

внеклеточного матрикса сердца, что связано с ремоделированием ЛЖ и спектр геометрических параметров сердца изменяется параллельно при структурных и функциональных изменениях в артериальном дереве.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ

Кадыралиев Б. К., Синельников Ю. С.,
Лазарьков П. В.
ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» МЗ РФ, г. Пермь

Введение (цели/ задачи):

Предоставить опыт организации школы здоровья для пациентов после операций на сердце.

Материал и методы:

За период с 01.09.2016 по 31.01.2017 года в ФЦССХ было организовано 18 кардиошкол, которые посетило 971 пациента. Каждое занятие включало в себя: лекционный материал, ответы на вопросы, практические занятия, индивидуальное консультирование. Выдавалась памятка «Жизнь с обновленным сердцем» разработанная студентами ПГМУ совместно со специалистами ФЦССХ. Оценка эффективности и значимости кардиошколы, а также начальный уровень знаний пациентов осуществлялся с использованием анкетирования, которое проводилось трёхкратно (до проведения школы, после и на момент выписки из стационара).

Результаты:

На первом этапе исследования была проведена оценка уровня знаний пациентов о факторах риска. Установлено, что только 5,4 % пациент осведомлены, что является наиболее распространенными факторами риска ССЗ, а знания о модифицированных факторах риска отсутствуют. На втором этапе оценки результатов исследования был осуществлен анализ факторов риска ССЗ в исследуемой группе. Фактор риска «отсутствие контроля АД» был выявлен у 264 мужчин (52 %) и 116 женщин (25 %), из них АГ страдали 166 мужчин и 24 женщины (62,9 и 20,7%). Обследуемых с нормальной массой тела было 185 женщины и 215 мужчин, с избыточной массой тела – 176 и 152 соответственно, с I степенью ожирения – 54 и 86, со II степенью ожирения – 49 женщины и 54 мужчины. Фактор риска «курение» присутствовал у 456 (курят), 51 (не курили), 89 (отказались) мужчин и 32 курят, 18 отказались, 442 не курили женщины. Положительные результаты знаний о сроках и правилах ношения грудного бандажа показали 49 женщин и 54 мужчины, неудовлетворительные ответы получены у 868 пациентов. О дозировках физической нагрузки в послеоперационном периоде были осведомлены 24 мужчины и 98 женщин (122 пациента). Правила приема лекарственных препаратов знали 156 мужчин и 167 женщины.

Заключение:

Проведение школы здоровья повлияло на все основные модифицируемые факторы риска ССЗ, сюда входит как соблюдение назначений врача, понимание важности сроков и правил ношения грудного бандажа в послеоперационном

периоде, так и приверженность здоровому питанию, отказ от вредных привычек, знание и нивелирование остальных факторов риска. Школа здоровья является важной частью профилактики ССЗ и должна быть включена в комплексное лечение.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ

Лясковская Н. И.
ФГБОУВО «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Для оптимизации лечебных мероприятий и повышения медицинского взаимодействия на базе филиала № 1 «Самарского медицинского клинического центра ФМБА» России в 2015 г организован лечебный комплекс: поликлиника - дневной стационар. Задачей нового объединения является реабилитация пациентов после стационарного лечения, осложненных гипертоническими кризами на амбулаторном этапе и предупреждение прогрессирования заболеваний и развития осложнений, требующих круглосуточной госпитализации.

Материал и методы:

В дневном стационаре пациенты терапевтического профиля получают консервативное лечение в течение 10-13 дней. Проводится комплексное обследование с использованием всего диагностического потенциала поликлиники и стандартное лечение с учетом российских рекомендаций в сочетании с лечебно-охранительным режимом, физиотерапией, массажем. Врач дневного стационара, располагая более длительным временем личного контакта с пациентом, проводит образовательный медицинский минимум знаний о болезни и воспитывает у пациента приверженность к лечению. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с привлечением дневного стационара 2 раза в год проведена за 12 месяцев работы. Врачи лечебного комплекса разработали показания для госпитализации. К ним относятся: артериальная гипертония (АГ) неустойчивого течения, осложненная гипертоническими кризами, впервые выявленная гипертония, сосудистые кризы, ИБС стабильного течения, диабетическая ангиопатия, дисциркуляторная и гипертоническая энцефалопатия 1-2 стадий с сохраненными когнитивными функциями, транзиторные ишемические атаки, последствия внутричерепного кровоизлияния и ишемического инсульта. Оказана лечебно-диагностическая помощь 102 пациентам, из которых 60% имели АГ и, или сахарный диабет (СД) 2 типа (36,7% мужчин, 63,3% женщин, средний возраст $59 \pm 12,3$). Средняя длительность заболевания составила 12 лет. Проведен анализ карт дневной госпитализации и соответствующих им амбулаторных карт. Выделены две группы. Первая включала больных с АГ 2 стадии, риск 2 (80%); вторая – АГ 3 стадии, риск 3 (20%). Все пациенты получали комбинированную гипотензивную терапию в сочетании с физиотерапевтическими методами и воспитанием приверженности к лекарственной терапии, рациональной диете, физическим лечебным комплексам. Всем пациентам с АГ 3 ст., риск 3, с трудно контролируемым течением гипертонии назначались статины в дозе 20 мг в сутки.

