

, мужчин 12-44,5%.

Длительность лечения составила 15 недель. Проводилось лечение препаратом этап в суточной дозировке 10-20 мг в один прием утром. Препарат применялся в виде монотерапии. Повторные осмотры проводились через 1, 4, 8, 12, 15 недель, кроме того , все пациенты вели дневники самоконтроля, где фиксировали ежедневные параметры артериального давления, измеряемого два раза в сутки. Гипотензивный эффект уже наблюдался на первой неделе приема препарата, как в отношении систолического, так и диастолического АД. К концу 15 недели лечения отмечено стойкое снижение как систолического так и диастолического АД. на 18,7% - 27,2% от исходного, в том числе в утренние часы у всех пациентов.

Биохимические показатели печеночной функции не нарушались, уровень гликемии оставался нормальным. Отмечалась хорошая переносимость препарата. Побочное действие препарата не отмечалось.

## Выводы

- 1.Энат – проявляет стойкое и надежное антигипертензивное действие у больных с мягкой и умеренной АГ (АГ 1 -2 ст) в качестве монотерапии.
- 2.Препарат Энат – обладает хорошей переносимостью, может быть препаратом выбора у больных с впервые выявленной, ранее нерегулярно контролируемой АГ, в том числе у пациентов с метаболическим синдромом и патологией печени.

## Реабилитации больных ИБС после операции АКШ на амбулаторно-поликлиническом этапе

Камбарова Г.А.

ГККП Городская поликлиника №5, г.Алматы, главный врач

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в современных условиях является основной причиной смертности и инвалидизации наиболее трудоспособной части населения (Р.Г.Оганов, 2007; Д.М.Аронов, 2008; В.Б.Симоненко, 2008). В Казахстане сердечно-сосудистая патология также является основной причиной заболеваемости, приводящей к утрате трудоспособности и смертности населения. В связи с продолжающимся ростом смертности, инвалидизации и временной утраты трудоспособности проблема болезней системы кровообращения (БСК) приобрела государственную значимость. Учитывая сложившуюся ситуацию в стране согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года за № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» организованы профосмотры взрослого населения

на выявление болезней системы кровообращения (БСК) в возрасте 18-65 лет;

В городской поликлинике №5 за 10 месяцев 2010 года просмотрами охвачено 5311 человек. Среди осмотренных выявлено 1000 больных, что составило 18,8%. Причем вновь выявленных с заболеваниями БСК – 774 чел., что составляет 14,5% от числа осмотренных, в том числе с артериальной гипертонией (АГ) – 663 чел. (85,6 %), ИБС – 111 (14,3%) человек. В возрастной структуре больных с ИБС преобладают лица от 45 до 65 лет, больных с АГ - лица от 35 до 65 лет. Все вновь выявленные больные взяты на диспансерный учет, для дальнейшего оздоровления и наблюдения.

Прогресс в лечении ИБС за последние десятилетия, без сомнения, связан с развитием кардиохирургии. Наиболее распространённой операцией реваскуляризации миокарда является коронарное шунтирование. После операции у 80-90% больных исчезают стенокардитические боли, что в значительной степени объясняется улучшением перфузии миокарда

Однако, сама операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) является только этапом в комплексном лечении ИБС, так как она не устраниет основных причин заболевания. Клиническая эффективность данной операции в значительной степени определяется программой восстановительного лечения направленной на закрепление результатов оперативного лечения и организации этапной реабилитации (Ю.Н.Замотаев, 2006; В.Ф.Аретинский, 2007; А.М.Щегольков, 2008).

Реабилитация после аортокоронарного шунтирования в принципе такая же, как и при других заболеваниях сердца. Цель реабилитации в этом случае – восстановление работоспособности сердца и всего организма, а также профилактика новых эпизодов ИБС.

Коронарное шунтирование является травматичным вме-

шательством и требует после операции мобилизации всех компенсаторных возможностей организма. Явления послеоперационной дезадаптации кардиореспираторной системы, наиболее выраженные в ранние сроки, могут сохраняться до 6 месяцев после операции.

На диспансерном учете в ГП №5 состоят 25 больных после операции АКШ и стентирования.

