

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/275572>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Физическая культура и спорт

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНЫХ И САНАТОРНЫХ ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ 7

1.1. Этиология и патогенез инфаркта миокарда 7

1.2. Лечебно-реабилитационные мероприятия при инфаркте миокарда 14

1.3. Особенности физической реабилитации на стационарных и санаторных этапах восстановительного лечения 18

ГЛАВА 2. МЕТОДИКИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ 22

2.1. Лечебная гимнастика для пациента с инфарктом миокарда на стационарном этапе 22

2.2. Комплекс лечебной гимнастики для пациента с инфарктом миокарда на санаторном этапе восстановления 27

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 31

ВЫВОДЫ 34

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 36

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из основных заболеваний человека, которое значительно ухудшает качество жизни и приводит к смерти. Статистические исследования показывают, что более 50% населения старше 65 лет страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. В России, по данным различных авторов, ежегодно ишемическая болезнь сердца диагностируется у 2,8-5,8 млн человек, при этом смертность составляет до 30%.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) — это заболевание, которое может закончиться выздоровлением пациента без вмешательства врачей, и наоборот, привести к смерти, несмотря на все их усилия. Однако между этими крайностями существует большая группа пациентов, судьба которых зависит от своевременного вмешательства врача и использования современных методов лечения.

Наиболее опасной является ранняя фаза заболевания - первые часы, когда риск сердечной недостаточности высок. Своевременная и адекватная медицинская помощь при ОИМ состоит в том, чтобы проводить процедуру тромболизиса как можно раньше, оптимально в течение первого часа с момента появления симптомов. Госпитализацию больного следует проводить в отделении кардиореанимации, в котором есть возможность проводить ангиопластику и стентирование коронарных артерий. Чем раньше кровоток в сосуде восстановится, тем выше вероятность благоприятного исхода. Между тем, если симптомы заболевания нетяжелые или нетипичны, может пройти несколько часов, пока пациент обратится за помощью.

В последние годы наблюдается значительный рост интереса к физическим методам, как методам оздоровления и борьбы с ИБС. Физическая реабилитация играет значимую роль в оптимизации жизнедеятельности, способствует восстановлению, как физической работоспособности, так и психологической проблемой в профилактике дальнейшего развития заболевания и появления осложнений (инфаркт миокарда, ишемический инсульт).

Реабилитация больных ИБС состоит из трех этапов: стационарный, где основной задачей является обеспечение пациентам того уровня физической подготовленности, при котором больной мог бы обслуживать себя самостоятельно; санаторный: подготовка больных к самостоятельной жизни и производственной деятельности; диспансерно-поликлинический. Примерно с 3- 4 месяца реабилитации включается поддерживающий этап необходимый для профилактики ИБС на протяжении всей жизни пациента.

Физическая реабилитация является обязательным элементом лечения и вторичной профилактики при

инфаркте миокарда. Показано, что длительные физические тренировки у пациентов, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ), способствуют увеличению работоспособности и порога анаэробного обмена, улучшению насосной функции левого желудочка (ЛЖ), сдерживанию ремоделирования ЛЖ и нормализации липидного спектра. Реабилитация обеспечивает снижение риска среди больных с коронарной патологией.

Изменения в диете и стиле жизни в комбинации с медикаментозной терапией замедляют прогрессирование или вызывают регрессию коронарного атеросклероза. Реабилитация больных с патологией сердца включает физический аспект, психологическую поддержку, особенно на ранних этапах реабилитационного процесса, выявление и устранение факторов риска, ведущих к прогрессированию заболевания, поддержание здорового образа жизни и облегчение возвращения к обычной профессиональной деятельности и домашним занятиям. При этом реабилитация больных с патологией сердца должна быть всеобъемлющей и, в то же время, индивидуальной. После острого инфаркта миокарда больной нередко теряет способность к двигательной активности, у него резко снижается общая физическая работоспособность, развиваются комплексы психологической дезадаптации вплоть до невротических и психотических состояний. Зачастую это не позволяет человеку вернуться к трудовой деятельности не только в прежнем объеме, но даже ограничено. В результате снижается социальный статус больного, ухудшается качество его жизни. Кроме того, причинами, влияющими на качество жизни пациента, являются также необходимость лечиться, ограничения в повседневной активности, возможное снижение доходов.

При удовлетворительном течении заболевания отмечается постепенное улучшение психического состояния и качества жизни больного, при неблагоприятном течении, напротив, психическое состояние и качество жизни больных в течение 1 года имеют тенденцию к ухудшению. Реабилитация направлена не только на устранение симптомов, что достигается при медикаментозной терапии, но и на постепенное восстановление физической работоспособности, психологического статуса и, в итоге, профессиональных возможностей больного, а у пожилых людей способности к полному самообслуживанию.

