



Рахматова Дилбар Бахриддиновна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ УСУЛЛАРИ

Рахматова Дилбар Бахриддиновна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

METHODS OF REHABILITATION OF ISCHEMIC HEART DISEASE

Rakhmatova Dilbar Bahriddinovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: rahmatovadilbar19@gmail.com

Резюме. Долзарблиги. Юрак ишемик касаллиги ва унинг ўткир кўринишлари, масалан, бирламчи ва такрорий миокард инфаркти (МИ) қон айланиш тизими касалликларидан ўлимнинг асосий сабаблари ҳисобланади. Мақсад: Беморларда миокард инфарктининг иккиламчи профилактикасини такомиллаштириш усулини ишлаб чиқиш. Материал ва услублар. Тадқиқот Бухоро шаҳрида ўтказилди. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиали Шошилинч кардиология бўлимида 378 та касаллик тарихи ретроспектив тарзда ўрганилди. Хулоса. Миокард инфаркти билан оғриган беморларни касалхонага ётқизиш частотаси диспансер назоратининг сифатсизлиги сабабли поликлиникаларга таширфлар сонининг кўпайиши билан камаймайди. Инфарктдан кейинги даврда беморларни реабилитация бўлимида даволаш стационар даволаниш кунларини қисқартиради ва юрак ишемик касалликлари билан шошилинч тиббий тез ёрдамга мурожаат қиладиган беморлар сонининг камайишига олиб келади.

Калим сўзлар: шошилинч тиббий ёрдам, профилактика чоралари, соғлиқни сақлаш, мукаммаллаштириш.

Abstract. Relevance Ischemic heart disease and its acute manifestations, such as primary and recurrent myocardial infarction (MI), are the main causes of death from diseases of the circulatory system. Research objective: Development of a method for improving the secondary prevention of myocardial infarction in patients. Material and methods. The study was conducted in the city of Bukhara. In the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in the Department of Emergency Cardiology, 378 case histories were retrospectively studied. Conclusions. The frequency of hospitalizations of patients with myocardial infarction does not decrease with an increase in the number of visits to polyclinics due to the poor quality of dispensary control. In the post-infarction period, the treatment of patients in rehabilitation departments reduces the number of days of inpatient treatment and leads to a reduction in the number of patients with coronary heart disease who seek emergency medical care.

Key words: emergency care, preventive measures, health care, improvement.

Введение. Профилактика патологий сердечно-сосудистой системы, в частности ишемической болезни сердца (ИБС), в последние десятилетия остается одной из современных задач прикладного здравоохранения и медицинской науки [1,2]. Заметный рост смертности связан с высокой распространенностью и низкой эффективностью систем первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии [3]. В нашей стране заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда остаются высокими. Следует отметить, что смертность от ИМ также выше среди пожилых и старческого возраста населения. На его долю

приходится 2/3 всех смертей от сердечно-сосудистых патологий [6,7]. Несмотря на активное внедрение современных методов традиционного лечения, современных методов реваскуляризации миокарда, смертность от ИМ во всех возрастных группах остается очень высокой, а также проводится модернизация немедикаментозной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [4]. Одним из наиболее опасных осложнений острого инфаркта миокарда является хроническая сердечная недостаточность и рецидивирующий инфаркт миокарда, который является основной причиной ранней смерти [2,5]. По сути, сегодня

диагноз ИМ основан на клинической оценке состояния пациента с учетом анамнеза, данных ЭКГ и конкретных лабораторных параметров. Ранняя диагностика инфаркта миокарда не является полностью решенной проблемой. Рецидивирующий инфаркт миокарда сопровождается множеством осложнений, более выраженным ремоделированием миокарда сердца и высокой смертностью. Следует иметь в виду, что из-за преждевременного применения современных методов лечения количество выживших после первичного ИМ пациентов увеличивается, а количество пациентов с рецидивирующим ИМ значительно увеличивается [1]. Система здравоохранения нашего региона страдает от отсутствия взаимодействия больниц и поликлиник в своевременном приеме больных с инфарктом миокарда в диспансер и неукоснительном обеспечении их лечения.

