

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Л.И., Кожмякин А.К. //Лаб.дело.— 1989.—№11.—С.41—43.
2. Азурев А.П., Сипауридзе Е.И., Тюрин М.С. и др. //Вопр. мед. химии.—1992.—№1.—С.29—31.
3. Дубинина Е.Е., Бурмистров Е.О., Ходов Д.А. и др. //Вопр. мед. химии.—1995.— №1.— С.24—26.
4. Дубинина Е.Е., Сальникова Е.А., Ефимова Л.Ф. //Лаб. дело.—1983.— №10.— С30—33.
5. Королук М.А., Иванова Л.И., Майорова Н.Г. и др. //Лаб.дело.—1988.— №1.— С.16—21.
6. Кратков А.Е., Хрусталева О.А. //Росс. кардиол. журн.— 1992.— №4.— С.61—68.
7. Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. //Кардиология.— 2000.— №7.—С.48—61.
8. Монк В.М.//Лаб.дело.—1986.— №12.— С.20—22.
9. Промыслов М.Ш., Демчук М.А. //Вопр. мед. химии.—1990.— №4.— С.90—92.
10. Сыркин А.Л., Долецкий А.Я. //Клинич. фармакол. и терап.— 2001.— №1.— С.1—4.
11. Тихазе А.К., Ланкин В.З., Колычева С.В. и др. //Бюлл.экспер.биол.— 1998.— №11.— С.551—554.
12. Beutler E. // J.Lab.and Clin.Med.—1963.— Vol.61.— P.882—888.
13. Beutler E. Red cell metabolism a manual biochemical methods. — N.-Y, 1971.
14. Buttercoorth P.H., Baum H., Porter J.W. //Arch. Biochem.— 1967.—Vol.118.—P.716—723.

15. Cunamon H., Isenberg J.A. //Chin.Chim.— Acta.—1985.— Vol.151.— P.156—159.
16. Curello S., Ceconi C. de Guili F. //Cardiovascular.Res.—1995.— Vol.29.—P.—118—125.
17. Igusu H., Mawatary S., Kuroiwa Y. //Clin.Chim.Acta.—1980.—Vol.105.— P.241—242.
18. Yomomoto J., Niki E., Eguchi R.E. //Biochem.Biophys.Acta.—1988.— Vol. 819.— P.29—36.

Поступила 23.04.01.

CORRECTION OF THE OXIDATION STRESS BY TRIMETAZIDINE IN BLOOD OF PATIENTS WITH AFTER MYOCARDIAL INFARCTION CARDIOSCLEROSIS

I.L. Davydkin, V.N. Fatenkov

S u m m a r y

The results of studies of the possibilities and mechanisms of correcting the oxidation stress in patients with cardiosclerosis after myocardial infarction, correlating with stable stress stenocardia of the III functional class are given. The treatment by trimetazidine of 34 patients in the daily dose of 60 mg within two months is carried out. Trimetazidine treatment in patients with angina after myocardial infarction decreases indices of metabolic oxidative stress. Trimetazidine treatment is accompanied by decrease in incidence and severity of angina and increase of physical tolerance.

УДК 616.127—005.8—08—039.57

ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

А.Г. Хамидуллин, Х.Г. Гизатуллин, С.А. Вафин

Поликлиника № 18 (главврач — А.Г. Хамидуллин), г. Казань

Заболеваемость острым инфарктом миокарда (ОИМ) высока среди лиц сравнительно молодого, непенсионного возраста [3, 4]. В связи с этим приобретают значение лечение и реабилитация больных ОИМ не только в кардиологических стационарах и санаториях, но и в амбулаторно-поликлинических учреждениях [1, 2, 5]. В данном сообщении представлен опыт проведения поликлинического этапа реабилитации (ПЭР) больных ОИМ.

Наша городская поликлиника обслуживает 67 тысяч человек. В ее составе имеется реабилитационное отделение (РО), которое функционирует более десяти лет. В отделении имеются следующие кабинеты: электрокардиографии (ЭКГ), лечебной физкультуры (ЛФК), массажа и иглорефлексотерапии (ИРТ); возможно проведение лабораторно-диагностических, инструментальных исследований, назначение физиотерапев-

тических процедур. В штате РО — врач-кардиолог и медицинская сестра. В процессе реабилитации участвуют психотерапевт, невропатолог, врач-инструктор по ЛФК. Ответственность за проведение восстановительной терапии несут участковый врач и кардиолог РО.

