

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРОГО СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПО МАТЕРИАЛАМ НИЖЕГОРОДСКОГО САНАТОРИЯ «ЗЕЛЕНый ГОРОД»

УДК: 616-005

¹Боровков Н.Н., ²Матвеева Н.В., ²Куртина Т.Д., ²Емельянова Л.А., ¹Боровкова Н.Ю., ³Буйлова Т.В.

¹Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

²Кардиологический санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород, курортный поселок Зеленый город, Россия

³Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского, Нижний Новгород, Россия

EXPERIENCE OF CARRYING OUT THE SECOND STATIONARY STAGE OF CARDIOREHABILITATION ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE NIZHNY NOVGOROD SANATORIUM «GREEN CITY»

²Borovkov N.N., ²Matveyeva N.V., ²Kurtina T.D., ²Emel'yanova L.A., ¹Borovkova N.Y., ³Buylova T.V.

¹Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

²Cardiological sanatorium "Green City", Nizhny Novgorod, the resort village of Green City, Russia

³Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Nizhny Novgorod, Russia

Введение

В настоящее время программа кардиореабилитации на втором стационарном этапе в условиях санатория включает общее клиническое обследование больного мультидисциплинарной бригадой, комплексный анализ лабораторных и инструментальных данных, проведение и оценку результатов нагрузочных тестов. Дальнейшее ведение пациентов, согласно индивидуальной программе реабилитации, осуществляется путем подбора наиболее эффективных методов лечения (диета, физические тренировки, продолжение адекватной медикаментозной терапии) с учетом результатов ежедневного контроля [1, 2].

Однако проведение второго стационарного этапа кардиореабилитации в отдельных регионах может отличаться возможностями конкретного санатория, его диагностическим и лечебным оснащением, укомплектованностью персонала и т.д. В настоящей работе представлен опыт работы по реабилитации больных, перенесших

инфаркт миокарда, операции на сердце и магистральных артериях в Нижегородском кардиологическом санатории «Зеленый город», включая результаты ряда собственных научных исследований по актуальным вопросам кардиореабилитации.

Цель исследования: обобщить опыт работы ООО «Кардиологический санаторий «Зеленый город» Нижнего Новгорода по кардиореабилитации больных, прошедших второй стационарный этап реабилитации, дать анализ этому контингенту пациентов, оценить эффективность проведенных мероприятий, а также представить результаты ряда собственных исследований по актуальным разделам кардиореабилитации.

Материалы и методы исследования. За основу настоящей работы взяты результаты клинического наблюдения над 1693 больными, перенесшими инфаркт миокарда (ИМ), операции на сердце и магистральных сосудах и прошедшими в 2018 г. второй стационарный этап



Рис. 1. Кардиологический санаторий «Зелёный город».

кардиореабилитации. Проведен анализ их медицинских карт, данных лабораторного и инструментального обследования, индивидуальных карт лечебной физкультуры, дневников самоконтроля. Представлено краткое содержание ряда собственных исследований, выполненных на базе санатория.

Результаты и их обсуждение

Кардиологический санаторий «Зелёный город» расположен в 17 км от города Нижний Новгород в центре курортного поселка Зеленый город (рис. 1).

Его история начинается с 1937 года, когда дом отдыха Нижегородского Губкома был реорганизован в санаторий общего профиля Нижегородского Горздрава. С 1958 года санаторий «Зелёный город» перепрофилирован в кардиологический санаторий и передан в собственность Нижегородского облсвпрофа. С 1978 года – открыто отделение реабилитации для больных, перенесших острый инфаркт миокарда, а в 2001 году – отделение реабилитации для больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. В штате санатория 18 врачей и 25 человек среднего медперсонала.

По результатам обследования Российского научно-го Центра восстановительной медицины и курортологии дано медико-климатическое заключение по территории поселка Зелёный город Нижегородской области. Из него следует, что ландшафтно-климатический потенциал курорта Зелёного города позволяет отнести его к климатическому и дает возможность использовать круглогодичную климатотерапию, как самостоятельный фактор лечения. Территория поселка Зелёный город является экологически чистым объектом. Максимальные концентрации загрязняющих веществ в воздушном бассейне не превышают норм предельно допустимых концентраций для населённых мест. В лесном массиве Зелёного города наблюдается повышенная ионизированность воздуха, которая оказывает лечебное действие при многих заболеваниях, включая патологию органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, нервных расстройств.

В структуре санатория имеется лечебно-оздоровительный комплекс, в составе которого спортзал, бассейн, водолечебница.