Цель исследования. Разработка способа усовершенствования вторичной профилактики инфаркта миокарда у больных.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Бухаре. В Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в отделении неотложной кардиологии ретроспективно изучено 378 истории болезней. Для целей исследования были использованы два метода линейных статистических методов и многовариантного статистического анализа: метод кластерного анализа (Ким Дж.О., Мюллер Ч.У., Клекка У.Р., 2010) и метод древовидной классификации (Канюков В.Н., Екимов А.К., 2009). Исследование было проанализировано с помощью программы STATISTICA10 (Боровиков В., 2007). При сравнительном анализе данных обращаемости после перенесенного инфаркта миокарда с учетом возраста и пола 378 пациентов был проведен анализ их обращаемости в данные учреждения здравоохранения: количество обращений за неотложной медицинской скорой помощью (НСМП), в поликлиники и в стационар.

Комплекс задач, направленных на предотвращение осложнений и летального исхода от болезней сердца путем реализации мероприятий, направленных на корректировку принципов лечения и устранение факторов риска у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в анамнезе - относится к сердечно-сосудистым заболеваниям. Для категории лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы профилактические мероприятия следует проводить как можно скорее. При данной патологии вторичная профилактика заболеваний проводится в два этапа:

1. В рамках амбулаторного наблюдения за больными ССЗ кардиологами и участковыми врачами в организациях первичной медико-санитарной помощи;

2. Второй путь – специализированный, включающий высокотехнологичное, медицинское обслуживание, лечебную реабилитацию и санаторно-курортное лечение.

Во избежание осложнений и рецидивов заболеваний сердечно-сосудистой системы проводится:

- своевременная консультация врача-специалиста
- обследование согласно инструкции по специализированному лечению
- специализированное высокотехнологичное лечение при наличии инструкции по его осуществлению
- профилактическое консультирование и коррекция факторов риска во время специализированного вмешательства с участием врача, выполняющего это вмешательство, для коррекции факторов риска, выявленных в больнице и поддержания здорового образа жизни
- медицинская реабилитация.

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены на четыре группы согласно кластерному анализу, сформированы по принципу минимальной разницы симптомов и имели относительно схожие исходные данные (таблица 1). Основными критериями являлись возраст и пол пациентов с ИБС и было включено количество пациентов, обратившихся к кардиологу или участковому терапевту в поликлиниках. В первую группу отнесено 139 пациентов, во вторую - 152, в третью - 56, в четвертую - 31 человек (всего 378 пациентов) с учетом количества дней госпитализации на комплексное лечение в стационаре и реабилитационном отделении.

У 139 пациентов первой группы было мало обращений к кардиологу или амбулаторному терапевту, а госпитализация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период после инфаркта миокарда была одной из самых низких. Это связано с тем, что средний возраст в первой группе составлял $65,40 \pm 0,93$ года (табл. 1).

В отличие от пациентов других групп, из 152 пациентов второй группы средний возраст составлял $74,31 \pm 0,67$ года, включая женщин. То есть во вторую группу вошли пациенты самого старшего возраста. Большинство и самая низкая доля госпитализированных пациентов во второй группе обращались за неотложной помощью и были направлены в реабилитационное отделение. Пациенты третьей группы были пожилыми людьми, их средний возраст составлял $78,52 \pm 0,54$ года, при этом почти все пациенты были мужчинами. Пациенты третьей группы имели средний показатель амбулаторного лечения и госпитализации.

Таблица 1. Статистика пациентов, отнесенных к одной из четырех групп ($M \pm m$)

Критерии	Группа 1 ($M \pm m$)	Группа 2 ($M \pm m$)	Группа 3 ($M \pm m$)	Группа 4 ($M \pm m$)
Число обращений в поликлиниках к кардиологу или терапевту в расчёте на одного больного	1,34±0,17	1,69±0,11	2,30±0,19	1,52±0,27
Число вызовов НСМП в расчёте на одного больного	0,53±0,11	1,27±0,24	0,41±0,18	0,39±0,19
Число госпитализаций в стационар в расчёте на одного больного	0,21±0,04	0,30±0,05	0,38±0,09	0,19±0,11
Число госпитализаций в реабилитационное отделение в расчёте на одного больного	0,34±0,04	0,10±0,02	0,43±0,07	1,03±0,03
Возраст больных	65,40±0,93	74,31±0,67	78,52±0,54	86,01±1,48
Пол	1,00±0,00	2,00±0,00	1,02±0,02	1,71±0,08

Таблица 2. Ряд информативных критериев, используемых для создания дерева классификации

Критерии	Ряд информативности критериев
Возраст	100
Пол	75
Число госпитализаций в реабилитационное отделение	63
Обращения больных к кардиологу или терапевту в поликлиниках	57
количество вызовов в НСМП	11
Число госпитализаций в стационар	7

