

METODE DE CULTURĂ FIZICĂ MEDICALĂ ÎN REABILITAREA BOLNAVULUI CU INFARCT MIocardic

E. Horváth, Z. Beczássy, Z. Brassai

Reabilitarea medicală a bolnavilor cu infarct miocardic este o problemă mult discutată și foarte actuală a practicii medicale. Schimbările survenite în ultimii ani în morbiditatea infarctului miocardic, creșterea numerică a cazurilor de boală coronariană, precum și cuprinderea vîrstelor mai tinere în această afecțiune, fac ca problema să devină din ce în ce mai importantă. În S.U.A., de exemplu, după datele lui *Master*, numărul trombozelor coronariene se ridică anual la un milion de cazuri. Cu cîteva decenii în urmă, infarctul vîrstelor tinere a fost considerat ca o raritate, astăzi *Yater*, *Berlinskaia*, *Gertler*, *White* și alții publică sute de cazuri la tineri.

Conduita de bază în reabilitarea bolnavilor cu infarct miocardic este, ca aceasta să fie începută deja în timpul spitalizării. Ca și în alte leziuni organice, și în această boală primul pas îl constituie asigurarea repausului organului afectat (*Friedberg*, *Hochrein*, *Krautwald*). Concepțiile diferiților autori, referitoare la durata și severitatea repausului nu sînt însă concludente. În această problemă, există în prezent 3 concepții:

I. Vechea concepție „conservativă“, care prescrie un repaus sever la pat, timp de 6 săptămîni, și are ca scop pe lîngă scutirea inimii de eforturi, asigurarea timpului necesar pentru cicatrizarea miocardului. Durata lungă și absolută a repausului, prezintă însă multe dezavantaje și anume:

a) Favorizează apariția constipației, a meteorismului, a atrofiei de inactivitate a mușchilor scheletici, precum și decalcifierea sistemului osos, crește pericolul pneumoniei hipostatice, precum și cel al flebotrombozei ivite pe baza stazei venoase — cu embolii pulmonare consecutive.

b) Pare irațională uniformizarea tratamentului la toți bolnavii cu infarct miocardic, neluînd în considerare gravitatea infarctului, starea generală a bolnavului și coexistența eventualelor complicații.

Tocmai pentru aceste considerente, concepția „conservativă“, nu prea este acceptată astăzi.

II. Unii clinicieni (mai ales americani) sînt adepții „mobilizării foarte precoce“. Astfel, *Wilson* și *Ward* din a 5-a zi așează bolnavul în fotoliu, în a 8-a zi în po-

ziție ortostatică, iar de la a 23-a zi recomandă mobilizarea completă sub formă de plimbări.

De o concepție similară sînt *Levine* și *Lown*, care la fel așează în fotoliu bolnavii, începînd deja cu a 3-a zi. Ei accentuează faptul, că în această poziție este mai bine suportată insuficiența cardiacă și că totodată, ea ar avea și un efect favorabil asupra psihicului bolnavilor. Trebuie să menționăm totuși că în literatură sînt descrise cazuri, la care tocmai mobilizarea precoce a cauzat decesul.

III. Majoritatea clinicienilor europeni și americani — recomandă *scurtarea repausului de la 6 săptămîni, la 3—4 săptămîni*. În favoarea acestei concepții pledează și datele statistice referitoare la complicațiile infarctului: majoritatea complicațiilor apar, în cursul primei săptămîni, mai puține în a 2-a săptămîni și relativ puține survin în a 3-a săptămîni sau după această perioadă (*Friedberg*). Astăzi cunoaștem suficiente date experimentale, care dovedesc că sînt necesare 2—3 săptămîni pentru substituirea parțială a irigației coronariene, respectiv pentru formarea colateralelor.

Clinica noastră și în general școala română de cardiologie este adeptă a celei de a III-a concepții în reabilitarea bolnavilor cu infarct miocardic. Pe lângă scurtarea repausului și aplicarea principiului progresivității, noi accentuăm importanța individualizării stricte.

Reabilitarea bolnavilor, după clasificarea lui *Hochrein*, se petrece în patru faze:

1. *„Perioada repausului la pat“*, care este „absolută“ numai în primele zile (adică în timpul șocului cardiogen).

2. *Perioada așa-zisă a „repausului activ“* în care pe lângă mișcările pasive ale brațelor, umerilor și ale membrelor inferioare, atît mișcările active ale acestora, cît și gimnastica respiratorie asigură încă în pat restabilirea treptată a activității musculare. În a doua parte a acestei perioade în care bolnavul stă mai mult în pat, sînt admise și mișcări mai ușoare în jurul patului. Durata medie, a perioadei, este în jurul a 3—4 săptămîni și mobilizarea este progresivă, luînd în considerare pe lângă ameliorarea simptomelor clinice, comportarea VSH-ului și a electrocardiogramului.

