

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Расный В.И.¹, Щербаков Д.В.²

¹БУЗ ОО КМХЦ «Центр восстановительной терапии "Русь»;

²ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, e-mail:laphalist@gmail.com

Проведение анализа медико-социальной характеристики пациентов центров восстановительной терапии необходимо, на наш взгляд, для действенного мониторинга системы реабилитации, утвержденной порядком оказания этого вида помощи. Проанализированы данные, полученные путем выкопировки из медицинских карт пациентов центра восстановительной терапии «Русь» на специально разработанную «Карту пациента ЦВТ». В структуре обратившихся в ЦВТ большинство составляли пациенты с болезнями системы кровообращения (44,9 %). Выявлены особенности состояния здоровья пациентов с разным возрастом и социальным положением. Комплексная продолжительная контролируемая кардиореабилитация даёт надёжный и устойчивый эффект, ощутимый уже в первые 2 года в виде снижения общей и сердечно-сосудистой летальности, уменьшения числа госпитализаций, значительно большего возврата пациентов к трудовой деятельности и повышения качества жизни. В условиях реформирования здравоохранения внедрение на региональном уровне согласованной системы кардиореабилитации позволит обеспечить доступность медицинской помощи для пациентов с ИБС, оптимизировать объемы медицинской помощи и диагностических исследований, организовать оказание медицинской помощи в соответствии с порядками и повысить структурную эффективность и медицинскую результативность оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, ишемическая болезнь сердца, реабилитация.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM IN THE STAGES OF REHABILITATION

Rasny V.I.¹, Shcherbakov D.V.²

¹Center for regenerative therapy "Rus";

²Omsk State Medical University, Omsk, e-mail:laphalist@gmail.com

Analysis of medical and social characteristics of patients rehabilitation therapy centers is necessary, in our opinion, for the effective rehabilitation monitoring system approved by the order of providing this type of assistance. The data obtained by the copy of the medical records of patients of rehabilitation therapy center "Rus" on the specially designed "Patient Card". In the structure applied to the Center majority were patients with diseases of the circulatory system (44,9 %). The features of the health status of patients with different age and social status. Comprehensive long controlled cardiorehabilitation provides a reliable and stable effect, already perceptible in the first 2 years in the form of reduced total and cardiovascular mortality, reducing the number of hospitalizations, significantly more patients return to work and quality of life. In the context of health reform implementation at the regional level coordinated cardiorehabilitation system will provide access to care for patients with coronary artery disease, to optimize the volume of medical care and diagnostic studies, organize medical care in accordance with the procedure and improve the structural efficiency and effectiveness of medical health care. The findings suggest the need to develop and implement new technologies to improve the efficiency of organizational management and organization of primary health care and specialized medical care to help improve the availability and quality of care for patients with cardiovascular diseases.

Keywords: cardiovascular diseases, coronary heart disease, rehabilitation.

Болезни системы кровообращения (БСК), в т.ч. ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сегодня широко распространена в России и других, экономически развитых странах. Изучение популяции пациентов с ИБС не должно сводиться только к анализу клинических особенностей течения заболевания, диагностических возможностей и методик лечения. Важное место должен занимать анализ медико-социальных характеристик пациентов, оценки

ими качества жизни, психологического статуса. Эти характеристики могут служить необходимым элементом для понимания целостной «картины болезни», и, как следствие, служить основой для приспособления системы реабилитации к данным пациентам.

Многие авторы в своих работах отводят в программе второго этапа медицинской реабилитации физическим аспектам восстановительного лечения, включая различные виды лечебной физкультуры (лечебная гимнастика, дозированная ходьба, рациональный двигательный режим) [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8]. Комплексная реабилитация должна основываться на индивидуальных особенностях пациента и осуществляться способом, приемлемым для пациента и его окружения, что подчёркивает важность медико-социальных характеристик пациентов с БСК [5].

Остро стоит вопрос в необходимости оценки деятельности не только отделений реабилитации многопрофильных стационаров (центров), но и в крупных центрах, в которых должно проводиться не только полное восстановление после тяжелых заболеваний, но и осуществление высокотехнологичных методов реабилитации [11].

Выбор данных для рационального планирования и организации реабилитации и восстановительного лечения невозможен без анализа медико-социальной характеристики пациентов, получавших данный вид медицинских услуг, которые могут использоваться органами управления здравоохранения при разработке управленческих решений для совершенствования данного вида медицинской помощи [9, 10, 12-14]

Материалы и методы

В настоящее время в Омской области сформирована система реабилитации пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Однако ряд пациентов переходят на амбулаторный этап реабилитации в условиях территориальных поликлиник, минуя стационарный, на базе специализированных учреждений. Целью работы было изучить медико-социальные характеристики пациентов, проходящих реабилитацию после перенесенного инфаркта миокарда в условиях отделения кардиореабилитации Центра восстановительной терапии «Русь». Нами были сформированы две выборки. Первую группу составили 80 пациентов, перенесших инфаркт миокарда за период 2014–2015 гг., прошедших курс стационарного лечения и переведенные на санаторный этап реабилитации сразу после выписки из стационара (сосудистого центра). Вторую группу составили 86 пациентов, перенесших инфаркт миокарда за период 2014–2015 гг., прошедших курс стационарного лечения, но не поступивших своевременно на санаторный этап реабилитации после выписки из стационара (сосудистого центра).

