозированные прогулки.

В программе реабилитации больных инфарктом миокарда особое место занимает вариант дозированной ходьбы – подъем по лестнице. В условиях тщательной дозировки и контроля такая форма лечебной физкультуры может с успехом использоваться на данном этапе реабилитации. Постепенность в освоении ходьбы по лестнице достигается не только увеличением числа ступенек, но и способом их преодоления.

Можно с уверенностью говорить, что надежный эффект будет получен лишь при органическом сочетании разнообразных форм лечебной физкультуры – гимнастических и негимнастических. Подобное интегрированное построение активного двигательного режима больных на санаторно-курортном этапе реабилитации соответствует современным принципам и тенденциям развития лечебной физкультуры. Этот режим включает в себя несколько форм лечебной физкультуры. Утренняя гигиеническая гимнастика, оказывая тонизирующее действие, является весьма важной формой, так как позволяет организму больных легче перестроиться от ночного отдыха к активной дневной деятельности. Методика утренней гигиенической гимнастики предусматривает использование небольшого количества упражнений, охватывающих основные мышечные группы. Нецелесообразно включение в комплексы упражнений, сложных в координационном отношении. Большое внимание должно уделяться эмоциональному фактору – это относится к

общему стилю проведения гимнастики, поведению методиста, использованию упражнений, оказывающих положительное влияние на эмоциональную сферу. Велика роль музыкального сопровождения, оказывающего благоприятное воздействие на психоэмоциональную сферу больных и являющегося фактором, облегчающим выполнение упражнений на четкой ритмической основе. В зависимости от самочувствия, состояния и функционального уровня больные занимаются утренней гигиенической гимнастикой по методике с разной физической нагрузкой. Наиболее распространенным является групповой метод проведения утренней гимнастики.

Массаж. В настоящее время в современной литературе появились статьи о влиянии лечебного массажа на сердечно-сосудистую систему. Благодаря массажу кровь поступает от внутренних органов к поверхности кожи и к мышцам, наступает умеренное расширение периферических сосудов, облегчается работа левого предсердия и левого желудочка, повышается насосная способность сердца, улучшаются кровоснабжение и сократительная способность сердечной мышцы. Устраняются застойные явления в малом и большом круге кровообращения, повышаются обмен в клетках и поглощение тканями кислорода. Массаж области головы, шеи, снижает артериальное давление у больных гипертонической болезнью.

Лечебный бег. В частности, в последние годы наиболее широкое применение получил так называемый бег трусцой, проводимый в медленном темпе, с постепенным увеличением дистанции или времени пробега. Такой бег для кардиологического больного может быть даже более адекватен, чем ходьба в среднем темпе. Проведенные наблюдения показывают, что он хорошо переносится людьми разного возраста – от молодого до преклонного. У некоторых больных могут применяться облегченные варианты, например, бег по спуску. Одновременно тренируется дыхание, меняется газообмен и энергетика, происходят изменения в мышечной и костно-суставной системах и т. д. Несомненно, большую роль играет здесь и психическое состояние больных. Эффективность воздействия бега во многом зависит от отношения к нему самого больного. Так, некоторые убеждены, что бег – чуть ли не единственное средство укрепить свое здоровье, и, действительно, объективные данные подтверждают положительное воздействие бега на состояние таких больных.

Комплексное санаторно-курортное лечение. как правило, обуславливает отчетливое улучшение самочувствия подавляющего числа больных, независимо от выбранного метода физической ре-

билитации. Однако улучшение статуса больных, находящихся на рациональном двигательном режиме, намного выше, чем у тех, у кого двигательный режим не регламентировался. Самочувствие больных, несомненно, связано с динамикой функций основных систем организма и, в первую очередь, сердечно-сосудистой. Таким образом, адекватный двигательный режим обуславливает повышение функционального состояния сердечно-сосудистой системы больных. Это выражается в урежении частоты сердечных сокращений в покое, увеличении скорости кровотока, улучшении ЭКГ-показателей обменных процессов в сердечной мышце, повышении аэробной производительности организма, нормализации показателей функциональных проб сердечно-сосудистой системы. Аналогичную динамику претерпевают показатели мышечного тонуса и скрытого периода моторной реакции. Положительный эффект санаторно-курортного лечения можно проследить и по данным отдаленных результатов лечения больных. Оказывается, больные основной группы чувствуют себя лучше, предъявляют меньше жалоб, у них на более высоком уровне находится трудоспособность. Таким образом, методически правильно построенный двигательный режим в сочетании с комплексом санаторно-курортных факторов воздействия на организм является важным этапом реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