Одним из важных факторов является физический аспект реабилитации. Он направлен на восстановление физической работоспособности больных, что обеспечивается своевременной и адекватной активизацией больного, ранним назначением ему индивидуальной лечебной гимнастики, затем групповой лечебной физкультуры (ЛФК), дозированной ходьбы, а также специальных физических тренировок, проводимых сначала в лечебных учреждениях, а затем под самоконтролем в домашних условиях.

Цель: изучить особенности физической реабилитации инфаркта миокарда на разных этапах восстановительного лечения.

Задачи:

1. Проанализировать литературные данные по этиологии и патогенезу инфаркта миокарда
2. Рассмотреть основные подходы в лечении и реабилитации инфаркта миокарда.
3. Изучить по данным литературы особенности физической реабилитации на стационарных и санаторных этапах восстановительного лечения.
4. Разработать комплексы лечебной гимнастики для пациента инфаркта миокарда находящихся на стационарных и санаторных этапах восстановления.

Объект: Особенности физической реабилитации инфаркта миокарда на разных этапах восстановительного лечения.

Предмет: Комплекс физической реабилитации инфаркта миокарда на разных этапах восстановительного лечения.

ГЛАВА 1

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНЫХ И САНАТОРНЫХ ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

1.1. Этиология и патогенез инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда – это развитие некроза (омертвения) сердечной мышцы из-за остро возникшей недостаточности кровотока, при которой нарушается доставка кислорода к сердцу. Может сопровождаться болью в разных частях тела, потерей сознания, тошнотой, потливостью и другими симптомами.

Инфаркт миокарда является одной из наиболее острых клинических форм ишемической болезни сердца (ИБС).

Мужчины болеют инфарктом миокарда значительно чаще (примерно в 5 раз), чем женщины. Эта закономерность особенно выражена в молодом и среднем возрасте. Инфаркты у женщин случаются в

среднем на 10-15 лет позже по сравнению с мужчинами. Это может быть связано с более поздним развитием атеросклероза под влиянием защитного действия женских половых гормонов (эстрогенов) и меньшим распространением вредных привычек среди женщин. Заболеваемость инфарктом миокарда значительно увеличивается с возрастом. [4]

Факторы риска развития инфаркта миокарда делятся на три группы:

1. Факторы, которые можно скорректировать или устранить: курение, высокий уровень холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, артериальная гипертензия.
2. Факторы, которые хуже поддаются коррекции: сахарный диабет, снижение уровня липопротеинов высокой плотности (иначе их называют «хорошим холестерином»), ожирение, менопауза и постменопауза, употребление алкоголя, стресс, питание с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров, высокое содержание в крови липопротеина (А), высокий уровень гомоцистеина.
3. Факторы, которые нельзя скорректировать или устранить: пожилой возраст, мужской пол, наследственность — раннее развитие инфаркта миокарда у родителей или кровных родственников до 55 лет. [7]

Этиологические факторы инфаркта миокарда можно разделить на две группы:

1. Атеросклеротическое поражение сердечных артерий и развитие в них тромбов при разрыве атеросклеротической бляшки.
2. Неатеросклеротическое поражение коронарных артерий, возникшее из-за воспалительного процесса в стенках артерий различной этиологии. Воспаление возникает в результате:
 - травмы артерии;
 - радиационных повреждений (в том числе при лучевой терапии рака),
 - снижения коронарного кровотока из-за спазма коронарных артерий, расслоения аорты или коронарной артерии, эмболии (закупорки коронарных сосудов);
 - врождённых аномалий коронарных сосудов;
 - несоответствия между потребностями миокарда в кислороде и его доставкой;
 - нарушения свёртывания крови.

Патогенез инфаркта миокарда

В основе развития инфаркта миокарда лежат три компонента:

1. Разрыв атеросклеротической бляшки.
2. Тромбоз (образование тромба и закупорка им коронарной артерии).
3. Вазоконстрикция (резкое сужение коронарной артерии).

Разрыв атеросклеротической бляшки или эрозия её поверхности происходит следующим образом. В бляшке развивается воспалительная реакция, мощным стимулятором которой является окисление проникающих в неё липопротеинов низкой плотности (одной из вредных фракций холестерина). После чего в бляшку поступают макрофаги (клетки, пожирающие другие вредоносные для организма клетки) и начинают продуцировать ферменты, разрушающие фиброзную покрывку бляшки. Прочность покрывки снижается и происходит разрыв.

Факторы, провоцирующие надрыв или разрыв атеросклеротической бляшки:

- накопление в бляшке окисленных липопротеинов низкой плотности;
- значительное давление крови на края бляшки;
- выраженный подъём артериального давления;
- курение;
- интенсивная физическая нагрузка. [2]

В области повреждения бляшки происходит прилипание и склеивание тромбоцитов, что приводит к закупорке коронарной артерии. При разрыве бляшки кровь поступает внутрь, взаимодействуя с ядром бляшки. Тромб сначала образуется внутри бляшки, заполняет её объём, а затем распространяется в просвет коронарной артерии. При внезапном полном закрытии просвета коронарной артерии тромбом развивается сквозной инфаркт миокарда — некротизируется (омертвевает) вся толщина сердечной мышцы. Сквозной инфаркт миокарда протекает тяжелее и более опасен в плане осложнений и смертельного исхода, чем мелкоочаговый несквозной инфаркт миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алейникова, Л. И. Предынфарктное состояние / Л.И. Алейникова, А.Е. Золотарев. - М.: Здоров'я, 2017. - 184 с.
2. Аллилуев, И. Г. Боли в области сердца. Дифференциальный диагноз / И.Г. Аллилуев, В.И. Маколкин, С.А.