Нами проанализированы заболеваемость ОИМ, временная нетрудоспособность (ВН), развитие стойкого нарушения трудоспособности — инвалидности за 1995—1999 гг. В течение 5 лет в РО поступили 295 больных (в среднем 59 больных в год), прошедших лечение в специализированных кардиологических стационарах и санаториях.

Распределение больных ОИМ по возрасту и полу было следующим: от 31 до 40 лет было 14 (4,7%) мужчин, от 41 до 50 лет — 10 (3,6%) женщин и 57 (19,3%) мужчин, от 51 до 60 лет — 21 (7,1%) женщина и 78 (26,1%) мужчин, от 61 до 70 лет — 36 (12,2%) женщин и 59 (20%) мужчин, от 71 и старше — 10 (4,0%) женщин и 10 (4,0%) мужчин.

Наибольшая заболеваемость отмечена у лиц в возрасте 51—70 лет. Соотношение числа мужчин

и женщин по годам соответствует литературным данным, постепенно возрастает к 70 годам, затем выравнивается. Среди 153 (51,9%) пенсионеров и неработающих лиц — 55 (35,9%) женщин и 98 (64%) мужчин.

Большинство из работающих мужчин были по профессии водителями автомобилей, слесарями-сантехниками, руководителями предприятий, женщин — учителями, бухгалтерами, медицинскими сестрами, санитарками. По национальному составу русских было 60%, татар и других национальностей — 40%.

У 229 больных был диагностирован крупноочаговый (КО) ОИМ: у 57 — заднедиафрагмальной локализации, у 56 — распространенный передний, у 55 — переднесептальный, у 39 — верхушечно-боковой, у 22 — заднебазальный, у 66 — мелкоочаговый (МО: передний и переднебоковой — у 46, заднедиафрагмальный — у 20). Больных с артериальной гипертензией было 55. Имелись следующие осложнения и сопутствующие заболевания: хроническая аневризма сердца — у 4 больных, мерцательная аритмия — у 10, другие нарушения ритма — у 12, блокада ножек пучка Гиса — у 12, неполная атриовентрикулярная блокада — у 2, сахарный диабет — у 11, недостаточность кровообращения II А ст. — у 2.

Все работающие больные поступили в РО после лечения в кардиологических стационарах и санаториях. Сроки лечения в них были соответственно в среднем 20,5—29,6 и 23—25 дней. К этому времени большинство больных способны к самообслуживанию. Они могут выполнять дозированной ходьбу (ДХ) по 2—4 км 2 раза в день, подниматься на 2-й этаж и совершать прогулки на воздухе по 1—2 часа. Особенностью ПЭР является реадаптация больных к новым условиям, отличающимся от режима в лечебном учреждении: у них меняется уровень физической активности, возникают обязанности в быту, необходимость передвижения в городском транспорте и др. У некоторых имелись нарушения состояния психики, связанные с беспокойством о дальнейшей жизни и возможности трудиться и т.д.

Как известно, ПЭР делят на 4 периода: 1) подготовительный (время со дня выписки из стационара и санатория до дня выхода на работу), означающий окончание ВН; 2) “вработывания”; 3) частичного ограничения трудовых нагрузок; 4) полной работоспособности. Все этапы реабилитации принято проводить по 5 аспектам: медицинский, физический, психологический, социальный и профессиональный [2]. В первые дни после выписки домой больных наблюдает участковый врач. На 5—10-й день с уче-

том физического состояния их направляют в РО, где у них выявляют жалобы, проводят объективное обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД), изучают и оценивают исходные данные ЭКГ, ЭХО-кардиограммы, лабораторного исследования крови и мочи. По этим данным устанавливают степень коронарной и сердечной недостаточности. Реабилитационная карта включает в себя историю болезни, план реабилитационных мероприятий.

Задачами подготовительного периода ПЭР является преемственное продолжение восстановительного медикаментозного лечения, коррекция физической активности, психотерапия, социальная и профессиональная адаптация и ориентация больных.