Каждый больной ИБС, перенесший АКШ, после выписки из стационара нуждается в тщательном наблюдении кардиолога, под контролем которого осуществляются профилактические мероприятия, направленные на предупреждение тромбоза шунтов, прогрессирования заболевания, его обострения и развитию осложнений.

Большинство оперированных больных после операции АКШ предъявляли жалобы на боли по ходу послеоперационного рубца грудины (86,9%), общую слабость (82,0%), одышку при обычной физической нагрузке (78,5%), учащенное сердцебиение (60,5%), нарушение сна (51,3%), каждый второй пациент отмечал боли в области сердца ноющего, колющего характера, не купирующиеся приемом нитроглицерина, боли вертеброгенного генеза выявлены в 37,3% случаях.

Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде были: анемия (79,1%), реактивный перикарdit (28,1%), нарушения сердечного ритма и проводимости (26,8%), реактивный плеврит (6,5%), осложнения со стороны послеоперационной раны не зарегистрированы.

На ЭКГ рубцовые изменения миокарда левого желудочка выявлены у 65,8% больных,

Основными аспектами реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе являются физический, психологический, медицинский и профессиональный.

Программа физических тренировок (ФТ) у больных ИБС после АКШ на амбулаторно-поликлиническом этапе должна состоять из индивидуально подобранных занятий дозированной ходьбы и велотренировок.

Психологическая реабилитация больных ИБС, перенесших АКШ, имеет не меньшее значение, чем физическая. Длительно и тяжело протекающее заболевание сердца, ожидание сложной операции и само вмешательство накладывают глубокий отпечаток на психическое состояние пациентов. Для коррекции психологических нарушений нами применяются приемы рациональной психотерапии и обучение в Школе здорового сердца, открытой в поликлинике в 2008 году.

Одним из показателей эффективности работы Школы здорового сердца является точное выполнение пациентом назначенного врачом лечебного комплекса. Так, если до обучения в Школе регулярно принимали рекомендованные препараты 89,0% пациентов, а принимали эти средства в ре-

комендованной дозе лишь 32,0% больных, то после обучения эти показатели возросли до 96,0% и 76,0% соответственно. Если до начала обучения выполняли советы врачей по соблюдению диеты 40,0% кардиохирургических больных, а по занятиям физическими упражнениями - 20,0%, то после обучения в Школе стали соблюдать гиполипидемическую диету 56,0% пациентов и регулярно делать физические тренировки 64,0%.

Следовательно, предложенная программа обучения больных ИБС, после операции АКШ, на амбулаторно-поликлиническом этапе показала свою высокую эффективность, так у большинства больных повысилась приверженность к выполнению врачебных назначений, позитивно изменился образ жизни. Полученные результаты свидетельствуют о важности использования образовательной программы в качестве самостоятельного фактора реабилитации оперированных больных.

Но самым главным в реабилитации после АКШ является дозированная физическая нагрузка. Основные виды физических упражнений – это ходьба, терренкур, легкий бег, различные тренажеры, плавание и т.д. Все эти виды физической активности так или иначе оказывают нагрузку как на сердечную мышцу, так и на весь организм. Пациентам, которые перенесли заболевание сердца, нельзя тренироваться так, как здоровым или же спортсменам. Во время всех физических упражнений проводится обязательный контроль важных параметров сердечно-сосудистой системы, такие как частота пульса, АД, данные ЭКГ.

Лечебная физкультура – это основа кардиологической реабилитации. Еще стоит отметить такой факт, что физические нагрузки помогают снять эмоциональное напряжение и бороться с депрессией и стрессом. После лечебной гимнастики, как правило, исчезают тревожность и беспокойство. А при регулярных занятиях лечебной гимнастикой исчезают бессонница и раздражительность. А, как известно, эмоциональная составляющая при ИБС – не менее важный фактор. Ведь, как утверждают специалисты, одной из причин развития болезней сердечно-сосудистой системы являются нервно-эмоциональные перегрузки. А лечебная гимнастика поможет с ними справиться.

Очень важно также контролировать артериальное давление. Нельзя допускать его повышения вследствие физических нагрузок. Поэтому нужно постоянно его контролировать, и принимать необходимые препараты, назначенные врачом.