Лекарственная реабилитация занимает одну из основных позиций. В настоящее время в литературе широко освещен практический опыт применения аспирина и других антиагрегантов: трентала, курантила, тиклида, плавикса и т. д. Особенно широко используется сам аспирин и близкие к нему препараты.

Аспирин снижает агрегацию тромбоцитов, препятствуя тем самым формированию кровяного тромба в просвете коронарных артерий. Обычно назначают в дозе от 75 до 325 мг 1 раз в сутки всем пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, за исключением тех, у которых ранее наблюдалось желудочно-кишечное кровотечение, имеет место активная язвенная болезнь или аллергия на аспирин.

Также одними из основных препаратов лекарственной реабилитации являются нитроглицерин и нитраты продленного действия, которые особенно эффективны при наличии постинфарктной стенокардии III и IV функционального классов. Однако в данном случае следует говорить только о симптоматическом применении указанных средств. При этом не следует применять только нитраты, а использовать их в комплексном лечении по крайней

мере в раннем постгоспитальном периоде, т. е. в сроки 4–6 месяцев. Снижение суточного потребления нитратов рассматривается как определенный успех реабилитационных мероприятий. При этом постоянный прием антиангинальных препаратов улучшает качество жизни больных, однако не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни, так как эти препараты не затрагивают основных механизмов этиологии и патогенеза заболевания и носят симптоматический характер.

Сосудорасширяющие средства. Если в лечении сердечной недостаточности совместное применение гликозидов наперстянки и диуретиков неэффективно, то назначают сосудорасширяющие средства. Они способствуют увеличению объема венозной крови и уменьшению периферического сопротивления, что приводит к снижению преднагрузки и посленагрузки на сердце. Благодаря этому они эффективны в терапии тяжелой недостаточности кровообращения. Некоторые сосудорасширяющие средства влияют преимущественно на преднагрузку, а другие воздействуют в основном на посленагрузку. Отдельные сосудорасширяющие средства одинаково благоприятно действуют на оба указанных фактора.

Препараты нитроглицерина. Это нитроглицерин и нитраты, т. е. препараты нитроглицерина пролонгированного действия. Сосудорасширяющие средства применяют и в различных комбинациях для благоприятного комплексного действия.

В основе эффекта **препаратов-ингибиторов** ангиотензинпревращающего фермента лежит воздействие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, являющуюся одним из основных регуляторов сосудистого тонуса. Каптоприл, эналаприл обеспечивают суточный контроль артериального давления, они лишены негативного влияния на обменные процессы, не имеют серьезных противопоказаний, хорошо переносятся больными, уменьшают массу миокарда и гипертрофию левого желудочка.

Кроме того, в лекарственной реабилитации определенную роль играют корректоры метаболизма – стимуляторы внутриклеточного синтеза белка, а также антисклеротические средства из группы статинов.

Важную роль в реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является соблюдение диеты. То, что мы едим сейчас, радикально отличается от того, что ели наши предки. В нашем рационе оказывается слишком много насыщенных жиров, соли, сахара и слишком мало грубой клетчатки, содержащейся в овощах и фруктах. Именно этим и объясняется печальная статистика

смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Доказано, что, правильно питаясь, можно снизить уровень холестерина в крови на 10–20 %.

Для больных с различными заболеваниями сердца существуют **различные диеты**.

Основными задачами *диеты для больных, перенесших инфаркт миокарда*, являются стимуляция восстановительных процессов в мышце сердца, улучшение кровообращения и обмена веществ, уменьшение нагрузки на сердечно-сосудистую систему, нормализация двигательной функции кишечника.