Медицинский аспект ПЭР предусматривает назначение гипохолестериновой диеты, ограничение поваренной соли, назначение антиангинальных (нитроглицерин, пролонгированные нитраты), антиаритмических и гипотензивных (β -адреноблокаторов, антагонистов кальция, ингибиторов АПФ) препаратов, цитопротекторов (предуктал, рибоксин и др.), антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота — кардио 0,1 г в день). Занятия ЛФК назначались в зависимости от общего состояния, обширности ОИМ с учетом индивидуальной физической подготовленности и проводились под руководством опытных методистов и врача по ЛФК. Основным принципом физических занятий остается постепенное увеличение общей нагрузки, адекватность физических упражнений, точность их дозировки в соответствии с состоянием больного [6]. Широко применяется ДХ, которую назначают всем больным в нарастающих пределах к концу подготовительного периода до 4—5 км. ДХ отличается простотой, доступностью, легкостью достижения цели и особенно применима при наличии осложнений, когда физические возможности больного для ЛФК ограничены.

Динамическое наблюдение больных проводится через каждые 10—15 дней и включает в себя осмотр их врачом-кардиологом, измерение АД, запись и оценку ЭКГ. Проверяется выполнение реабилитационной программы. При необходимости проводят психотерапию, направленную на убеждение больного в благоприятном исходе заболевания и на установление стабильного психологи-

ческого настроения, восстановление трудоспособности, сохранение профессии и др. При каждом посещении РО перед больным ставят новые задачи по расширению режима бытовой и физической активности в соответствии с уровнем функциональных возможностей. Рекомендуют апробирование маршрутов на работу и с работы с фиксацией затраченного времени, а также с целью установления связи с администрацией учреждения для создания облегченных условий дней продолжения трудовой деятельности.

Сроки подготовительного периода ПЭР зависят от обширности ОИМ, наличия осложнений, толерантности к физической нагрузке и возраста больных. В конце этого периода больным выполняют анализы крови (общий, на липиды, протромбиновый индекс), мочи, функциональные пробы сердечно-сосудистой системы (велозергометрию, эхокардиографию на базе городского кардиодиспансера). Как видно из представленной таблицы, подготовительный период ПЭР варьировал от $61,3 \pm 14,3$ до $105,8 \pm 11,2$ дней. Продолжительность ВН по всем трем этапам реабилитации (больничный, санаторный, ПЭР) со-

ставлял $112,6 \pm 6,92$ — $151,2 \pm 12,64$ дня, что не превышало общепринятые средние величины [6]. Сроки ВН зависели от обширности ОИМ (при МО — 112, КО — 151 день), осложнений, сопутствующих заболеваний и от возраста больных (чем старше возраст, тем продолжительнее ВН).

Преемственное проведение восстановительного лечения способствовало возвращению к трудовой деятельности 57 (40,1%) больных на прежнюю работу. У 35 (24,6%) больных после КО ОИМ к концу восстановительного периода была диагностирована стенокардия напряжения ФК II-III, МСЭК они признаны инвалидами III группы. Большинство из них по договоренности с администрацией вернулись на прежнюю работу с облегченными условиями труда. Некоторым больным была предоставлена возможность переквалифицироваться на низкооплачиваемую работу. У 50 больных, перенесших КО ОИМ, имела место стенокардия напряжения ФК III-IV с осложнениями (АГ, СД, нарушение ритма, аневризма сердца). У них констатирована потеря трудоспособности и они были признаны МСЭК инвалидами II группы.

Распределение работающих больных ОИМ по возрасту, годам заболевания, срокам ВН в различные этапы, результаты реабилитации ($M \pm m$)

По годам заболевания	Возраст, лет	ВН по этапам реабилитации				Результаты реабилитации		
		больнич- ный	санатор- ный	поликлини- ческий	по трем этапам	приступили к труду	стали инвалидами	
							II группы	III группы
1995—1997	31—40 (n=7) P	31,8	23	$61,3 \pm 14,6$	$116,8 \pm 13,6$	3	3	1
	41—50 (n=36) P	26,3	24,3	$79,6 \pm 7,81$	$129,5 \pm 8,9$	19	12	5
	51—60 (n=38) P	29,6	24,3	$78,8 \pm 6,8$	$130,4 \pm 6,1$	17	12	9
	61—70 (n=12) P	24,8	—	$105,8 \pm 11,16$	$151,2 \pm 12,64$	5	5	2
				<0,001	<0,001			
1998—1999	31—40 (n=4) P	20,5	25,0	$72,5 \pm 16,8$	$118,75 \pm 16,65$	3	1	—
	41—50 (n=20) P	25,2	24,9	$67,5 \pm 7,26$	$112,6 \pm 6,92$	10	5	5
	51—60 (n=25) P	27,2	25,0	$81,2 \pm 5,42$	$128,2 \pm 4,89$	—	12	13
	61—70 (n=142) P	—	—	—	—	—	—	—
				<0,001	<0,001			
Всего		—	—	—	—	57(40,1%)	50(35,4%)	35(24,6%)