Результаты и обсуждение

Второй этап кардиологической реабилитации предоставляется пациентам со значительными нарушениями функций при наличии реабилитационного потенциала, нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующим круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации.

Средний возраст пациентов в первой группе составил $68 \pm 4,7$ лет ($40 \div 89$ лет). 52,5 % группы составили мужчины и 47,5 % – женщины. Острый инфаркт миокарда без зубца Q перенесли 51,25 % пациентов, инфаркт миокарда с зубцом Q – 48,75 % больных. У некоторых больных, перенесших инфаркт миокарда, выявлялись осложнения в виде нарушения ритма и проводимости – у 5% пациентов и ранняя постинфарктная стенокардия в 6,25 % случаев. При изучении анамнеза было выявлено, что ранее 21,25 % пациентов уже перенесли инфаркт миокарда. Среди сопутствующих заболеваний часто выявлялись артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Длительность АГ у 87,5 % пациентов была более 10 лет и у 12,5 % больных менее 10 лет. Среди пациентов с ИБС длительность течения более 10 лет наблюдалась у 33,75 %, менее 10 лет – у 66,25 %. Среди стенокардии напряжения преобладал 2 функциональный класс (60 %) и 3 функциональный класс (23,15 %). Сопутствующие нарушения ритма имели место у 5 % пациентов. У больных с хронической сердечной недостаточностью чаще имела место вторая стадия (IIA стадия – 81,3 % больных, IIB стадия – у 10 %). Среди факторов риска наиболее часто встречались: мужской пол (52,5 %), ожирение (37,5 %), сахарный диабет 2-го типа (11,25 %).

Средний возраст пациентов во второй группе составил $65 \pm 2,7$ года ($51 \div 79$ лет). 51,2 % группы составили мужчины и 48,8 % – женщины. Острый инфаркт миокарда без зубца Q перенесли 64,25 % пациентов, инфаркт миокарда с зубцом Q – 35,75 % больных. У некоторых больных, перенесших инфаркт миокарда, выявлялись осложнения в виде нарушения ритма и проводимости – у 12 % пациентов. При изучении анамнеза было выявлено, что ранее 17,1 % пациентов уже перенесли инфаркт миокарда. Среди сопутствующих заболеваний часто выявлялись артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Длительность АГ у 91,5 % пациентов была более 10 лет и у 8,5 % больных менее 10 лет. Среди пациентов с ИБС длительность течения более 10 лет наблюдалась у 53,15 %, менее 10 лет – у 46,85 %. Среди стенокардии напряжения преобладал 2 функциональный класс (65 %) и 3 функциональный класс (27 %). Сопутствующие нарушения ритма имели место у 12 % пациентов. У больных с хронической сердечной недостаточностью чаще имела место вторая стадия (IIA стадия – 84,5 % больных, IIB стадия

– у 12 %). Среди факторов риска наиболее часто встречались: мужской пол (51,2 %), ожирение (44,5 %), сахарный диабет 2-го типа (16,25 %). При оценке анамнестических данных были выявлены следующие состояния (таблица):

Структура коморбидности пациентов, перенёсших инфаркт миокарда

№	В анамнезе	Первая группа (n=80)	Вторая группа (n=86)	χ^2 ; p
1.	Перенесенное нарушение мозгового кровообращения	16,25 % (n=13)	28,6 % (n=25)	$\chi^2 = 3,859$ p < 0,05*
2.	Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	3,75 % (n=3)	6,97 % (n=6)	$\chi^2 = 2,585$ p > 0,05
3.	Хроническая обструктивная болезнь легких	11,25 % (n=9)	5,82 % (n=5)	$\chi^2 = 1,586$ p > 0,05
4.	Хронические воспалительные заболевания желудка	35,0 % (n=28)	40,69 % (n=35)	$\chi^2 = 0,571$ p > 0,05

* – отмечены статистически значимые различия между группами.

При анализе причин, по которым пациенты второй группы не смогли получить реабилитацию своевременно, были: удаленность центра от постоянного места жительства (36,25 % случаев); сложность посещения центра из-за сопутствующей патологии (93,75 % случаев).

