

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц



4 2015 г.

Регистрационный № 117-1015

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ
ОЖИРЕНИЯ, ПЕРЕНЁСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА**
(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения «9-я городская клиническая больница» г. Минска

АВТОРЫ:

д.м.н., профессор Митьковская Н.П., Петрова Е.Б., к.м.н., доцент Павлович Т.П., к.м.н., доцент Статкевич Т.В., к.м.н., доцент Патеюк И.В., к.м.н. Авдей Л.Л., к.м.н. Прибыльская В.В., Шкробнева Э.И., Скороход М.М.

Минск, 2015

Данная инструкция по применению «Метод определения реабилитационного потенциала пациентов с абдоминальным типом ожирения, перенёсших Q-инфаркт миокарда» (далее – инструкция) **предназначена** для врачей-терапевтов, врачей-кардиологов, врачей-реабилитологов и врачей других специальностей, осуществляющих лечение пациентов кардиологического профиля. **Может быть использована** в комплексе медицинских услуг, направленных на реабилитацию пациентов с абдоминальным типом ожирения, перенёсших Q-инфаркт миокарда.

Показания к применению:

1. ИБС: острый крупноочаговый инфаркт миокарда и ожирение по абдоминальному типу;
2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз и ожирение по абдоминальному типу.

Противопоказания для применения

Абсолютные противопоказания:

1. ИБС: острый инфаркт миокарда (первые 5 дней);
2. ИБС: нестабильная стенокардия;
3. миокардит, перикардит, эндокардит;
4. нарушение мозгового кровообращения (острая, подострая стадия);
5. критический аортальный стеноз;
6. аневризма сердца, аорты;
7. диссекция аорты;
8. внутрисердечный тромбоз, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии;
9. неконтролируемая артериальная гипертензия;

10. желудочковая экстрасистолия (Lawn III-IV);
11. атриовентрикулярная блокада II-III степени;
12. хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса.

Перечень необходимых медицинских изделий:

1. фонендоскоп и тонометр;
2. калькулятор;
3. велоэргометр;
4. денситометр с установленной программой композиционного анализа тела.

Технология применения метода определения реабилитационного потенциала пациентов с абдоминальным типом ожирения, перенёсших Q-инфаркт миокарда

Этап 1

Проведение велоэргометрической пробы

Велоэргометрическую пробу осуществляют с использованием велоэргометра и системы нагрузочного электрокардиографа-монитора. Первую нагрузочную пробу пациенту выполняют в максимально ранние, но безопасные сроки – на 10-12 день инфаркта миокарда. В течение 9 минут теста по субмаксимальному протоколу при последовательном ступенчатом нарастании уровня мощности нагрузки на 25 Вт каждые 3 минуты до конечной ступени в 75 Вт. За предельно допустимую во время выполнения раннего теста частоту сердечных сокращений (ЧСС) принимают величину, составляющую 70% от максимальной ЧСС обследуемого пациента, но не выше 120 ударов в минуту. С целью оценки годовой реадaptации пациента с постинфарктным кардиосклерозом к физической нагрузке проводят динамическое тестирование по

субмаксимальному протоколу (75% от максимальной ЧСС), принятому при проведении нагрузочного теста у больных с постинфарктным кардиосклерозом и хронической сердечной недостаточностью.

Этап 2

Расчет массы истинно мышечной ткани

Расчет массы истинно мышечной ткани осуществляется методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с использованием программы «Body Composition» на денситометре. Датчик, улавливающий излучение после прохождения через тело, располагают над столом. Выполняют качественный и количественный анализ тела по параметрам массы костной (ВМС), жировой ткани (fat mass) и тощей массы (lean body mass). Особенности коллимации луча излучения (карандашный луч, веерный, комбинированный), мощности излучения и сканирования позволяют сократить лучевую нагрузку на пациента.

Продолжительность сканирования – 10 минут.

Этап 3

Расчет величины максимального потребления кислорода

Имея данные нагрузочного теста и верифицированную методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии массу мышечной ткани, по модифицированной формуле В.Л. Карпмана проводят расчёт величины максимального потребления кислорода мышечной тканью:

$$\text{МПК}_M = \frac{(1,7 \times W \times 6) + 1240}{P_M},$$

где МПК_M – величина максимального потребления кислорода, рассчитанная за минуту времени на кг массы мышечной ткани, W – мощность последней ступени субмаксимального велоэргометрического теста в ваттах, P_M – вес истинно мышечной ткани в кг, полученный методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Этап 4

Интерпретация результатов, полученных в результате использования метода определения реабилитационного потенциала пациентов с абдоминальным типом ожирения, перенёсших Q-инфаркт миокарда

Зависимость физической работоспособности от максимального потребления кислорода в мл/мин/кг у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом на фоне абдоминального ожирения представлена в таблице 1.

Таблица 1. Соответствие физической работоспособности пациентов, перенёсших Q-инфаркт миокарда на фоне абдоминального ожирения, величине максимального потребления кислорода

Возраст, лет	Максимальное потребление кислорода в мл/ мин/ кг		
Мужчины			
20-29	Низкая работоспособность	Средняя работоспособность	Высокая работоспособность
30-39	38,0 -43,0	44,0 -51,0	52,0 -57,0
40-49	34,0 -39,0	40,0 -47,0	40,0 -47,0
50-59	30,0 -35,0	36,0 -43,0	44,0 -48,0
60-69	25,0 -31,0	32,0 -39,0	40,0 -44,0
Женщины			
20-29	28,0 -34,0	35,0 -43,0	44,0 -49,0
30-39	27,0 -33,0	34,0 -41,0	42,0 -48,0
40-49	25,0-31,0	32,0 -40,0	41,0-46,0
50-65	21,0 -28,0	29,0 -36,0	37,0 -42,0