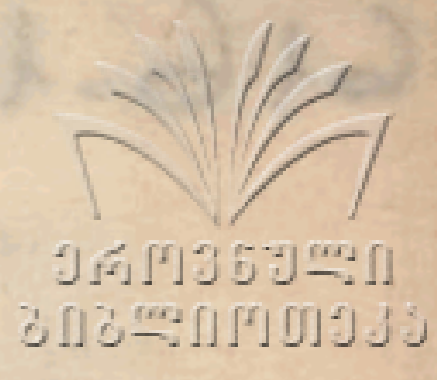


Т 13.011  
3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГРУЗИНСКОЙ ССР



Утверждено

решением Ученого медицинского  
Совета МЗ ГССР от 19 июня  
1978 г.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ  
МИОКАРДА, НА КУРОРТЕ БОЛЬШОГО УДАЛЕНИЯ  
С КОНТРАСТНЫМ КЛИМАТОМ**

**(Этап Москва — Сухуми)**

**(Методические рекомендации)**

616.127-0058-084615.834



Министерство  
Здравоохранения  
СССР

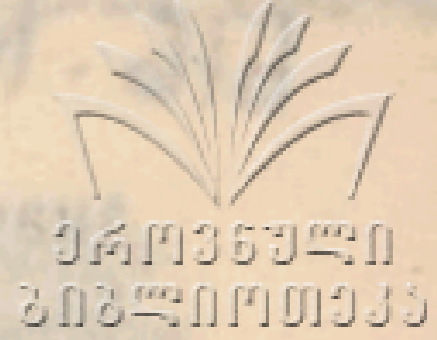
აბხაზური ფილიალი  
ნიი კურორტოლოგია და ფიზიოთერაპია  
მზ სსსრ

Абхазский филиал НИИ курортологии и физиотерапии  
МЗ СССР

Рекомендации составили:

ст. научн. сотр. **З. И. Данелия**  
и мл. научн. сотр. **М. Ю. Устинов**

217569



113031  
95567

Инфаркт миокарда, являясь первопричиной высокой смертности и инвалидности, поражая наиболее зрелый творческий возраст, являясь поэтому важнейшей общегосударственной проблемой, находится в центре внимания всех разделов медицинской науки. В курортологии особое внимание уделено разработке реабилитационных мероприятий при хроническом периоде этого заболевания. Прогрессивная система комплексных реабилитационных мероприятий при инфаркте миокарда, разработанная отечественной кардиологической школой, в заключительных этапах предполагает курсы санаторно-курортного лечения. Если в первые годы изучения проблем реабилитационных мероприятий, проведение последних допускалось только в местных санаториях, то теперь, спустя два десятилетия, стали широко заниматься вопросами реабилитации на курортах средней дальности. В числе пионеров этой проблемы в нашей стране одним из первых может быть назван Абхазский филиал НИИК и ФТ МЗ ГССР, его клиническое отделение (работы 1960 — 1970 годов). Последовательно занимаясь вопросами реабилитационных мероприятий у постинфарктных больных, клиническое отделение филиала в 1972 — 1977 г. проводило исследования по выявлению эффективности лечения у постинфарктных дважды реабилитированных больных в условиях поэтапной реабилитации на курортах большого удаления с контрастными климатами (этап Москва—Сухуми). Не подлежит сомнению, что Москва является величайшим городом современности и, соответственно, несет в себе определенные минусы, которые присущи современной урбанизации. Отсюда в Москве и сравнительно высокий уровень сердечно-сосудистых заболеваний и, в первую очередь, инфаркта миокарда. Вместе с тем Сухуми является первоклассным морским курортом нашей страны с теми особенностями климата, которые присущи морским влажно-субтропическим курортам. Следовательно, поднятая проблема моделирует не только сравнительную эффективность лечения в условиях контрастных климатов (Москва — континентальный климат, Сухуми — влажные субтропики) и на большом удалении друг от друга (около 2 000 км), но и имеет самостоятельное

Гос. Республиканская  
Библиотека ГССР  
г. Н. Маркса

საქართველოს პარლამენტის  
ინფორმაციის განყოფილება

10 e. 20 em.