При анализе обеих групп пациентов нами было установлено следующие особенности. Образовательный уровень респондентов представлен: 72,2 % имеют высшее образование, 24,4 % среднее специальное, только 3,4 % среднее образование (в т.ч. начальное). Среди опрошенных встречаются респонденты с разным социальным положением: 72,4 % работают (в т.ч. работающие пенсионеры), 11,7 % на пенсии по старости, 9,4 % – не работают, 6,5 % – имеют группу инвалидности. Средний возраст респондентов в группе работающих несколько ниже, чем в среднем в группе неработающих и составляет 49,1±2,2 и 52,8±1,3 года соответственно.

Объяснимо превышение среднего возраста в группе работающих пенсионеров над работающим контингентом (59,4±1,4 года), а также более старший возраст среди неработающих пенсионеров по старости: 67,83±3,06 года.

В группе лиц, признанных инвалидами, средний возраст сравнительно невысокий: 47,14±4, года. Это связано с тем фактом, что при распределении респондентов с разным социальным статусом в группе инвалидов 28,9 % составили респонденты в возрасте до 30–39 лет и еще столько же инвалиды в возрасте 50–59 лет.

Следует отметить, что на долю лиц пожилого и старческого возраста приходится лишь 13,2 % всех респондентов-инвалидов. Из общего числа респондентов большинство (67,6 %) проживают совместно с супругом (ой) (в т.ч. 31,6 % с супругом (ой) и детьми), еще 9,6 % пациентов проживают совместно с детьми, а 22,8 % проживают одиноко. При этом

следует отметить, что увеличение возраста респондентов практически не влияет на процент лиц, проживающих одиноко.

Из общего числа опрошенных каждый третий (35,2 %) ранее уже лечился в стационарах кардиологического профиля (до наступления сосудистого события). Выявлено, что среди респондентов с ИМ из первой группы доля нигде не лечившихся в 2 раза меньше, чем среди пациентов второй группы (22,1 % и 48,6 % соответственно). Соответственно растет доля систематически принимающих медикаментозное лечение и применяющих физические тренировки среди респондентов первой группы (58,2 %), по сравнению с пациентами второй группы (26,7 %).

В результате анализа ответов выявлено, что большинство респондентов первой группы считают, что достаточно прикладывают усилий и заботятся о своём здоровье (63,7 %). Во второй группе только 45,6 % респондентов сообщили, что заботятся о своём здоровье. Не заболотятся о своём здоровье 9,9 % и 14,9 % респондентов в первой и второй группах соответственно. Анализ показал, что респонденты второй группы чаще склонны менее критично оценивать свои действия в отношении собственного здоровья. Так, среди респондентов только 52,8 % ответили, что заботятся недостаточно ($t=2,25$, $p<0,05$), а 25 % считает, что заботится о своем здоровье в полной мере. Остальные не смогли ответить на вопрос.

Среди респондентов обеих групп большую долю составили ответы о регулярном питании «по возможности» (66,7 % и 40,1 % соответственно); несколько ниже в обеих группах был удельный вес ответов о регулярности питания 3–4 раза в день (41,7 % и 23,3 % соответственно для первой и второй группы). Показательно, что доля респондентов, отметивших нерегулярное питание, оказалась в два раза больше во второй группе, по сравнению с первой (28,2 против 13,9 %; $t=2,04$, $p<0,05$). Во второй группе 11,1 % респондентов не смогли определить регулярность своего питания, тогда как среди респондентов первой группы таких было 4,5 %. Анализ показал, что женщины в обеих группах более внимательно следят за своим питанием, чем мужчины.

Наличие такой вредной привычки, как курение, отметили у себя 34,5 % респондентов первой группы и 42,1 % респондентов второй группы, однако значимых отличий получено не было. Ежедневно курят от 5 до 10 сигарет 15,3 % в первой группе и 36,1 % во второй ($t=2,9$; $p<0,05$).

Несколько более широкое распространение, чем курение, среди респондентов получило употребление алкоголя. Только 44,1 % респондентов первой группы и 35,1 % респондентов второй группы отметили, что категорически не употребляют алкоголь. Еще

5,5 % опрошенных из первой группы и 11,3 % опрошенных во второй группе не смогли ответить на данный вопрос, что косвенно свидетельствует об употреблении ими алкоголя.

Нами выявлено, что с увеличением длительности заболевания доля респондентов из первой группы никогда прежде не лечившихся, составила 28,3 % (у пациентов с заболеванием длительностью до 1 года) до 13,1 % (при длительности заболевания до 2 лет); все респонденты, болеющие более 2 лет, получали лечение в различных медицинских учреждениях города и области. Анализ результатов наблюдения показал, что с увеличением длительности заболевания увеличивается доля лечившихся в стационарах, а с увеличением длительности случаев госпитализации растёт доля респондентов, лечившихся в амбулаторных условиях. Из всех прошедших лечение пациентов почти половина (47,7 %) были выписаны с полным восстановлением трудоспособности, однако у значительной доли пациентов (27,8 %) трудоспособность была частично утрачена, а почти каждый четвертый (24,5 %) был направлен на медико-социальную экспертизу.

