

Эффективность комплексной медицинской реабилитации пациентов после коррекции приобретенных пороков сердца на базе областного кардиологического реабилитационного центра г. Павлодар.

Научный руководитель: Заведующая физиотерапевтического отделения ГБО КГП на ПХВ «Павлодарского Областного кардиологического центра» Шаманова Жанар Сабитовна.

Научный консультант: к.м.н., зав. кафедры внутренних болезней НАО «МУС» Абильмажинова Гузяль Дүйсенбековна.

Главный исследователь: резидент-реабилитолог 2 года обучения Маматова Дилфузада Мураткызы.

Ключевые слова: кардиологическая реабилитация, приобретенные пороки сердца, программа комплексной медицинской реабилитации.

Введение

Приобретенные пороки сердца – это заболевания, в основе которых лежат морфологические и/или функциональные нарушения клапанного аппарата (створок клапанов, фиброзного кольца, хорд, папиллярных мышц), развившиеся в результате острых или хронических заболеваний и травм, нарушающие функцию клапанов и вызывающие изменения внутрисердечной гемодинамики[1,2]. Попроисхождению ППС могут быть как самостоятельным заболеванием, так и синдромом или осложнением основного заболевания. Вопрос о диагностике ППС в настоящее время является практически решенным. Современные неинвазивные методы исследования (допплерэхокардиография, компьютерная томография) в сочетании с клиническими признаками позволяют диагностировать форму порока, его этиологию, степень выраженности дефекта, состояние внутрисердечной гемодинамики и сократительной способности миокарда. Необходимо отметить, что только хирургическая коррекция ППС способна нормализовать или значительно улучшить внутрисердечную гемодинамику[3,4].

Распространенность: Пороки сердца встречаются среди населения с частотой 0,5–1% (А.Н. Бакулев) и составляют около 20–25% органических заболеваний сердца. Среди умерших от заболеваний сердечно-сосудистой системы, по Н.Н. Аничкову, пороки сердца составляют 40,7%. Патологоанатомические данные свидетельствуют о значительной частоте обнаружения пороков сердца: по данным И.В. Давыдовского (1923 – 1927), на 50 259 вскрытий – в 4,1 %; по данным Н.Н. Аничкова (1935), на 17 172 вскрытия – в 3,5%; по данным И.Н. Рыбкина, (1959), на 4151 вскрытие – в 7,2%. Более половины всех приобретенных пороков сердца приходится на поражения митрального клапана и около 10–20% - аортального клапана[5,6,7].

Высокий уровень инвалидности и смертности от ССЗ во всем мире и в нашей стране диктует необходимость совершенствования подходов ко вторичной профилактике заболеваний. Кардиологическая реабилитация – ключевой метод вторичной профилактики в отношении снижения заболеваемости ССЗ (новых случаев) и смертности [3,4].

Цель исследования: дать оценку эффективности программы комплексной медицинской реабилитации больных после коррекции приобретенных пороков сердца, прошедших II этап реабилитации на базе областного кардиологического реабилитационного центра г. Павлодар.

Задачи реабилитации: полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы; поддержание функций организма в процессе завершения остро развивающегося патологического процесса; предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма; предупреждение и снижение степени возможной инвалидности; сохранение работоспособности пациента; социальная интеграция пациента в общество [7].

Материалы и методы

В исследование включены 20 пациентов, перенесших хирургическую коррекцию приобретенных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения: изолированная коррекция порока митрального клапана сердца – n = 8, коррекция порока митрального клапана и трикуспидальной недостаточности – n = 5, изолированная коррекция порока аортального клапана – n = 7, коррекция порока митрального и аортального клапанов – n = 2, коррекция порока клапана легочной артерии-3, от 40 до 80 лет (средний возраст составляет 60 лет). Для решения поставленных задач использовались методы общеклинического обследования: анамнез с учетом действия модифицируемых факторов риска (ожирение, физическая активность). Субъективное состояние пациентов оценивали по шкале Борга. Наличие избыточной массы тела и степени ожирения верифицировали согласно индексу Кетле. Индекс массы тела (ИМТ = Масса тела (кг)/рост (м²)). ИМТ = 25-29,9 – избыточная масса тела, 30- 34,9 – 1 степень ожирения, 35-39,9 – 2-я степень, 40 и более – 3-я степень. Физическую активность оценивали с помощью теста 6-минутной и дистанционной ходьбы.

В соответствии с рекомендациями Министерства Здравоохранения РК на базе областного кардиологического реабилитационного центра г. Павлодармультидисциплинарной группой (МДГ) в составе: врача - реабилитолога, кардиолога, психолога, инструктора ЛФК, медсестры для каждого пациента в зависимости от результатов инструментальных и лабораторных исследований, наличия сопутствующих заболеваний, результатов функционального исследования были подобраны индивидуальные программы МР согласно стандартам организации оказания медицинской помощи и клиническим протоколом диагностики и лечения по профилям заболеваний. Помимо этого, всем пациентам была проведена характеристика выраженности имеющихся нарушений по критериям МКФ(ШРМ).

На основании протокола для индивидуальной программы были назначены такие процедуры как: кинезиотерапия, кардиотренировка, в том числе

дозированная ходьба по территории больницы с использованием скандинавских палок в три захода ранним утром (после обеда и вечером), низкочастотная магнитная терапия, ингаляции с 0,9% раствором натрия хлорида, массаж ШВЗ, УФО на область п/о швов 2-3 процедуры через день[9]. После завершения второго этапа МР всем пациентам была проведена повторная оценка по соответствующим шкалам.