значение для такого огромного города, каким является Москва. В соисполнительстве с Центральным институтом курортологии и физиотерапии МЗ СССР (отбор больных, последующее наблюдение за ними) в Сухуми на 3-ем этапе реабилитации (первых два этапа реабилитации — ЦНИИК и ФТ, подмосковный кардиологический санаторий) лечению были подвергнуты постинфарктные больные — москвичи с давностью после перенесенного инфаркта миокарда не менее года. Наблюдения, проведенные на этих больных, послужили основанием для написания настоящего методического письма. В соответствии с клиническим состоянием больных и для дифференциации реабилитационных комплексов больные разделены на две группы:

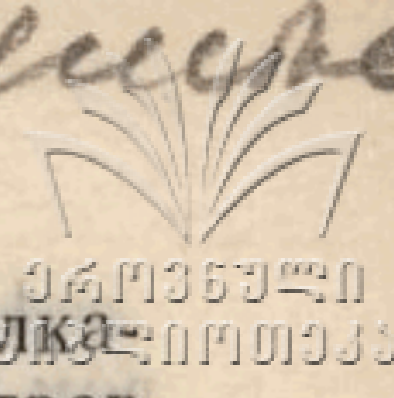
I группа — больные, у которых приступов стенокардии нет, или она возникает в ответ на большие физические и эмоциональные нагрузки, отсутствуют признаки сердечной недостаточности;

II группа — больные, у которых приступы стенокардии напряжения возникают в ответ на быструю ходьбу, холод, отрицательные эмоции, имеется сердечная недостаточность I степени.

В соответствии с условиями формирования вышеуказанных групп предлагается примерный нижеследующий комплекс реабилитационных мероприятий.

## МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ

1. **Период адаптации.** Он начинается с момента прибытия больного на курорт и определяется индивидуально в срок от 3-х до 6-ти дней. Его продолжительность и особенности режима зависят от соответствующего исходного состояния больных. Общим является то, что всем больным в период адаптации следует назначить строго охранительный щадящий режим с резким ограничением двигательной активности. Для больных I группы он составляет не менее 3-х дней, в течение которых больным назначается следующий режим: первый день — полупостельный режим в условиях малой аэрации (палаты с открытыми окнами или фрамугами), второй день — аэротерапия в условиях большой аэрации (открытые веранды, аэрарии, окружающий парк и т. д.) в одежде в течение 6 часов, третий день — аэротерапия в условиях большой аэра-



04135340  
01101333

ции в сочетании с кратковременными медленными прогулками в саду лечебного учреждения в радиусе 100—200 метров продолжительностью по 20 минут (4—5 прогулок в день). Для больных II группы период адаптации составляет не менее 5 дней: первый день — постельный режим, второй день — полупостельный режим в условиях малой аэрации, третий день — аэротерапия в условиях большой аэрации в одежде в течение 6 часов; четвертый, пятый дни — аэротерапия в условиях большой аэрации в течение 5—6 часов с кратковременными медленными прогулками в саду лечебного учреждения в радиусе 50—100 метров продолжительностью по 10—20 минут (4—5 прогулок в день). Обращаем внимание на то, что аэротерапию с большой аэрацией следует проводить дробно в 2—3 приема: в холодное время года — в утренние, полудневные, вечерние часы, в теплый период года — в утренние и вечерние часы. Пребывание на воздухе в полдень в летний период не показано в связи с жарой и высокой солнечной радиацией (особенно в июне, июле, августе, первой половине сентября). Следует заметить, что предложенный режим адаптации, начинаясь с пассивной (недозированной) климатотерапии в своей конечной части переходит к элементам активной (дозированной) климатотерапии, создавая тем самым возможность оптимальных условий акклиматизации организма к новой климатической среде. Вместе с тем он позволяет оценить реакцию организма на непревычный для него климат. Если адаптационная реакция затягивается по времени и, главное, является отрицательной по своему характеру, больному следует покинуть курорт в связи с неблагоприятным действием климата на организм.

II. **Лечебное питание** (по Певзнеру): стол № 10, при сопутствующем диабете — стол № 9, при ожирении — стол № 8. В летне-осенний период года его рекомендовано разнообразить за счет имеющегося в это время богатого ассортимента овощей и фруктов. Учитывая сопутствующие заболевания и, в особенности, наличие диабета, сорт и количество овощей и фруктов как прибавку к основному меню должен строго индивидуально назначить лечащий врач.