Особенностью второго периода ПЭР — периода “вработывания” — является изменение домашнего режима на режим трудовой деятельности. Продолжительность этого периода — 2—4 недели. Согласно режиму этого периода больным рекомендуется строго регламентировать рабочий день, ограничить дополнительные служебные и другие нагрузки. Медицинский контроль проводят через каждые 7—10 дней. Больные соблюдают диету, предписанный режим физической активности, прием лекарств по показаниям. В нашей практике случаев обострения ИБС, связанных с выходом на работу, не было.

Третий период ПЭР характеризуется частичным ограничением трудовых нагрузок, исключением сверхурочных работ, командировок, общественных нагрузок. Продолжительность этого периода — 6 месяцев. Динамическое наблюдение проводят ежемесячно: осмотр больных врачом, запись ЭКГ и ее клиническая оценка. Больные продолжают соблюдать предписанный режим, диету, прием лекарств по показаниям. В нашей практике в этот период у одного больного (шофер) произошло обострение ИБС, после которого он был признан инвалидом II группы.

В четвертом периоде (полной работоспособности) ограничения по служебной деятельности уменьшаются. При благоприятном течении болезни больные возвращаются к прошлому уровню бытовой и трудовой активности. Среди наблюдаемых пациентов отмечались повышение АД, нарушение ритма сердца и стенокардия. В связи с этим 6 больным были выписаны листы нетрудоспособности сроком на 1—2 недели; в одном случае III группа инвалидности была заменена на II группу. Пенсионеров и неработающих больных, в отличие от работающих после стационарного лечения, выписывали домой. Санаторный этап реабилитации они не проходили, поскольку стоимость путевки оплачивается учреждением по месту работы. В периоде, соответствующем санаторному этапу, больных наблюдали участковые врачи, сохраняя преемственность стационарного лечения. По мере улучшения физического состояния через 3—

4 недели, как правило, больные поступали в РО для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. Всем больным в течение 6 месяцев выписывали рецепты на необходимые медикаменты бесплатно. В течение наблюдаемого периода от повторного ОИМ умерли 4 человека пенсионного возраста.

Таким образом, реабилитация больных ОИМ на поликлиническом этапе, преемственное проведение всех мероприятий, начатых на больничном и санаторном этапах, привели к положительным результатам. Сроки ВН при ОИМ составили $112,6 \pm 6,9$ — $151,2 \pm 12,6$ дня, что соответствовало признанным нормам при ОМ. В большинстве случаев ВН не превышала 4 месяцев (в редких случаях — 6 месяцев) с возвращением на прежнюю работу. Реабилитационные мероприятия способствовали полному восстановлению трудоспособности у 57 (40,1%) больных, частичному — у 35 (24,6%). Инвалидами II группы стали лишь 50 (35,4%) больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д.М. // Кардиология. — 1998. — № 8. — С. 69—80.
2. Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. — М., 1984.
3. Латфуллин И.А. Инфаркт миокарда. — Казань—М., 1998.
4. Ослопов В.Н. // Казанский мед. ж. — 1999. — № 2. — С. 130—134.
5. Следиевская И.К., Ильяхи М.Г., Дець Г.Д. // Кардиология. — 1991. — № 3. — С. 29—32.
6. Тазиев Р.В., Даловский В.Х., Плеханова Г.М. Двигательный режим больного, перенесшего инфаркт миокарда. — Казань, 1998.

Поступила 28.04.00.

POLYCLINIC STAGE OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

A.G. Khamidullin, Kh. G. Gizatullin, S.A. Vafin

S u m m a r y

The results of the polyclinic stage of rehabilitation of 295 patients with acute myocardial infarction are given. The general number of days of temporary disablement (hospital, sanatorium, polyclinic stages) — $112,6 \pm 6,92$ — $151,2 \pm 12,64$. As a result of the rehabilitation course 57 (40,1%) patients regained their ability to work, 35 (24,6%) patients restored partially their ability to work, 50 (35,4%) patients got disability the second group.