3. *Perioada a treia* este cea „*extraspitalicească*“, pînă la reîntoarcerea bolnavului la viața obișnuită, eventual la locul de muncă. Trebuie să menționăm că *White*, *Master*, *Eckstein* și alții consideră în această perioadă chiar avantajoasă efectuarea unei activități fizice ușoare. Durata perioadei este variabilă, în medie 4—5 luni.

4. *Această perioadă* se desfășoară deja „în uzină“ (la locul de muncă) într-o ramură de activitate relativ ușoară, eventual cu orar redus. După statistica lui *Sharland*, în Anglia, dintre bolnavii cu infarct miocardic care s-au reîntors la locul de muncă, un procent de 55% și-a reluat activitatea pînă la 3 luni, iar un altul de 27% (deci în total 82%) pînă la 6 luni. Reincadrarea bolnavilor în activitatea anterioară nu este posibilă întotdeauna. Persoanele care efectuează muncă fizică grea, constituie o problemă aparte. După *Schweizer*, pentru bolnavii care au suferit infarct miocardic, randamentul fizic maxim permis, este de 2—4 calorii/min. Într-o statistică foarte interesantă, *Clark* arată că eficiența reabilitării este cu atît mai mare cu cît pregătirea profesională a bolnavilor este mai înaltă; totuși trebuie să se evite activitățile intelectuale emoționante și opuzante din punct de vedere psihic. Datele lui *White* arată că activitățile fizice și intelectuale ușoare sînt bine tolerate de bolnavii și au chiar un efect favorizant în ceea ce privește supraviețuirea.

Principiile de bază și metodele gimnasticii medicale stabilite în ultimii 8 ani în clinica noastră pentru readaptarea (reabilitarea) bolnavilor cu infarct miocardic, sînt următoarele:

1. Începerea terapiei funcționale cu segmentele cele mai distale ale membrilor superioare și inferioare și trecerea treptat la segmentele mai apropiate și mai voluminoase.

2. Între exercițiile fundamentale se intercalează numeroase altele intermediare, cu scopul adaptării progresive la noile condiții hemodinamice.

3. Dinamismul și densitatea culturii fizice medicale, respectiv trecerea de la exerciții mai simple la cele complexe, se efectuează în mod treptat fără suprasolicitări.

4. Individualizarea tratamentului prin cultură fizică medicală (CFM) este cheia readaptării corecte. De aici rezultă că durata tratamentului poate să fie foarte variabilă (în general 3—5 luni).

5. Controlul frecvenței pulsului pînă la revenirea lui la valorile inițiale, precum și ritmicitatea lui, se efectuează în cadrul fiecărei ședințe de gimnastică medicală.

Metoda noastră de readaptare (în loc de „reabilitare“ este mai corectă folosirea termenului de „readaptare“) se desfășoară în patru perioade conform schemei Hochrein:

Perioada I-a. Începem mișcările pasive ale membrilor în ultimele zile ale repausului pasiv. Poziția: decubit dorsal. Ordinea segmentelor: mișcări progresive ale mâinilor, brațelor, centura umărului, respectiv ale labei piciorului, ale gambelor și ale coapselor.

Perioada II-a. Materialul acestei perioade îl defalcăm în 3 faze:

Faza 1-a: Mișcări active în poziție de decubit dorsal, gimnastică respiratorie și masaj ușor. Mișcările pasive ale perioadei I-a sînt continuate în această fază și începem și exercițiile active ale articulațiilor degetelor mîinii și ale piciorului, respectiv ale articulațiilor tibio-tarsiene, radio-carpene, ale genunchiului și cotului. Mișcările le executăm la început cu o grupă musculară izolată, iar mai tîrziu sincron cu participarea mai multor grupe musculare, completîndu-le cu un masaj ușor al peretului abdominal, respectiv cu exerciții respiratorii moderate.

Faza 2-a. Poziția șezînda cu intercalarea pozițiilor intermediare: mișcarea de rostogolire pe o latură, rostogolire pe un cot, rostogolire în poziție semișezîndă prin poziție de sprijin în cot, rostogolire în poziție șezîndă în pat cu înclinarea în jos a uneia, iar pe urmă a ambelor gambe. Poziție șezîndă în scaun, cu efectuarea exercițiilor simple și complexe, inclusiv deservirea.

Faza 3-a. Poziția ortostatică și mersul. La început numai trecerea laterală șezîndă pe marginea patului, mai tîrziu ortostatismul cu sprijin. Pe urmă ordinea exercițiilor este cea următoare: ridicarea alternativă a călcîielor, mersul pe loc și mersul obișnuit în salon.

Perioada a III-a. Readaptarea bolnavilor prin cultură fizică medicală nu se termină cu externarea. În primele 6 luni în programul bolnavilor figurează următoarele puncte: 1. Continuarea exercițiilor efectuate încă în spital (înainte de micul dejun). 2. Plimbări scurte după mesele principale. 3. Cura de teren pe o distanță mai lungă înainte de masă și mai scurtă după masă. 4. Odihnă mai lungă înainte și după masă. Vara cura de aer la umbră. 5. Ergoterapie: exerciții de imitație cu și fără ajutorul obiectelor (de ex. imitarea activității unui tîmplar sau grădinar etc.). Participarea la munci casnice. 6. Munca intelectuală ușoară și de scurtă durată.