III. **Период активной (дозированной) климатотерапии.** Он назначается только после периода адаптации на 4-й день для больных I группы и на 6-й день для больных II группы. Он включает в себя следующее:



**1. Режим подвижности.** Дозированная ходьба в одиночестве в умеренном темпе вдоль берега моря в теплый и холодный периоды года, начиная с 1 000 метров и доводя суммарно до 10 000 метров для больных I группы и от 500 до 5 000 метров для больных II группы. Ежедневно расстояние увеличивается на 1 000 метров для больных I группы, на 500 метров для больных II группы. Вся нагрузка выполняется в два приема, в теплый период года — в ранние утренние и вечерние часы, в холодный период года — между 11—14 и 15—18 часами. При ходьбе дыхание должно быть равномерным, углубленным. Адекватность двигательного режима определяется самоконтролем и контролируется лечащим врачом. Для целей самоконтроля больные должны иметь листы и заносить в них данные пульса через каждые 200 (в первые дни) — 500—1 000 метров. Если в процессе ходьбы пульс учащается на 12—15 ударов и при отдыхе в течение 3—4 минут возвращается к норме, то двигательную нагрузку следует считать адекватной. Появление стенокардии или продолжительной одышки является сигналом для резкого ограничения двигательной активности. При назначении режима подвижности следует учитывать метеоусловия, с особой осторожностью подходя к больным II группы. В неблагоприятные погоды дозированную ходьбу следует ограничивать или отменять. Предложенная схема режима подвижности является примерной. Она может быть варьирована в ту или иную сторону с учетом индивидуальности больного.

**2. Воздушные ванны** назначаются только в теплое время года (июнь — октябрь) на пляже под тентом в зоне теплового комфорта (ЭТ — 17—23°C) в утренние часы с 9 до 11 часов. Для больных I группы процедуры начинают с 20 минут, ежедневно прибавляя по 10 минут, доводят до 90 минут и продолжают эту дозу весь курс лечения. Для II группы больных процедуры начинают с 10 минут, ежедневно прибавляя по 10 минут, доводят до 60 минут и продолжают эту дозу весь курс лечения. Воздушные ванны назначаются только после прохождения периода адаптации. Ванну следует принимать в положении сидя или лежа. Если условия погоды выходят за пределы комфорта, то ванны следует отменить или их можно назначить только больным I группы в условиях усиленного медицинского контроля. При отрицательных реакциях больного (неприятное чувство холода, акроцианоз, резкое учаще-



ние пульса, появление загрудинных болей и пр.) воздушную ванну отменяют.

**3. Солнечные ванны.** В теплый период года (июнь — октябрь) этим больным могут быть назначены солнечные ванны рассеянной радиации следующей интенсивности: для больных I группы от 2,5 кал. или  $\frac{1}{8}$  биодозы до 30 кал. или 1,5 биодоз с ежедневным приростом от третьей процедуры по 5 кал. или  $\frac{1}{4}$  биодозы, для больных II группы от 2,5 кал. или  $\frac{1}{8}$  биодозы до 20 кал. или 1 биодозы с ежедневным приростом от третьей процедуры по 5 кал. или  $\frac{1}{4}$  биодозы. Солнечные ванны назначаются только после прохождения периода адаптации. Солнечные ванны суммарной радиации всем больным, перенесшим инфаркт миокарда, абсолютно противопоказаны.

**4. Лечебная гимнастика** назначается по специальному комплексу, предложенному В. С. Лебедевой. Для больных I группы она проводится по VI режиму — тренирующему, для больных II групп по V режиму — щадяще-тренирующему. Для больных I группы она включается в комплекс лечения в последний день адаптации, т. е. на третий день лечения, для больных II группы — тоже в последний день адаптации, т. е. на 5 день от начала лечения.