Общая характеристика: диета со значительным снижением калорийности за счет белков, углеводов и особенно жиров, уменьшением объема пищи, ограничением натрия хлорида и свободной жидкости.

Исключают трудноперевариваемые, вызывающие брожение в кишечнике и метеоризм, богатые холестерином, животными жирами и сахаром продукты, экстрактивные вещества мяса и рыбы. Включение продуктов, богатых липотропными веществами, витаминами С и Р, калием, а также мягко стимулирующих двигательную функцию кишечника (для борьбы с запорами) продуктов.

В основе *диеты для больных с атеросклерозом* является замедление развития атеросклероза, уменьшение нарушения обмена веществ, улучшение кровообращения, снижение избыточной массы тела, обеспечение питания без перегрузки сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, печени, почек.

Общая характеристика: в диете уменьшено содержание животного жира и легкоусвояемых углеводов. Белки соответствуют физиологической норме. Степень уменьшения жиров и углеводов зависит от массы тела. Ограничены поваренная соль, свободная жидкость, экстрактивные вещества, холестерин. Увеличено содержание витаминов С и группы В, линолевой кислоты, липотропных веществ, пищевых волокон, калия, магния, микроэлементов (растительные масла, овощи и плоды, морепродукты, творог). Блюда готовят без соли, пищу подсаливают за столом. Мясо и рыбу отваривают, овощи и плоды с грубой клетчаткой измельчают и разваривают. Температура пищи обычная.

Диета для больных с тяжелой степенью сердечной недостаточности. Основная цель – улучшить нарушенное кровообращение, функцию сердечно-сосудистой системы, печени, почек, способствовать нормализации обмена веществ за счет выведения из организма накопившихся продуктов обмена.

Общая характеристика: снижение калорийности за счет белков, углеводов и особенно жиров.

Резко ограничено количество натрия хлорида и жидкости. Пищу готовят без соли, хлеб бессолевой. Резко ограничены продукты и вещества, которые возбуждают центральную нервную и сердечно-сосудистую систему, раздражают печень и почки, обременяют желудочно-кишечный тракт, способствуют метеоризму (экстрактивные вещества мяса и рыбы, клетчатка, холестерин, жирные изделия, чай и кофе и др.). Достаточное содержание калия, липотропных веществ, ошелачивающих организм продуктов (молочные, фрукты, овощи). Блюда готовят в отварном и протертом виде, придают им кислый или сладкий вкус, ароматизируют. Жареные блюда запрещены. Исключены горячие и холодные блюда.

Психологическая реабилитация. В последнее время большое внимание уделяется также психологическому статусу больного. Некоторые исследователи описали специфические, поведенческие черты личности, которые, по их мнению, связаны с повышенным риском коронарной болезни. Очевидно, что коронарная болезнь поражает людей всех типов и пока нет четкой зависимости от типа человека. Последующие результаты были получены при изучении роли предшествующего стресса. Недавние работы по изучению эмоционально напряженных жизненных ситуаций показали, что стресс влияет не только на ИБС.

Реакция человека на заболевание сердца и снятие ее будут зависеть от предшествующего психологического статуса и особенно от методов борьбы со стрессом. Здесь положительную роль сыграют убеждения и отношение к заболеванию сердца со стороны окружающих больного людей, опыт родственников и друзей, которые уже перенесли сердечную атаку, окажут влияние на эту реакцию. Больной, который в прошлом хорошо справлялся со стрессовыми ситуациями, который не придавал чрезмерного значения небольшим заболеваниям и возвращался на работу через разумный период времени, который в предыдущих случаях выполнял советы врача, скорее всего будет разумно реагировать в сложившейся ситуации. И, наоборот, больной, который в прошлом реагировал на критические ситуации стрессами, столкнется со значительными трудностями при реабилитации после сердечной атаки.