Клинико-биохимическая лаборатория выполняет основные исследования соответственно второй группе медицинских организаций, оказывающих преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по медицинской реабилитации. Кабинетом функциональной диагностики выполняется регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), проведение суточного мониторинга ЭКГ и артериального давления (АД), проведение велоэргометрической пробы. В санатории осуществляются ультразвуковые исследования: брюшной полости, щитовидной железы и эхокардиография. Кабинет телебиометрии позволяет дистанционно контролировать параметры ЭКГ во время дозированной ходьбы больных по размеченной дорожке территории санатория. Активно функционируют кабинеты психотерапии и физиотерапии, два кабинета лечебной физкультуры. Палата интенсивной терапии санатория оснащена кардиоскопом, дефибриллятором, аппаратом ИВЛ, электроотсосом, концентратором кислорода.

Больные в отделении кардиореабилитации поступают из городских клинических больниц и сосудистых центров: Нижегородских клинических городских № 5 и № 13, областной клинической больницы им. Н.А. Семашко, специализированной кардиохирургической больницы и районов области (Городец, Павлово, Сергач, Арзамас, Дзержинск, Пильна, Саров), в соответствии с приказом № 34 Министерства здравоохранения Нижегородской области, 2018 г.

За 2018 год в санатории проведено лечение и реабилитация 1693 больным, из них 1215 мужчин (72%) и 478 женщин (28%). Среди них большинство, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ): Q-инфаркт миокарда – 741 чел. (42,7%), не Q-инфаркт миокарда – 348 чел. (20,5%), повторные инфаркты миокарда – 55 человек. Больные после кардиохирургических вмешательств составили 230 чел. (13,5%), из них после аорто-коронарного шунтирования и маммаро-коронарного шунтирования (АКШ, МКШ) – 160 чел., 5%), перенесших протезирование аортального клапана (АК) – 22 чел., митрального клапана (МК) – 8 чел. (2%), имплантацию АК – 4 чел. (0,2%), аннулопластику МК – 9 чел., аорто-коронарное стентирование (АКС) – 13

чел., радиочастотную аблацию (РЧА) – 8 чел. Перенесшие стентирование коронарных артерий (КА) в связи с острым коронарным синдромом (ОКС) (инфаркт миокарда, стенокардия) – 995 чел. (62%). В итоге выписано с улучшением 1689 человек, что составило 98,4%. Госпитализировано 4 человека. Летальных исходов не было.

В методической основе кардиореабилитации больных, перенесших ИМ, кардиологического санатория «Зеленый город» лежит мультидисциплинарный подход на основе современных клинических рекомендаций [1], закрепленный приказом главного врача о работе мультидисциплинарной команды из кардиолога, врача медицинской реабилитации, врача лечебной физкультуры, методиста лечебной физкультуры, невролога, психотерапевта, физиотерапевта. Каждый пациент, поступающий на реабилитацию в реабилитационное отделение санатория, в течение первых 48 часов осматривается мультидисциплинарной бригадой (МДБ), которая составляет программу реабилитационных мероприятий, определяет реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, формулирует цели и задачи реабилитации. При завершении курса реабилитации больные вновь осматриваются членами МДБ, оценивается эффективность реабилитационных программ, проводится анализ достижения цели и решения задач реабилитации. Принимается решение о дальнейшей маршрутизации пациентов.

Исходная степень тяжести клинического состояния больных оценивалась согласно реабилитационной классификации Д.М. Аронова [2]. При этом дополнительно учитывались данные теста 6 минутной ходьбы, заранее приводимые в документе направления из стационара [1].

Оценка риска смерти больных, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), проводилась согласно шкале GRACE [3].

Больным с тревожными, депрессивными или другими психологическими отклонениями при поступлении или в ходе реабилитации проводилась консультация психотерапевта.

Срок второго этапа стационарной кардиореабилитации составлял 12 – 16 дней.

Диетпитание осуществлялось согласно диетам № 10 и 9 с энергетической ценностью 2000 – 2500 кКал.

Медикаментозное лечение пациентов проводилось с учетом клинических рекомендаций и преемственности из стационара, включая прием статинов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, блокаторов рецепторов к ангиотензину II, антагонистов кальция, антиагрегантов, по показаниям – антикоагулянтов, диуретиков [1].

Физические тренировки (ФТ) включали дозированную ходьбу, утреннюю гимнастику, лечебную гимнастику, тренировки с преодолением лестницы, реже занятия на велотренажерах. Они осуществлялись в соответствии с разделением больных на клиничко-функциональные классы и учетом индивидуальной дозировки нагрузки под контролем показателей гемодинамики, ЭКГ и АД – мониторингования, телебиометрии.