Реабилитация различных категорий кардиологических пациентов на втором этапе может рассматриваться как своего рода производственный процесс, продуктом которого является качество жизни (здоровье) пациентов. Технология кардиологической реабилитации предусматривает получение каждым пациентом необходимого и достаточного объёма реабилитационных воздействий в соответствии с едиными стандартами, но с соблюдением персонализированного подхода. Достичь этих целей можно при многопрофильной (мультидисциплинарной) организации лечебного процесса.

Заключение

Медико-социальные характеристики, такие как пол, возраст, социальный статус, уровень образования и «прежний опыт» пациента по взаимодействию с системой кардиологической реабилитации оказывают не меньшее влияние на среднюю длительность пребывания пациента в отделении реабилитации кардиологического профиля, наравне с диагнозом, степенью тяжести заболевания. В дальнейшей работе нами будет рассмотрено влияние на этот показатель методов организации восстановительного лечения и физической реабилитации.

Организация работы специализированных реабилитационных отделений должна обеспечить потребность госпитализированных пациентов в консультативной помощи специалистов, различных диагностических исследованиях, дополнительных методов лечения и лекарственных препаратах, что, вне всякого сомнения, оказывает влияние на исход лечения и длительность госпитализации.

Для преемственности проведения третьего этапа реабилитации всем пациентам необходимо дать рекомендации и предоставить программу дальнейшей реабилитации, с

указанием рациональной фармакотерапии, комплекса специализированных, щадящих, индивидуальных комплексов лечебной физкультуры, и отметить необходимость расширения физической нагрузки под контролем специалистов участковой поликлиники.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научного проекта № 16-36-01028 (название проекта: Система реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения как фактор улучшения качества жизни).

Список литературы

1. Бойцов С.А. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. – М., 2013. – 87 с.
2. Бойцов С.А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4 (102). – С. 6-11.
3. Большакова Т.М. Особенности распределения потребности взрослого населения в восстановитель- ном лечении и медицинской реабилитации по федеральным округам на территории России / Т.М. Большакова, Н.С. Прилипко // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 6. – С. 5–7.
4. Катунцева Н.А. Пути снижения заболеваемости болезнями системы кровообращения / Н. А. Катунцева, А. Н. Гуров // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 1. – С. 134-138.
5. Лядов К.В. Научно- методологические подходы к организации центров восстановительной медицины и медицинской реабилитации / К.В. Лядов, Т.В. Шаповаленко, Т.В. Беганова. – М.: Медпрактика, 2010. – 232 с.
6. Максимова Т.М. Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина, Е.В. Огрызко // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 3. – С. 15-22.
7. Сазанова Г.Ю. Повышение эффективности использования ресурсов при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов кровообращения / Г.Ю. Сазанова, М.В. Еругина, Н.Ю. Жужлова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 170-173.
8. Стекольщиков Л.В. Болезни системы кровообращения – одна из основных причин смертности населения трудоспособного возраста / Л.В. Стекольщиков // Вестник Чувашского университета. – 2012. – № 3. – С. 513-714.

9. Усачева Е.В. Информационно-аналитический модуль долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов с коронарным атеросклерозом / Е.В. Усачева, С.С. Бунова, А.С. Горбушин, А.Г. Дружинина // Врач и информационные технологии. – 2015. – № 1. – С. 48-53.
10. Усачева Е.В. Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в условиях отделения восстановительной терапии городской клинической больницы № 1 им. А.Н. Кабанова / Е.В. Усачева, С.С. Бунова, А.В. Нелидова, И.М. Зуева, А.О. Сукончик, А.А. Шишкина, А.А. Романов, Л.Н. Гасаенко, А.В. Тихонов, В.В. Кузнецова, Н.Л. Заворотняя // Омский научный вестник. – 2012. – № 2 (114). – С. 21-26.
11. Шаповаленко Т.В. Медико-социальная характеристика пациентов, лечившихся в центрах восстановительного лечения и реабилитации / Т.В. Шаповаленко // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – № 4. – С. 1000-1004.
12. Щепин В.О. Динамика структурно-функциональных преобразований в системе лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации / В.О. Щепин // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 3. – С. 12-15.
13. Щепин В.О. Состояние здоровья населения как определяющий критерий обоснования структурно-функциональных преобразований в системе здравоохранения Российской Федерации / В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 1996. – № 2. – С. 48-59.
14. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России / В.О. Щепин, Е.С. Пояркова // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 73-76.