Выздоровление после инфаркта миокарда – время переоценки образа жизни, а для успешной адаптации может потребоваться изменение жизненных привычек. В это время надо рекомендовать больному постепенно восстанавливать прежнюю социальную активность, показать ему, что он способен вести в обществе нормальный и полезный

образ жизни. Следует подчеркнуть, что некоторые прежние формы социальной активности могут оказаться неподходящими. Важно успокоение больного и применение транквилизирующих средств. Показания к применению этих препаратов и возможные опасности, связанные с приемом некоторых из них, те же, что и в острой фазе. Врач должен убедить больного, что он будет пользоваться этими лекарствами только в течение короткого времени. Врач должен подчеркивать важность сна и спокойствия. Окончательная отмена этих лекарств должна быть постепенной. Желательны регулярные визиты врача для разрешения возникающих проблем. Во время этих посещений больной иногда стремится преуменьшить имеющиеся у него симптомы и скрыть свои тревоги, так как он боится, что их могут принять за трусость или слабость. Поэтому следует выявлять и обсуждать личные проблемы. Надо помнить, что реабилитация в этой стадии связана с известными трудностями.

Если больной посещал специальное реабилитационное отделение, то его персонал чисто будет наблюдать за ним и в период возвращения к работе. Особенно тщательно следует наблюдать за теми больными, которые сменили работу, чтобы удостовериться, что они физически и эмоционально справляются с новой ситуацией. Может оказаться необходимым постоянный процесс подкрепления, и здесь главную роль будет играть поликлинический врач. При каждом посещении он должен подчеркивать важность поддержания максимальной физической работоспособности, соблюдения диеты, ограничения курения, а где необходимо, продолжения приема лекарств. Этот постоянный контакт больного с врачом, ориентированным в проблеме реабилитации, является мощным фактором в подкреплении его новых решений и позволяет ему получать полную информацию для себя и семьи по ежедневным проблемам. Влияние группы и дружеское соперничество на занятиях помогают таким людям укрепиться в их новом, здоровом образе жизни, особенно в отношении привычек питания, курения и физической подготовки.

При успешной и удовлетворительной психической реадaptации больные правильно оценивают свое состояние, разумно относятся к рекомендациям врача и ведут активный образ жизни. Со стороны ближайших родственников по отношению к больному, перенесшему инфаркт миокарда, наблюдается три основных типа реакций. В большинстве случаев поведение ближайших родственников диктуется чувством страха за состояние больного, что приводит к его чрезмерной опеке, особенно в вопросах, касающихся его физической активности.

Как правило, такие родственники сопровождают больного в поликлинику, на прогулки, ограничивают его минимальную физическую активность. К счастью, крайне редко у родственников пациента встречается тот тип реакции на болезнь близкого человека, когда поведение членов семьи определяется полным отрицанием заболевания у пациента или недооценкой тяжести перенесенного заболевания. Взаимоотношения между супругами после перенесенного одним из них острого инфаркта миокарда являются одним из наиболее важных психотерапевтических, а иногда психотравматизирующих факторов.

Сексуальная активность. Восстановление сексуальной активности после инфаркта имеет свою несомненную положительную роль как метод ускорения социальной адаптации к активному образу жизни и восстановления нормального психологического состояния пациента. В настоящее время существуют лишь наиболее общие правила восстановления сексуальной активности у пациентов после инфаркта миокарда, которые складываются из рациональных сроков, определения показаний и противопоказаний, а также влияния антиангинальных препаратов на либидо пациента. Время восстановления сексуальной активности следует отнести на 6—8-ю неделю после перенесенного инфаркта миокарда.

Первые сексуальные контакты должны происходить с привычным партнером, в привычной для данных партнеров обстановке и должны строиться только на основе обоюдного желания.

Абсолютно противопоказаны сексуальные контакты при существующей стенокардии напряжения III функционального класса и при II степени сердечной недостаточности. Необходимость в восстановлении адекватной сексуальной активности должно служить одним из предрасполагающих факторов к проведению оперативного лечения ишемической болезни сердца.