Результаты:

Наиболее трудной оказалось задача по изменению образа жизни пациентов. Из 11 курильщиков со «стажем» 20-30 лет полностью отказались 2 чел (18,2%), остальные снизили коли-

чество сигарет до 5 штук в день. Диетотерапия с ограничением простых углеводов, жиров и соли до 3 г в сутки полностью выполнялась в 78,2% всех наблюдений. Во 2 группе частота нарушения характера питания снизилась на 26%. Дозированное увеличение физической активности в виде ходьбы до 5 км в день по ровной местности достигнуто у 77,8%, у остальных наблюдаемых стали потребностью ежедневные прогулки по 2-3 км в зависимости от толерантности к физической нагрузке. Строгое выполнение диетических рекомендаций и физическая активность привели к снижению избыточной массы тела и частоты висцерального ожирения на 20,8 % у всех наблюдаемых. Плановые курсы терапии 2 раза в год в дневном стационаре оказали положительные результаты, особенно у пациентов с АГ 2 стадии. Улучшение самочувствия отмечено в 66,7 %, состояние без перемен – в 23,5%, ухудшение – в 9,8% случаях. Целевые уровни клинического АД достигнуты у 83,3% наблюдаемых лиц. Потребовалась круглосуточная госпитализация по поводу осложнений во 2 группе: 1 больной перенес ишемический инсульт и 2 нестабильную стенокардию. Эти пациенты отличались низкой приверженностью к комбинированной терапии.

Заключение:

Важнейшими составляющими эффективности амбулаторного лечения служат преемственность стационарного и поликлинического этапов ведения пациентов, и воспитание приверженности к лечению и здоровому образу жизни, что достигается за счет оптимального использования ресурсов медицинских учреждений и «человеческого» фактора в лице врача и пациента.

СОЧЕТАННОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК С ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ МЫШЦ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КАМИЛОВА У. К., ТАГАЕВА Д. Р., РАСУЛОВА З. Д.,
МАШАРИПОВА Д. Р., ДЖУРАЕВА В.
РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние прогрессирующих физических тренировок у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с курсовой электростимуляцией мышц (ЭСМ) на качества жизни больных и адаптацию организма к физическим нагрузкам по показателям толерантности к физическим нагрузкам.

Материал и методы:

Обследовано 130 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) осложненной ХСН I-III ФК. Средний возраст больных 63,2±1,5 лет. Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Показатели качества жизни оценивали по Миннесотскому опроснику, по опроснику «Индекс качества жизни» (Quality of life Index) (2000). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 65 больных ХСН I ФК (25), II ФК (26), III ФК (14); 2 группа - 65 больных ХСН I ФК (23), II ФК (27), III ФК (15). В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). 1 группа - занималась общепринятым вариантом комплекса физических упражнений, который включал в себя утреннюю гимнастику, с обязательным компонентом физической тренировки на аппарате MOTOMED viva 2, который включала в себя двигательную активность мышц ног, начальный уровень сложности был 5, 3, 1

у I II и III ФК, соответственно, и нагрузка ежедневно увеличивалась на одну единицу. Продолжительность комплекса занимало – 30 минут, с достижением аэробного порога (60-70% максимальной ЧСС). 2 группа - в дополнении к вышеуказанному получала электростимуляцию крупных скелетных мышц: ягодичных мышц, мышц передней поверхности бедра и голени с помощью аппарата «Амплипульс», предназначенного для электрического воздействия низкочастотными импульсными токами. Сила тока во время сеанса соответствовала отчетливому, но безболезненному мышечному сокращению. Длительность сеанса составляла 20 минут. Десятидневный курс электростимуляции больные получали 1 раз в 2 месяца, всего - 3 курса.

Результаты:

У больных I и II группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p<0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p<0,001$). Оценка показателей качества жизни до лечения показала, что суммарный показатель физического здоровья больных ХСН у больных II ФК на 17,1 % и 15,4% ($p<0,01$), у больных III ФК на 38% и 37,7% ниже, чем у больных I ФК, в I и II группе соответственно. После 6 месячного лечения у больных I группы эти показатели имели следующие значения - у больных I ФК на 12,8% и 41,8% ($p<0,001$), у больных II ФК на 13,9% и 22,5% ($p<0,001$), у больных III ФК на 8,5% и 18,2% ($p<0,001$), соответственно. Во 2 группе суммарный индекс качества жизни улучшились от исходных значений - у больных I ФК на 32,4% и 50,7% ($p<0,001$), у больных II ФК на 25% и 42,6% ($p<0,001$), у больных III ФК на 23,8% и 29,2% ($p<0,001$), соответственно. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p<0,001$), у больных второй группы на 16,3%, 19,4% и 23% ($p<0,005$), соответственно.

Заключение:

Курсовое применение ЭСМ в сочетании с лечебной гимнастикой и в виде прогрессирующих физических тренировок с нарастающей нагрузкой способствуют выраженному повышению толерантности к физическим нагрузкам, увеличивают работоспособность и улучшают показатели качества жизни больных с ХСН.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

АЛЬБУМИНУРИЯ КАК ВАЖНЫЙ МАРКЕР В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Лясковская Н. И.

ФГБОУВО «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Современные рекомендации в кардиологии направлены на раннее выявление кардиоренальной патологии с целью увеличения продолжительности жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Хроническая болезнь почек (ХБП) это надзологическое понятие является подтвержденным самостоятельным фактором риска заболеваемости и прогрессирования патологии системы кровообращения. По данным исследования NIPPONDATA90 риск сердечно-сосудистой смерти для жителей Японии, не страдавших ранее ССЗ, возрастает обратно пропор-