Perioada IV-a. De la începutul reluării activității profesionale cu orar redus, propunem următoarele procedee și metode cu caracter permanent: 1. Dimineața gimnastică medicală 8—10 minute. După masă odihnă lungă, precedată de o plimbare scurtă și ușoară. 3. Înainte de cină exerciții respiratorii. 4. După cină plimbare. În măsura posibilităților bolnavul își va petrece majoritatea timpului în aer liber.

Concluzii

Prin metodele noastre de CFM urmărim să obținem readaptarea bolnavului prin efort redus la minim. Realizăm acest scop prin respectarea ordinii progresive a exercițiilor, prin intercalarea pozițiilor intermediare, precum și prin efectuarea mai lentă și relaxantă a mișcărilor.

Menționăm că prin introducerea metodelor de rostogolire, ușurăm evident luarea poziției șezînde autonome a bolnavului. Principiul major după care ne ghidăm este individualizarea. După concepția noastră, materialul și metoda de CFM este determinată de starea actuală, concretă a bolnavului și nu de un program rigid prestabilit. În consecință, putem efectua chiar și schimbări zilnice în program. Din arsenalul metodelor noastre alegem întotdeauna — în mod selectiv — exercițiile cele mai corespunzătoare particularităților bolnavilor. Volumul și multilateralitatea exercițiilor influențează favorabil starea psihică a bolnavului.

Diversitatea și accesibilitatea exercițiilor au ca rezultat adaptarea progresivă a aparatului cardio-vascular, convingînd bolnavul de creșterea capacității sale fizice de la zi la zi și de ameliorarea stării lui generale.

Sosit la redacție: 8 ianuarie 1969.

Bibliografie

1. BARRY A. J., DALY J. V., PIUETT E. D., STEINETZ J. R.: Amer. J. Cardiol. (1966), 11/1, 1; 2. CHEVROLE J.: Gaz. Med. Fr. (1965), 72/18, 2999; 3. CLARK R. I.: Work and the Heart. P. B. Hoeber, 1959. 311 cit. Gurevics; 4. DELIUS L., HATTINGBERG I., GEGINAT G., MERSEN H.: Dtsch. Med. Wschr. (1964), 89/10, 474; 5. FRIEDBERG CH. K.: Diseases of the Heart. W. B. Saunders Comp. Philadelphia—London 1956. 492; 6. GERTLER M. M., WHITE P. D.: Coronary Heart Diseases in Young Adults. Cambridge 1954 cit. Széplaky; 7. GUREVICS N. A.: Therap. Arch. Moscva (1960), 32, 48; 8. HOCHREIN M.: Tagl. Praxis (1961), 7, 354 cit. Kendi; 9. HONEGGER R.: Tagl. Praxis (1967), 56/22, 752; 10. IONESCU A. N.: Gimnastica medicală. Edit. Didactică și Pedag. București, 1964; 11. KENDI I.: Orv. Hetil. (1963), 9, 385; 12. MASTER A. M.: Amer. J. Cardiol. (1961), 7, 340; 13. MOWE G.: T. Nordke Laegeforen (1966), 86/6, 527; 14. NATHUSIUS W.: Der Landarzt (1961), 37, 1028, cit. Kendi; 15. O.M.S. Rapp. tehn. 1964 No 270: La réadaptation des maladies cardiovasculaires Genève, 1964; 16. POPA N.: Adaptarea și readaptarea bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare în timpul muncii. Rezumatul tezei de doctorat. București, 1967; 17. REICHNITZER P. A., JUHÁSZ M., PAIVIO A., PICKARD H. A.: Brit. Med. J. (1967), 1/5542, 734; 18. RÉTSÁGI GY., KELLER L., BALÁZSI I.: Orv. Hetil. (1964), 16, 721; 19. RÉTSÁGI GY., KELLER L., BALÁZSI I.: Orv. Hetil. (1964), 17, 771; 20. SHARLAND D. E.: Brit. Med. J. (1964), 5411, 718; 21. SCHWEIZER W.: Schw. Med. Wschr. (1962), 92/138; 22. TEODORESCU B.: Cardiologia, Ed. Med. București, 1960; vol. I., 867; 23. ULMEANU FL. C.: Medicina culturii fizice. Ed. Med. București, 1965; 24. VAS I.: Orvosképzés (1964), 10, 18; 25. WHITE P. D., RUSK H. A., LEE P. R., WILLIAMS B.: Rehabilitation of the Cardiovascular Patient. Mc.Graw-Hill. 1958; 26. YATTER W. M.: Amer. Heart. J. (1948), 36, 334, 481, cit. Széplaky.