Анималотерапия. Кроме того, большое психологическое значение имеет так называемый «животный» фактор. Один из самых известных примеров физиологического влияния домашних питомцев – понижение кровяного давления у людей в присутствии собаки-компаньона. Наблюдение за аквариумными рыбками оказывает расслабляющее влияние, после тяжелой работы животные действуют как транквилизатор: снимают стресс у пожилых людей, снижают давление у гипертоников. Хорошо известно воздействие животных-компаньонов на реабилитацию человека после перенесенного инфаркта миокарда. У владельцев животных, которые перенесли сердечный приступ, больше шансов

на возвращение здоровья. У владельцев собак увеличилось чувство собственного достоинства, они меньше беспокоились и выполняли большее количество физических упражнений. Концепция различает два типа воздействия животных: воздействие на человека животных-компаньонов и использование животных в терапевтических целях. Животные-компаньоны могут воздействовать на человека пассивно, например, наблюдение за аквариумными рыбками или птичьими вольерами, когда люди не общаются непосредственно с животными, и положительное влияние оказывается просто при наблюдении за животными. При реабилитации людей преклонного возраста присутствие птиц-компаньонов оказывает влияние на уменьшение депрессии. Более активные методы воздействия включают программы проживания или посещения животными. В программах проживания животные находятся вместе с пациентами или обслуживающим персоналом приютов или больниц. Программы посещения животными подразумевают специальный отбор животных и обучение владельцев обращению с ними. Хотя эти программы более ограничены, чем программы проживания, животные-посетители более уместны в условиях, где штат занят постоянной работой с пациентами (в приютах или больницах). В отличие от воздействия на человека животных-компаньонов использование животных в терапевтических целях – направленное целевое вмешательство, в котором животное используется как неотъемлемая часть лечебного процесса. Терапия назначается профессиональными врачами с соответствующим опытом. Как было сказано, домашние животные могут оказывать положительное влияние на владельца, но, в свою очередь, мы имеем обязанности по отношению к нашим домашним животным и к обществу.

Курорты – местности, располагающие природными лечебными средствами (источниками минеральных вод, лечебными грязями, благоприятным климатом), где имеются бальнеотехнические, гидротехнические сооружения, санатории и другие учреждения для лечения и отдыха.

Наша страна славится богатейшими месторождениями минеральных вод и лечебных грязей, разнообразными местностями с благоприятным климатом. По характеру природных лечебных средств курорты делят на три группы: бальнеологические, грязевые и климатические. На бальнеологических курортах основной лечебный фактор – минеральные воды, применяемые в виде ванн, душей, купания в бассейнах, для питья гидрокарбонатные, хлоридные и сульфатные, натриевые, кальциевые, магниевые и другие воды, а также для ингаляций, промываний, клизм,

орошений и полосканий. На грязевых курортах используется иловая грязь соленых озер и лиманов, сапропелевая (иловая грязь пресных озер), торфяная (пресная и минерализованная). Основные виды лечения на грязевых курортах – грязевые аппликации и тампоны. На климатических курортах используются климатические факторы, целебные особенности которых обусловлены географическим положением местности, ее рельефом, растительностью и высотой над уровнем моря. Основные виды лечения на климатических курортах – воздушные и солнечные ванны, а также купания.

Каждый больной должен соблюдать курортный, санаторный и назначаемый врачом индивидуальный режим лечения и отдыха. Это важное условие успешного лечения. При некоторых заболеваниях лечение дает лучшие результаты в привычных климатических условиях. Поездка на дальние курорты, связанная с переменой климата, может осложнить течение ряда болезней, особенно у пожилых людей, а также у детей и подростков. Прежде всего это относится к больным некоторыми формами туберкулеза, больным, перенесшим тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, инсульт и др.), а также хирургические операции. Прежде чем поехать на курорт, нужно обязательно обратиться за советом к леча-

щему врачу. Только он может правильно подобрать курорт и рекомендовать наиболее благоприятное для больного время года (некоторые заболевания с большим успехом лечат зимой, осенью или весной). Недопустим самовольный выбор того или иного курорта, так как в ряде случаев это может привести к обострению заболевания. Такая система курортного лечения в целом вполне обоснованна и у многих больных дает хорошие результаты.