Аббакумов. - М.: Медицина, 2018. - 192 с.

3. Аронов, Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда / Д.М. Аронов, О.Л. Барбараш, М.Г. Бубнова, А.А. Долецкий и др. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 95 с.
4. Атеросклероз и инфаркт миокарда. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2016. - 316 с.
5. Бубнова, М.Г. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных вмешательств на постстационарном (диспансернополиклиническом) этапе / М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов, В.Б. Красницкий. - М.: «Санофи-Авентис групп», 2010. - 132 с.
6. Бурдули, Н. М. Острый коронарный синдром / Н.М. Бурдули. - М.: Феникс, 2019. - 96 с.
7. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
8. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учебник для студентов высших учебных заведений / В.И. Дубровский - зав. 3-е изд., испр. и доп. - М.: Владос, 2004. - 624 с.
9. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие / В.А. Епифанов. - М.: ГЭАТАР-Медиа, 2006. - 586 с.
10. Инфаркт миокарда: моногр. / А.В. Виноградов и др. - М.: Медицина, 2016. - 312 с.
11. Инфаркт миокарда: моногр. . - М.: Медицина, 2015. - 320 с.
12. Кардиология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 934 с.
13. Кардиология. Руководство для врачей. В 2 томах. Том 2. - М.: СпецЛит, 2016. - 432 с.
14. Кроуфорд, М. Кардиология: моногр. / М. Кроуфорд, К. Шриватсон. - М.: Питер, 2019. - 256 с.
15. Неотложные состояния в кардиологии. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 392 с.
16. Майоров, В.В. Заболевания сердечно-сосудистой системы и лечебная физическая культура/ В.В. Майоров. - М.: Медицина, 2001. - 247 с.
17. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия: Учебное пособие / Г.Н. Пономаренко. - М.: «Медицина», 2005. - 744 с.
18. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник для студентов высших учебных заведений/С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева и др. // Под ред. С.Н. Попова. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 416 с.
19. Попов, С.Н. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 608 с.
20. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. Рекомендации по диагностике и лечению. Под ред. Ф.И.Белялова. Иркутск, 2015. 24 с.
21. Руда, М. Я. Инфаркт миокарда / М.Я. Руда, А.П. Зыско. - М.: Медицина, 2015. - 288 с.
22. Руда, М. Я. Инфаркт миокарда / М.Я. Руда, А.П. Зыско. - М.: Медицина, 2017. - 248 с.
23. Рылова, А.К. Кардиореабилитация / А.К. Рылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 336 с.
24. Станов, Р.Г. Ишемическая болезнь сердца: Руководство для врачей / Р.Г. Станов, Ю.М. Поздняков, В.С. Волков. - М.: Издательский дом Синергия, 2002. - 308 с.
25. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2016. - 273 с.
26. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2015. - 570 с.
27. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда: моногр. / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2015. - 296 с.
28. Шхвацабая, И.К. Ишемическая болезнь сердца / И.К. Шхвацабая - М.: Медицина, 2005. - 400 с.
29. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.
30. Шестаков, С. В. Грудная жаба и инфаркт миокарда / С.В. Шестаков. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. - 284 с
31. Шилов, А. М. Инфаркт миокарда: моногр. / А.М. Шилов. - М.: Миклош, 2014. - 164 с.
32. Щеклик, Эдвард Инфаркт миокарда: моногр. / Эдвард Щеклик, Анджей Щеклик. - М.: Польское медицинское издательство, 2017. - 276 с.
33. ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / Marco Roffi [et al.] // Eur. Heart J. - 2016. - Vol. 37, № 3. - P. 267-315.
34. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-

segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / B. Ibanez [et al.] // Eur. Heart. J. - 2018. -Vol. 39, № 2. - P. 119 - 177.

57. Awareness of cardiovascular disease, its risk factors, and its association with attendance at outpatient clinics in acute coronary syndrome patients / S. Y. Martsevich [et al.] // Integr Med Res. - 2017. - Vol. 6, № 3. - P. 240-244.

58. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification [Electronic resource] / The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). - URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181>.

60. Clinical characteristics and prognosis of acute coronary syndrome in young women and men: A systematic review and meta-analysis of prospective studies / Q. Ma [et al.] // Int. J. Cardiol. - 2017. - Vol. 228, № 1. - P. 837-843.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/275572>