Коррекция психоземotionalного статуса проводилась после тестирования путем групповых и индивидуальных занятий с психотерапевтом.

Обязательной составляющей комплексной реабилитации больных, перенесших ИМ, явилось проведение школы для больных и их родственников. Такое обучение пациентов позволяет им понять имеющееся заболевание, необходимость, значение и смысл физических тренировок, значимость продолжения правильного приема

медикаментов. Школа для больных в санатории «Зеленый город» методически, как правило, велась на интерактивной основе.

Для решения вопроса об итогах медицинской реабилитации, оказанной больным, использовали информацию их листов маршрутизации, позволяющую предоставить итоговый объем помощи и проанализировать эффективность реабилитационных мероприятий в динамике. Шкала реабилитационной маршрутизации, давала возможность в баллах оценить изменения клинических проявлений заболевания, результатов выполнения больным функциональных нагрузок (по показаниям велоэргометрии) в динамике, включая достигнутую пациентом скорость ходьбы, преодоленное им расстояние при проведении шестиминутного теста, тесно коррелирующего с функциональным классом хронической сердечной недостаточности [1]. Заключение о успешности выполненной реабилитации также основывалось на ее суммарной оценке в баллах.

Проводя повседневную практическую работу, коллектив санатория, базируясь на современных клинических рекомендациях, наряду с обобщением итогов работы неоднократно принимал участие в разработке узловых вопросов кардиореабилитации. Итогом явились разнообразные исследования, результаты которых докладывались на конференциях, публиковались в печати. В качестве примера приводим отдельные из них.

Была оценена медико-социальная эффективность этапа реабилитации и качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, лечившихся в санатории Зеленый город [4]. Исследование проведено на основании материалов наблюдения 158 мужчин и 28 женщин в возрасте от 42 до 65 лет, находившихся в отделении кардиореабилитации санатория по поводу крупноочагового или трансмурального ИМ. Программа их реабилитации осуществлялась в соответствии из разделения на клиничко-функциональные группы. Контролем послужили материалы 112 пациентов, проходивших этап реабилитации в поликлиниках Нижнего Новгорода. Наблюдения за больными в течение года показали, что к труду после санаторной реабилитации вернулись на 18,9% процента больше, чем в контрольной группе. Симптомы ИБС в течение года (стенокардия, аритмии, развитие ХСН) выявлены у 40% лиц основной группы и 47% контрольной. Необходимость в повторной госпитализации лиц основной группы в течение года возникала в 1,5 раза реже. Также в 2 раза меньше у лиц, прошедших санаторную реабилитацию, имела место сердечно-сосудистая смертность. Качество жизни больных основной группы было также выше.

Изложенное свидетельствует о значимой медико-социальной и экономической эффективности санаторной реабилитации лиц с ИМ.

Нами были уточнены особенности инфаркта миокарда у лиц молодого возраста, проходивших кардиореабилитацию в санатории «Зеленый город» [5]. Проведен анализ 100 медицинских карт, данных клиничко-биохимических и функциональных методов исследования больных в возрасте от 27 до 40 лет, перенесших ИМ и поступивших в отделение кардиореабилитации санатория.

Установлено, что количество таких лиц за пятилетие увеличилось на 23%. Все пациенты были лица мужского пола, среди которых профессионально лидировали водители автотранспорта (58%) и лица рабочих профессий (21%). Для всех было характерно позднее обращение за медицинской помощью (после двух суток 23%), также об-

ращение к другим специалистам и поздняя госпитализация (всего 31%). Из факторов риска прослеживались отягощенная наследственность у 46%, АГ у 76%, курили 96%, избыточную массу тела имели 82%, дислипидемия 87%, СД – 6%. По клинике преобладали передне-перегородочные Q-ИМ (52%), осложнения острого периода имели 28% пациентов, ранняя постинфарктная стенокардия сохранялась у 11%.

Полностью программа реабилитации выполнена у 92% больных при эффективности 96,8%. Характерно, что более 30% пациентов отличались низкой мотивацией к лечению, негативным отношением к необходимости соблюдения двигательного режима, рекомендации прекращения курения.