**IV. Морелечение.** В купальном сезоне оно проводится только при наличии благоприятных метеоусловий, при волнении моря не более 2-х баллов, температуре морской воды не ниже  $20^{\circ}\text{C}$ , в условиях строжайшего медицинского контроля, на специальном плаже, не дальше 5 метров от берега (морская полоса для купания должна быть отграничена специальными знаками), с возможностью плавания в свободном стиле только вдоль берега (в отграниченной полосе). Сеанс купания проводится в июле, августе с 9 до 11 часов, в июне, сентябре, октябре с 10 до 12 часов. Перед купанием все больные принимают воздушные ванны в зоне теплового комфорта. Купания назначаются только после прохождения периода благоприятной адаптации: для больных I группы с 5-го дня от начала лечения, для больных II группы с 7-го дня от начала лечения. В первые два дня от момента назначения талассотерапии следует только лишь обтирать тело морской водой и только потом приступить к купаниям. Пресный душ после морских купаний (если морская вода не вызывает раздражения кожи) принимать не следует. Отпускать морские купания следует в соответствии с режимом холодных нагрузок (Латышев, Бок-



ша). Больным I группы можно назначать средние холодовые нагрузки), больным II группы следует назначать только малые холодовые нагрузки. Прилагаем соответствующие таблицы (см. приложение). Для больных I группы купание можно начинать при температуре морской воды не ниже  $20^{\circ}\text{C}$ , для больных II группы при температуре морской воды не ниже  $21^{\circ}\text{C}$ . Первые 5 купаний в воде следует делать только ритмические, медленные движения, после 5 купаний можно разрешить плавание. Морские купания должны проводиться в условиях строжайшего медицинского контроля (особенно для больных II группы) для того, чтобы убедиться, что больным они не противопоказаны, и больные хорошо адаптированы к увеличивающейся дозе. При патологической реакции на купание процедуры отменяются. После купания всем больным необходимо немедленно насухо обтереться, переодеться в сухое белье, надеть одежду и отдыхать в положении лежа не менее 30—40 минут. Если лечебное учреждение расположено в отдалении от пляжа, следует организовать доставку больных транспортом. После купания рекомендован дополнительный отдых больным в своих палатах. При выполнении всех вышеуказанных условий купаться можно до самого конца лечения.

**V. Бальнеолечение.** Общие морские ванны назначаются в холодный период года только после прохождения периода благоприятной адаптации. При переходе к комплексному лечению их включают в назначенный комплекс для больных I группы на 4—5 день, для больных II группы на 6—7 день от начала лечения. Первые 3 ванны для всех больных следует назначать до пояса (полуванны), через день, а потом переходить к общим. Для больных I группы рекомендовано 12—15 ванн с постепенно нарастающей экспозицией от 5 до 15 минут с ежедневным прибавлением по 1 минуте при исходной температуре морской воды  $36^{\circ}\text{C}$  с постепенным снижением до  $34^{\circ}\text{C}$ . Для больных II группы рекомендовано 10—12 ванн с постепенно нарастающей экспозицией от 5 до 10 минут с ежедневным прибавлением по 1 минуте при исходной температуре морской воды  $36^{\circ}\text{C}$  с постепенным снижением до  $34^{\circ}\text{C}$ . Ванны должны проводиться в условиях строжайшего медицинского контроля (особенно для больных II группы), для того, чтобы убедиться, что больным они не противопоказаны, и больные хорошо адаптированы к увеличивающейся дозе. При патологической реакции на прием морской ванны процедура





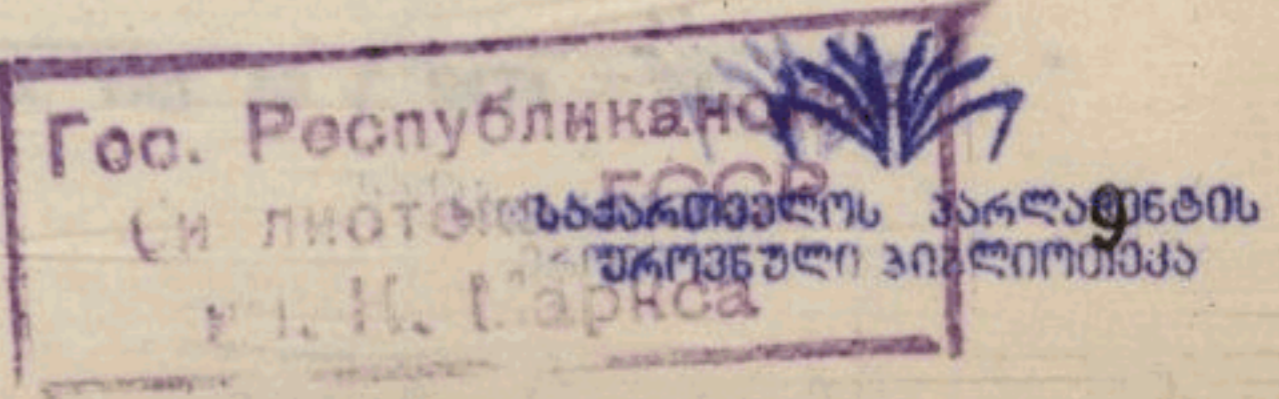
отменяется. После приема морской ванны всем больным необходимо насухо обтереться, одеться и отдыхать в положении лежа не менее 40 минут. Если лечебное учреждение расположено в отдалении от бальнеолечебницы, следует организовать доставку больных транспортом. После прибытия в лечебное учреждение больным следует рекомендовать дополнительный отдых в палатах.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:**