Таким образом, из всего вышперечисленного можно сделать вывод. Реабилитация позволяет в большем проценте случаев избежать инвалидности и вернуться к нормальной трудовой деятельности, снижает риск повторных сердечных приступов и других сердечно-сосудистых событий, снижает вероятность повторных госпитализаций в связи с кардиологическими проблемами, снижает риск смерти от сердечных заболеваний, улучшает физические кондиции пациента, снижает потребность в лекарственных препаратах, снижает артериальное давление, уменьшает содержание в крови атерогенных жиров, снижает страх, тревогу и депрессию, замедляет прогрессирование атеросклероза, обеспечивает снижение массы тела и, наконец, самое главное, обеспечивает повышение качества жизни.

Библиографический список

1. *Медицинская реабилитация: Руководство для врачей.* Под ред. В.А.Епифанова. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 328с., илл. С.23-31.
2. *Лечебная физическая культура: Справочник.* Епифанов В.А., Мошков В.Н., Антуфьева Р.И. и др.; Под ред. В.А.Епифанова. М.: Медицина, 1987. 528с: ил. С.60-78.
3. *После инфаркта.* Велитченко В.К., Велитченко Н.В., Издательство «Советский спорт», 1990.
4. *Реабилитация больных ишемической болезнью сердца.* Д.М. Аронов, Николаева Л.Ф. М.: Медицина 1988, С.61-113.
5. *Крыжановский В.А.* Эффективность физических тренировок на раннем этапе реабилитации больных инфарктом миокарда. *Врачебное дело* №5, 1986 С.48-51.
6. *Сыркин А.Л., Полтавская М.Г., Свет А.В., Чаплыгин А.В.* Интервальные тренировки у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Кардиология* том 48 №7, 2008 С.65-71.
7. *Некоркина О.А., Шкробко А.Н.* Лечебная гимнастика в статико-динамическом режиме у больных с острой коронарной патологией на стационарном этапе лечения. *Кардиология* том 45 №5, 2005 С.48-49.
8. *Альхимович В.М., Русецкая В.Г.* и др. Сопоставление эффективности различных программ физической реабилитации больных инфарктом миокарда и возможности ее повышения путем включения физических тренировок на стационарном этапе восстановительного лечения. *Кардиология* том 27 №1, 1987 С.89-93.
9. *Аронов Д.М., Николаева Л.Ф., Крамер А.А.* Физические тренировки у больных ишемической болезнью сердца: основные достижения и перспективы. *Кардиология* том 25 №2, 1985 С.5-9.
10. *Альхимович В.М., Русецкая В.Г., Рудина М.Д., Голубев В.Г.* Толерантность и гемодинамическое обеспечение физической нагрузки у больных в раннем периоде острого крупноочагового инфаркта миокарда. Там же С.11-14.
11. *Николаева Л.Ф.* Актуальные вопросы реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. *Кардиология* том 20. №6, 1980 С.5-11.
12. *Гофман А.Я., Магнитский А.В., Поляев Б.А., Шостак Н.А.* Восстановительное лечение раннего периода инфаркта миокарда – новый междисциплинарный метод. *Лечебная физкультура и массаж.* №2, 2005 С.34-36.
13. *Некоркина О.А., Шкробко А.Н.* Способ прогнозирования эффективности статико-динамических физических нагрузок в реабилитации больных острым инфарктом миокарда. *Лечебная физкультура и массаж* №5, 2003. С.31-33.
14. *Некоркина О.А.* Лечебная физкультура в статико-динамическом режиме у больных инфарктом миокарда на стационарном лечении. *Лечебная физкультура и массаж* №2, 2002. С.24-25.

15. Кемалов Р.Ф. Эффективность физической реабилитации больных инфарктом миокарда. Паллиативная медицина и реабилитация, №1, 2006.

16. Велитченко В.К., Велитченко Н.В., Велитченко Е.В. Значение дозированных физических тренировок в восстановлении больных, перенесших инфаркт миокарда. Российский кардиологический журнал, №1(57), 2006 . С.63-70.

17. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация №2, 2009 с.17-20.

Y.N. PANINA, A.P. JAKOVLEV

REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE ISCHEMIC HEART TROUBLE

The questions of rehabilitation of patients with the ischemic heart disease, the program of physical, medicinal, psychological rehabilitation are considered in the article.

Key words: rehabilitation, cardiovascular system, myocardium heart attack, physiotherapy exercises, diet, resort.