Они заняли третье место по количеству посещений НСМП и второе место в реабилитационном отделении. Четвертая группа состояла из одной трети мужчин и двух третей женщин, которые были старческого возраста - и их средний возраст составлял $86,01 \pm 1,48$ года. Пациенты четвертой группы заняли третье место по количеству амбулаторных обращений и госпитализаций в отделение реабилитации. Но у них было наименьшее количество вызовов скорой помощи и госпитализаций. Количество курсов стационарного лечения в каждой группе было высоким. В постинфарктном периоде из 378 пациентов было госпитализировано 102 - это 27%, или треть всех пациентов. Во всех четырех группах пациентов количество посещений кардиолога и участкового терапевта было низким, а в третьей группе пациентов - максимум $2,30 \pm 0,19$. Из 378 пациентов 118 или - 31%, никогда не обращались к врачу или кардиологу с ишемической болезнью сердца и не наблюдались у участковых терапевтов. Это может быть связано с отсутствием связи между больницей и поликлиникой при переводе пациентов с ИМ и отсутствием данных о пациентах с инфарктом миокарда в поликлиниках своего района. Во всех четырех группах пациентов количество гос-

питализаций и обращений в НСМП было очень высоким (табл. 1). Вероятно, из-за небольшого количества посещений кардиолога и врача количество госпитализаций не уменьшилось с увеличением количества посещений кардиолога и терапевта. Напротив, наиболее частые визиты к кардиологу и терапевту приходится на третью группу госпитализированных пациентов (таблица 1). Некоторые случаи связаны с реабилитацией. Среднее наибольшее количество госпитализаций в реабилитационном отделении соответствовало наименьшему количеству госпитализаций для четвертой группы и наименьшей частоте обращений в НСМП (табл. 1).

Кластерный анализ позволил определить направление обратной зависимости количества госпитализаций в реабилитационное отделение. Также количество людей, госпитализированных по поводу ишемической болезни сердца в постинфарктном периоде и вызовов в НСМП. В целом количество госпитализаций в реабилитационное отделение невелико, однако в первой, второй и третьей группах пациентов намного меньше в расчёте на одного больного (табл. 1). Предположительно, в постинфарктном периоде это в какой-то мере связано с высокой частотой госпитализа-

ций. Информационная ценность каждого изучаемого критерия определялась методом древовидной классификации. То есть возраст пациента, пол, количество госпитализаций в отделении реабилитации, количество посещений кардиолога или участкового терапевта, количество звонков в НСМП, количество госпитализаций для включения пациентов в один из ранее найденных кластеров (табл. 2). В постинфарктном периоде основную роль в прогнозировании госпитализации в стационар по поводу ИБС для назначения пациента в одну из 4 групп играют «возраст», «пол» и количество госпитализаций в отделение реабилитации. Критерий «Обращения пациентов к кардиологу или терапевту в поликлиниках» также является более информативны.

Всегда следует учитывать, что инфаркт миокарда смертелен в 30% случаев до госпитализации - во время пребывания в стационаре и в первые часы заболевания. Нозокомиальная смертность наблюдается у 13–28% пациентов, в первые 28 недель заболевания. В течение первого года после инфаркта миокарда смертность пациентов наблюдалась в 4–10% случаев, из которых 35% были старше 65 лет.

Ранний тромбозис, восстановление коронарной проницаемости, использование ацетилсалициловой кислоты - блокаторов и ингибитора ангиотензин превращающего фермента улучшают исход заболевания, сохраняя систолическую активность левого желудочка при инфаркте нижней стенки. Отсутствие своевременной реперфузии (отсроченная или полная), снижение систолической активности левого желудочка, желудочковая аритмия, некроз большей части миокарда, снижение артериального давления с самого начала заболевания, признаки острой недостаточности левого желудочка и отдаленные признаки ишемии на ЭКГ указывает на последствия. Большая социальная значимость ИБС обусловлена широкой распространенностью данного заболевания, тяжестью его течения, тенденцией к прогрессированию, наличием тяжелых осложнений и значительными экономическими потерями.