Важным разделом работы считали изучение факторов риска неблагоприятного исхода у больных, перенесших ИМ и направленных в отделение кардиореабилитации [6]. Нами проанализированы наличие и динамика факторов риска за пятилетний период на материале 105 больных ИБС. Результаты свидетельствовали, что частота АГ увеличилась на 27%, ее распространенность у больных составила 89%. Количество курящих пациентов уменьшилось на 43% с частотой наличия у 24%. Имеющих сахарный диабет – увеличилось на 4%. Частота дислипидемий не изменилась, оставаясь на уровне 70%. Количество больных, имеющих высокий индекс массы тела и ожирение, возросло на 14%. Ссылка больных на гиподинамию увеличилась с 57 до 68%. Следует полагать, что указанная реальная статистика должна послужить базисом в планировании программ «Школ здоровья» различных уровней.

На собственном материале уточнено влияние курения на гемодинамику в процессе физических тренировок у больных перенесших инфаркт миокарда [7]. У 30 больных ИМ в возрасте 45–65 лет со стажем курения не менее 20 лет проведены мониторинг АД, ЭКГ, телебиометрия. Все они получали стандартную терапию.

Согласно условиям проведения исследования, перед выполнением дозированной ходьбы больные 40 мин. не курили. На следующий день аналогичная тренировка проводилась после выкуривания одной сигареты. В итоге после выкуривания сигареты у 28 больных отмечено сравнительное повышение ЧСС, рост АД на 8–12 мм рт. ст., удлинение восстановительного периода. У 4-х больных появились желудочковые экстрасистолы (ЭС). У 2-х пациентов возникла депрессия сегмента ST на ЭКГ продолжительностью более 5 мин при отсутствии боли.

Таким образом негативное влияние курения на больных с ИМ и процесс реабилитации не вызывает сомнения. После получения результатов тестирования 8 человек отказались от дальнейшего курения.

Были проанализированы особенности физических нагрузок у больных хронической ишемической болезнью сердца с фибрилляцией предсердий (ФП) на санаторном этапе кардиореабилитации. Материал составил 103 медицинских карты стационарных больных, индивидуальных карт ЛФК, дневников самоконтроля, параметров функциональной диагностики. Следует подчеркнуть увеличение количества больных ИБС с ФП на санаторном этапе реабилитации за три года с 12 до 23%.

Физическая реабилитация включала утреннюю гимнастику, дозированную ходьбу, лечебную гимнастику, тренировки по лестнице.

Данную группу отличала меньшая подготовленность к физическим нагрузкам, более старший возраст, трудность самоконтроля при проведении физической нагрузки, более длительное вхождение в тренировку. По сравнению с больными без ФП чаще отмечалась одышка, восстановительный период был более длительным. Переход на следующий уровень физической нагрузки был более медленным.

Изложенный многолетний опыт работы кардиологического санатория «Зеленый город» не только убедительно подтверждает целесообразность проведения второго стационарного этапа кардиореабилитации в условиях санатория, но и в то же время, по нашим данным, свидетельствует о её значимой социальной и экономической эффективности.

В перспективе повседневной работы санатория остается весьма актуальным вопрос о дополнительном приобретении следящей аппаратуры непрерывного контроля объема и адекватности физических нагрузок в процессе реабилитации больных. Возможно ими могут стать электронные браслеты, используемые в спорте. Предполагается продолжение работы по индивидуализации процесса реабилитации с учетом количественных сдвигов клинических и физиологических показателей больных, зафиксированных на основе положительно зарекомендовавшей себя «Шкалы реабилитационной маршрутизации».

Опыт использования в повседневной практике реабилитационных решений мультидисциплинарных бригад позволяет рекомендовать продолжение их эффективной работы в условиях санатория с возможным усовершенствованием параметров опорных критериев этих решений.

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии принципиального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Российские клинические рекомендации. М., 2014
2. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Красницкий В.Б. Новые подходы к реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST // Кардиология, 2015; 55: 12. С. 24 – 29.
3. TIMI, GRACE and alternative risk scores in Acute Coronary Syndromes: a meta-analysis of 40 derivation studies on 216,552 patients and of 42 validation studies on 31,625 patients / F. D'Ascenzo, G. Biondi-Zoccai, C. Moretti et al. // Contemp. Clin. Trials. – 2012. – Vol. 33. – P. 507–514.
4. Емельянова Л.А., Куртина Т.Д., Боровков Н.Н., Лушенкова В.Н., Старков А.Ю. Медико-социальная эффективность санаторного этапа реабилитации и качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Материалы первого Российского научного форума «Технологии восстановительной медицины XXI века». М., 2001. С. 69.
5. Куртина Т.Д., Волкова Т.А., Говоркова Е.П. Анализ особенностей инфаркта миокарда у лиц молодого возраста // Материалы VIII юбилейной российской научной конференции с международным участием. «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии». М., 2009. С. 113–114
6. Смирнова Н.В. С, Боровков Н.Н., Куртина Т.Д. Анализ динамики факторов риска у больных ишемической болезнью сердца на II этапе кардиореабилитации // XIII Российская научная конференция с международным участием "Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии". Нижний Новгород, 2019. С.44–45