1. Общие противопоказания, исключающие применение курортного лечения.
2. Частые приступы стенокардии, особенно стенокардии покоя.
3. Недостаточность кровообращения II степени.
4. Сердечная астма.
5. Гипертоническая болезнь II-Б.
6. Нарушение мозгового кровообращения.

13.03.36

13.03





**Таблица холодových нагрузок при назначении морских купаний**

(в соответствии с рекомендациями Латышева, Бокша)

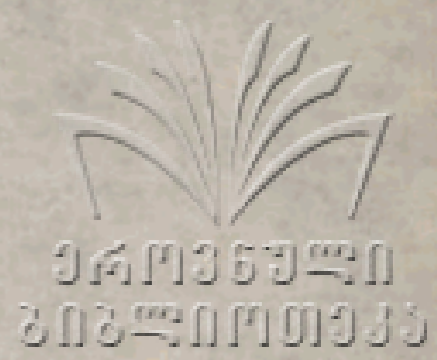
Слабая холодовая нагрузка — 15—25 кал.

Т морск. воды.	Порядковый номер купания и продолжительность купания в минутах						
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	и т. д.
21	1	1,5	2,0	2,0	2,0	2,0	и т. д.
22	1	1,5	3,0	3,0	3,0	3,0	и т. д.
23	1	2,0	4,0	4,0	4,0	4,0	и т. д.
24	1,5	2,0	5,0	5,0	5,0	5,0	и т. д.
25	1,5	3,0	7,0	7,0	7,0	7,0	и т. д.

Средняя холодовая нагрузка — 25—35 кал.

Т морск. воды	Порядковый номер купания и продолжительность купания в минутах						
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	и т. д.
20	1,5	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	и т. д.
21	2,0	3,0	5,0	5,0	5,0	5,0	и т. д.
22	3,0	4,0	6,0	6,0	6,0	6,0	и т. д.
23	4,0	6,0	9,0	9,0	9,0	9,0	и т. д.
24	5,0	8,0	12,0	12,0	12,0	12,0	и т. д.
25	7,0	11,0	16,0	16,0	16,0	16,0	и т. д.

Отрывной лист учета использования методов профилактики, диагностики и лечения



1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование методического документа)

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(кем и когда утвержден)

3. \_\_\_\_\_  
(кем и когда получен)

4. Количество лечебно-профилактических учреждений, которые внедрили методы профилактики, диагностики и лечения, предложенные данным документом \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Формы внедрения (семинары, подготовка и переподготовка специалистов, сообщения и пр.) и результаты применения методов (количество наблюдений за 1 год и эффективность) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Замечания и пожелания (текст) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_  
(должность, ф., и., о. лица, заполнившего карту)

28. 4/16



Օրվանոց մեթոդով արհեստագործական և բնական հիմքերով սնուցվող բույսերի և կենդանիների սնուցման համակարգի մասին

1. Սնուցման համակարգի նկարագրում և մանրամասնում (ներառյալ սնուցման օրվանոցի մասին)

1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5
2	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5

4. Համաձայնեցված արհեստագործական և բնական հիմքերով սնուցվող բույսերի և կենդանիների սնուցման համակարգի մասին

Սնուցման համակարգի նկարագրում և մանրամասնում (ներառյալ սնուցման օրվանոցի մասին)

1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5
2	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5
3	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5

Ստորագրում

(Համակարգի մասին, սնուցման օրվանոցի մասին)