Перспективной технологией профилактики осложнений сердечно-сосудистой патологии у пациентов с инфарктом миокарда в учреждениях первичной медико-санитарной помощи может стать усовершенствование существующей системы диспансерного наблюдения. Целенаправленное клиническое обследование, основанное на данных, полученных при лечении пациентов с инфарктом миокарда в амбулаторных условиях в постинфарктном периоде, позволяет оценить степень, сроки и качество вторичной профилактики инфаркта миокарда, а также выявить недостатки данного исследования. Для повышения качества низкоуровневого диспансерного контроля при

обследовании пациентов с ИМ и для повышения эффективности реабилитационных мероприятий необходимо создать единую базу данных пациентов с ИМ в регионе. Применение результатов этого исследования в практике здравоохранения снизит риск, связанный с сердечно-сосудистыми заболеваниями, то есть смертность. Необходимо повысить эффективность реабилитационных мероприятий и предоставить информацию о больных инфарктом миокарда в регионе, контролировать их доступ в поликлиники, скорую помощь, больницу, улучшить организацию активных обращений к ним. Целесообразно контролировать регулярное медицинское обследование больных инфарктом миокарда и развивать реабилитацию больных инфарктом миокарда.

Выводы: Частота госпитализаций больных инфарктом миокарда не снижается с увеличением количества обращений в поликлиники из-за низкого качества диспансерного контроля. В постинфарктный период лечение пациентов в реабилитационных отделениях сокращает количество дней стационарного лечения и ведет к сокращению количества пациентов с ишемической болезнью сердца, обращающихся в НСМП. Из-за низкого уровня вторичной профилактики инфаркта миокарда почти треть пациентов в постинфарктном периоде повторно госпитализируются в течение шести месяцев по поводу ишемической болезни сердца. Количество госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов в постинфарктном периоде можно определить с помощью методов статистического анализа, исходя из наиболее информативных характеристик, пола, возраста пациента, количества госпитализаций в реабилитационное отделение. Для повышения качества низкоуровневого диспансерного контроля при обследовании пациентов с ИМ и для повышения эффективности реабилитационных мероприятий необходимо создать единую базу данных пациентов с ИМ в регионе. Применение результатов этого исследования в практике здравоохранения снизит риск, связанный с сердечно-сосудистыми заболеваниями, то есть смертность.

Литература:

1. Болотнова Т.В., Юсупов А.Р., Куимова Ж.В., Филонова М.В. // Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов старше 60 лет. // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16. № 2. С. 11-12.
2. Исаков Е.Б. //Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний// Медицина и экология, 2017, 2, 19-28 стр.
3. Какорин С.В., Стогов А.В., Мкртумян А.М.// Острая левожелудочковая недостаточность у больных сахарным диабетом 2 типа// журнал Ме-

ждународный журнал интервенционной кардиоангиологии 2015

4. Мустафина С.В., Винтер Д.А., Рымар О.Д., Щербакова Л.В., Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гафарова А.В., Веревкин Е.Г., Никитенко Т.И., Вобак М., Малютин С.К. Фенотипы ожирения и риск развития инфаркта миокарда, по данным проспективного когортного исследования. Российский кардиологический журнал. 2019;(6):109-114. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2019-6-109-114>

5. Округин С.А., Кужелева Е.А., Гарганеева А.А. Программа воз «Регистр острого инфаркта миокарда»: Эпидемиологический мониторинг острых коронарных катастроф. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2018;7(1):76-83. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2018-7-1-76-83>

6. Пантелеев М.А., Атауллаханов Ф.И. // Свертывание крови: биохимические основы// журнал Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика 2008

7. Самородская И.В., Бойцов С.А. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика. Российский кардиологический журнал. 2017;(6):139-145. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-6-139-145>

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Рахматова Д.Б.

Резюме. Актуальность Ишемическая болезнь сердца и ее острые проявления, такие как первичный и рецидивирующий инфаркт миокарда (ИМ), являются основными причинами смерти от болезней системы кровообращения. Цель исследования. Разработка способа усовершенствования вторичной профилактики инфаркта миокарда у больных. Материал и методы. Исследование проводилось в городе Бухаре. В Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в отделении неотложной кардиологии ретроспективно изучено 378 истории болезней. Выводы. Частота госпитализаций больных инфарктом миокарда не снижается с увеличением количества обращений в поликлиники из-за низкого качества диспансерного контроля. В постинфарктный период лечение пациентов в реабилитационных отделениях сокращает количество дней стационарного лечения и ведет к сокращению количества пациентов с ишемической болезнью сердца, обращающихся в НСМП.

Ключевые слова: неотложная помощь, профилактические мероприятия, здравоохранение, усовершенствование.