7. Терменев Г.Ф., Куртина Т.Д. Влияние курения на гемодинамику в процессе физических тренировок у больных перенесших инфаркт миокарда // Материалы VI Российской научная конференция «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии». М., 200. С.136.
8. Мошорина М.А., Боровков Н.Н., Куртина Т.Д. Особенности физических нагрузок у больных ишемической болезнью сердца с фибрилляцией предсердий на II стационарном этапе кардиореабилитации // Материалы XIII Российской научной конференции с международным участием "Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии". М., 2019. С. 35

REFERENCES:

1. Reabilitacija i vtorichnaya profilaktika u bol'nyh, perenessih ostryj infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST. Rossijskie klinicheskie rekomendacii. M., 2014
2. Aronov D.M., Bubnova M.G., Krasnickij V.B. Novye podhody k reabilitacii i vtorichnoj profilaktike u bol'nyh, perenessih ostryj infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST // Kardiologiya, 2015; 55: 12. S. 24 – 29.
3. TIMI, GRACE and alternative risk scores in Acute Coronary Syndromes: a meta-analysis of 40 derivation studies on 216,552 patients and of 42 validation studies on 31,625 patients / F. D'Ascenzo, G. Biondi-Zoccai, C. Moretti et al. // Contemp. Clin. Trials. – 2012. – Vol. 33. – R. 507–514.
4. Emel'yanova L.A., Kurtina T.D., Borovkov N.N., Lushenkova V.N., Starkov A.YU. Mediko-social'naya effektivnost' sanatornogo etapa reabilitacii i kachestvo zhizni bol'nyh, perenessih infarkt miokarda // Materialy pervogo Rossijskogo nauchnogo foruma «Tekhnologii vosstanovitel'noj mediciny XXI veka». M., 2001. S. 69.
5. Kurtina T.D., Volkova T.A., Govorkova E.P. Analiz osobennostej infarkta miokarda u lic molodogo vozrasta // Materialy VIII yubilejnoy rossijskoj nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. «Reabilitacija i vtorichnaya profilaktika v kardiologii». M., 2009. S. 113–114
6. Smirnova N.V. S, Borovkov N.N., Kurtina T.D. Analiz dinamiki faktorov riska u bol'nyh ishemicheskoj bolezni serdca na II etape kardioreabilitacii // XIII Rossijskaya nauchnaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem "Reabilitacija i vtorichnaya profilaktika v kardiologii". Nizhnij Novgorod, 2019. S.44–45
7. Termenev G.F., Kurtina T.D. Vliyanie kureniya na gemodinamiku v processe fizicheskikh trenirovok u bol'nyh perenessih infarkt miokarda // Materialy VI Rossijskoj nauchnaya konferenciya «Reabilitacija i vtorichnaya profilaktika v kardiologii». M., 200. S.136.
8. Moshorina M.A., Borovkov N.N., Kurtina T.D. Osobennosti fizicheskikh nagruzok u bol'nyh ishemicheskoj bolezni serdca s fibrillyaciej predserdij na II stacionarnom etape kardioreabilitacii // Materialy XIII Rossijskoj nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem "Reabilitacija i vtorichnaya profilaktika v kardiologii". M., 2019. S. 35

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе представлен опыт Нижегородского кардиологического санатория «Зеленый город» по проведению второго стационарного этапа кардиореабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, операции на сердце и магистральных сосудах. Дан анализ его эффективности. Приведены результаты ряда собственных научных исследований по актуальным вопросам кардиореабилитации.

Ключевые слова: Кардиореабилитация, инфаркт миокарда, санаторий, физическая нагрузка, методы контроля, факторы риска.

ABSTRACT

In persisting work is presented experience of Nizhny Novgorod cardiological sanatorium «Green City» on undertaking the second stationary stage cardiorehabilitation sick, portable myocardial infarction, operations on heart and main container. It Is Given analysis to his (its) efficiency. The Broughted results of the row of the own scientific studies on actual questions cardiorehabilitation.

Keywords: cardiorehabilitation, myocardial infarction, sanatorium, physical load, methods of the checking, factors of the risk.

Контакты:

Буйлова Татьяна Валентиновна. E-mail: tvbuilova@list.ru