Целью физической реабилитации больных инфарктом миокарда, а также после операций на сердце и магистральных сосудах на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации является поддержание и развитие физической работоспособности, реадаптация больного к бытовым и производственным нагрузкам.

При составлении программы физической реабилитации необходимо исходить из оценки объективного функционального состояния больных, а также учитывать степень имеющейся физической и психологической подготовленности к каждому конкретному виду медицинской реабилитации. В зависимости от состояния организма кроме лечебной гимнастики и ходьбы могут применяться и другие виды физической активности, например, бег, энергичная ходьба, езда на велосипеде или занятия на велотренажере, плавание, танцы, катание на коньках или на лыжах. А вот такие виды нагрузок, как теннис, волейбол, баскетбол, занятия на тренажерах, не подходят для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, наоборот, они противопоказаны, поскольку статические длительные нагрузки вызывают повышение артериального давления и боли в сердце.

Контроль за проведением лечебных мероприятий должен осуществляться лечащим врачом (кардиологом, кардиологом-реабилитологом). Обязательно следует учитывать данные самоконтроля больного: больным можно рекомендовать

вести дневник самоконтроля. Самоконтроль при ФТ включает подсчет пульса до и после нагрузки, на высоте нагрузки, в дневнике фиксируется интенсивность и продолжительность физических тренировок

Практические рекомендации при проведении реабилитации.

1. Прием лекарственных препаратов проводится перед завтраком, обедом и ужином.

2. Комплекс лечебной гимнастики рекомендуется проводить до завтрака.

3. Процедуры аппаратной физиотерапии отпускаются в первой половине дня, в основном, за 30-90 мин до ФТ.

4. Массаж проводится как до, так и после ФТ, но не ранее, чем через 40-60 мин после еды.

5. Физические тренировки на велоэргометре или тренажерах или ФТ малых мышечных групп проводятся в первой половине дня не ранее, чем через 1-1.5 часа после приема пищи.

6. Процедуры бальнеотерапии, после которых необходим отдых на протяжении не менее 1 часа, отпускаются во второй половине дня.

7. Дозированная ходьба осуществляется во второй половине дня, перед ужином

Также важным аспектом реабилитации является обучение правильному образу жизни. Очень важно правильно разработать диету. В диете больного с заболеванием сердца – есть поменьше жиров, поваренной соли, и побольше свежих овощей и фруктов, зелени и злаков, а также растительные масла. Ведь именно из холестерина, который попадает в организм с пищей, и образуются атероматозные бляшки, сужающие сосуд. А шунт после операции – это такой же сосуд, как и коронарные артерии, и он так же подвержен образованию на его стенке бляшек. Вот почему так важно понимать, что одной лишь операцией все дело не заканчивается, и важна правильная реабилитация.

Продолжение восстановительного лечения ИБС после операции АКШ на амбулаторно-поликлиническом этапе является обязательным для всех оперированных больных. Программа медицинской реабилитации больных с применением физических тренировок и занятий в Школе коронарного больного является высокоеффективной и способствует закреплению результатов предшествующих этапов. Оптимизированная программа реабилитации является методом вторичной профилактики ИБС у больных после коронарного шунтирования.

Применение оптимизированной этапной медицинской реабилитации больных ИБС после АКШ основанной на клинико-функциональном и синдромно-патогенетическом подходах к построению реабилитационных программ с выделением ведущих послеоперационных синдромов обеспечивает стабильные отдалённые результаты, повышает качество жизни больных ИБС после АКШ и скорейший возврат к трудовой деятельности.

## Литература

1. Беркинбаев С.Ф., Абдикалиев Н.А., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И. Перспективы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан // Терапевтический вестник, 2000. - № 1. - С.7-11.
2. Абылайллы Ж., Ошакбаев К.П., Абдикалиев Н.А., Есимова Т.М., Алпысбаева М.А. Смертность от кардиологических заболеваний в Республике Казахстан в сравнении с другими странами: данные Всемирной организации здравоохранения и официальные данные Республики Казахстан // Терапевтический вестник, 2008. -№ 1. - С.96-97.
3. Состояние и пути развития кардиологической помощи населению г. Алматы. Постановление коллегии Департамента здравоохранения г. Алматы от 1.10.2009г.
4. Аронов Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца: // Лечебный врач. - 2007. -№3.-С.2-7.