Характеристика пациентов и динамика показателей до и после медицинской реабилитации

Показатель	
Пол, мужчины/женщины, n(%)	10М(50%)/10 Ж(50%)
Возраст, годы	60(40-80)
Рост ,см	166(150-182)
Индекс массы тела, кг/м ²	29(26-33)
До МР	После МР
Шкала Борга	<p>-медиана интенсивности нагрузки 4 балла, что соответствует умеренно тяжелой интенсивности нагрузки.</p> <p>-медиана оценки одышки 3 балла, что соответствует способность пациента вести разговор при ФА 3-2 балла,</p> <p>-медиана интенсивности нагрузки 2-3 балла, что соответствует умеренно и легкой интенсивности нагрузки.</p> <p>-медиана оценки одышки 2 балла, что соответствует легкой степени одышки</p>

	умеренной степени одышки -способность пациента вести разговор при ФА 4 балла, что соответствует затруднению вести разговор при ФА.	что соответствует нормальной речи при ФА.
Тест 6-минутной	ФК-I-(более 551 м)-9 пациентов(45%) ФК-II-426-550 м)-6 пациентов(30%) ФК-III-(301-425 м)-5 пациентов(25%)	ФК-I-(более 551 м)-14 пациентов (70%) ФК-II-426-550 м)-5 пациентов (25%) ФК-III-(301-425 м)-1 пациент (5%)
Дистанция ходьбы в динамике	Медиана дистанции ходьбы составило 2,0 км	Медиана дистанции ходьбы составило 5,7 км
ШРМ	Медиана ШРМ составило - 3,5 балла	Медиана составило - 2,5 балла
ЭХО-КГ ФВ %	ЭХО-КГ ФВ варьировала от 40 - 50%	ЭХО-КГ ФВ варьировала от 50 - 63%

Результаты и обсуждение

Анализ данных таблицы показал, что обследованные пациенты имели избыточную массу тела: медиана индекса массы тела (ИМТ) составила 29 кг/м². В ходе оценки субъективного состояния пациентов - основными жалобами являлись: слабость, одышка, боль в грудной клетке, низкая толерантность к

физической нагрузке. Как видно из таблицы, улучшение субъективного состояния отмечалось у всех пациентов. Отмечается положительная динамика в самочувствии больных: уменьшается боль в грудной клетке, слабость, одышка, повышается толерантность к физической нагрузке. Двигательная активность большинства пациентов до лечения определялась дистанцией ходьбы до 2,0 км, а концу лечения этот показатель составил в среднем 5,7 км. Данные теста 6-минутной ходьбы свидетельствуют о достоверно значимом положительном эффекте реабилитации, заключающемся в увеличении доли пациентов в ФК Ic 30% до 70%, и, наоборот, уменьшение больных с ФК II- 30% против -25%, ФК III 25% против 5%. Показатели эхокардиографии свидетельствуют о увеличении фракции выброса, что свидетельствует улучшениесократительной функции миокарда, что связывают с интенсификацией энергопродукции в результате увеличения числа митохондрий в кардиомиоцитах и ростом активности окислительно-восстановительных процессов, а также интенсификацией окислительного фосфорилирования. Оптимизация кардиогемодинамики может быть обусловлена уменьшением постнагрузки и снижением ригидности миокарда. При этом следует ожидать улучшения перфузии субэндокардиальных слоев сердца.

Выводы

Таким образом, полученные данные наглядно демонстрируют перспективность, безопасность проводимых реабилитационных мероприятий после коррекции приобретённых пороков сердца. Выявлено статистически значимое увеличение показателей ШРМ, шкалы Борга, теста 6-минутной и дистанционной ходьбы, ЭХО-КГ (ФВ%), что соответствует регрессу клинических последствий, раннему восстановлению нарушенных и (или) компенсации утраченных функций пораженного органа или системы, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности; сохранение работоспособности пациента; социальная интеграция пациента в обществе.

Список литературы

1. Болдуева С. А., Архаров И. В., Беляева Е. Л. и др. Руководство по факультетской терапии / Под ред. С. А. Болдуевой. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013.
2. Внутренние болезни: учебник для медицинских вузов / Под ред. И. Рябова. — 3-е изд. — СПб.: Спецлит, 2004.
3. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Приобретенные пороки сердца: механизмы развития и принципы лечения сердечной недостаточности // Укр. кард. журн. — 2000. — № 6. — С. 84-89
4. S.G.Sughaeva. National recommendations: rehabilitations cardiology and cardio surgery patients // Minsk, 2010. — P. 236.
5. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005) The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005;26 (22):2472.
6. N.V.Pogosova, O.U.Sokolova. First results of the analysis of Russian part in European register about cardiac rehabilitation (European Cardiac Rehabilitation Database — EuroCaReD) with 13 countries // Prophylactic cardiology. – 2015. - №2. (55).-P.-49-56.
7. Ройтберг Г. Е., Струтынский А. В. Внутренние болезни (сердечно-сосудистая система). — М.: Бином, 2003.
8. Клинический протокол по медицинской реабилитации второй этап «реабилитация II» профиль «кардиология и кардиохирургия» (взрослые) Рекомендовано Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «12» декабря 2014 года протокол № 9