

МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Р. Айбазов²,
В. Зафирова¹, кандидат медицинских наук,
К. Амлаев¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Хубиева²

¹Ставропольский государственный медицинский университет

²Карачаево-Черкесская республиканская больница, Черкесск

E-mail: kum672002@mail.ru

В статье представлены результаты реабилитации кардиохирургических пациентов по авторской методике.

Ключевые слова: кардиологические заболевания, реабилитация, Венла-факсин, тревожно-депрессивный синдром.

Необходимость оптимизации и улучшения оказания медицинской помощи пациентам на всех этапах, особенно уже после выписки из стационара — крайне актуальная задача.

В сфере реабилитации кардиологических больных сегодня в основном акцент делается на интенсивной терапии, в том числе методом агрессивного воздействия сразу на несколько факторов риска, что снижает частоту сердечно-сосудистых осложнений на 53% (Шальнова С.В., Деев А.Д., 2005). При этом существенный экономический и медико-социальный эффект возможен только при комплексном решении проблем кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде с использованием современных методик реабилитации.

Нами изучено качество жизни пациентов кардиохирургического профиля до лечения и после 6-месячного периода реабилитации с применением различных методик. Целью исследования было оценить эффективность предложенной методики реабилитации кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде.

Находившиеся на оперативном лечении в 2014 г. пациенты Карачаево-Черкесской республиканской больницы (Черкесск) были случайным образом разделены на 2 группы — исследуемую и контрольную, не различающиеся по половому и возрастному составу. В каждой группе по 102 пациента, из которых 40 было проведено аортокоронарное шунтирование (АКШ) и в 62 — стентирование. Возраст пациентов варьировал от 40 до 65 лет. Большинство больных были мужчины; женщин в исследуемой группе было 27, в контрольной — 25. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Было также получено одобрение локального этического комитета на проведение исследования.

Пациенты контрольной группы получали стандартное лечение: антиагреганты + β -блокаторы + средства, нормализующие артериальное давление (АД) + статины. Кроме

того, им назначали дыхательную гимнастику, пешие прогулки, они вели дневник и 1 раз в квартал посещали врача. Пациенты исследуемой группы, кроме того, дополнительно получали антидепрессант Венлафаксин в дозе 75 мг/сут (в течение 3 мес с последующим ступенчатым уменьшением суточной дозы).

При оценке по шкале госпитальной тревоги и депрессии (HADS) у 70% пациентов, которым было проведено АКШ, диагностирована тревога, у 30% – субклинические ее проявления. Депрессия диагностирована у 56% пациентов, субклинические ее проявления – у 27%. Сочетание тревоги и депрессии отмечалось у 36% пациентов. Среди прошедших стентирование тревога была диагностирована у 60% пациентов, субклиническая тревога – у 18%, депрессия – у 34%, субклиническая депрессия – у 30% пациентов, сочетание тревоги и депрессии – у 22%.

По завершении курса лечения пациенты обеих групп проходили контрольный тест 6-минутной ходьбы, оценивали также динамику качества их жизни с помощью опросника SF-36. Анализ данных, полученных в 2 группах, не выявил статистически значимых различий.

Кроме того, мы оценили уровень медицинской грамотности и приверженность лечению пациентов по истечении 6 мес реабилитационного периода. Исследование показало, что отлично информированы о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний 17,5% респондентов исследуемой и только 1,1% – контрольной группы, кроме того, в последней группе у 5% пациентов отмечены неудовлетворительные знания (χ^2 Пирсона – 17,997; $p=0,001$).

При оценке знаний и навыков по самоконтролю состояния здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в слу-

чае обострения и кризов оказалось, что в исследуемой группе 4,9% респондентов обладают отличными знаниями в данной области, а у 12,2% они неудовлетворительные (χ^2 Пирсона – 7,301; $p=0,06$). К ведению дневника более ответственно отнеслись пациенты исследуемой группы: регулярно его вели соответственно 29,3 и 21,8% пациентов, от случая к случаю – 41,5 и 51,7%, вообще не вели – 29,3 и 26,4%. При оценке перечисленных знаний и навыков статистически значимой разницы между группами не выявлено.

Изучая приверженность лечению и выполнение рекомендаций врача (отказ от курения, режим питания, физической активности, систематический прием лекарств, регулярное посещение лечащего врача), мы основывались на оценке статуса курения с помощью аппарата Микро СО, ведении дневника пациента, предоставлении пустых упаковок от лекарств, учете посещений врача.

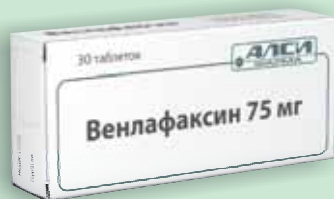
Оказалось, что в полной мере указания врача выполняли 27,5% пациентов исследуемой и 5,8% – контрольной группы; выполняли, но не на 100% – соответственно 37,5 и 50% пациентов, частично – 35 и 44,2% (χ^2 Пирсона – 11,596; $p=0,03$; различия статистически достоверны).

Результаты теста 6-минутной ходьбы через 6 мес реабилитационного периода статистически значимо различались в группах: в исследуемой пройденное расстояние в среднем составило 318 м, в контрольной – 288 м (t-критерий Стьюдента – 2,259; $p=0,026$).

Динамику тревожно-депрессивных расстройств изучали по шкале HADS (баллы).

Так, уровень тревоги (исходно) в группах почти не различался (в исследуемой группе – 10,0, в контрольной – 9,7 балла), а после курса терапии он составил соответственно

Сердечные дела не стоят переживаний:



Венлафаксин

Серотонин и норадреналин
СИОЗСин



Сердечные дела не стоят на месте:

Лизиноприл

Амлодипин

Индапамид ретард

Триметазидин

Аторвастатин

Розувастатин

Симвастатин



На правах рекламы



ЗАО "АЛСИ Фарма"
129272, Москва, Трифоновский тупик, 3
Тел.: (495) 787-70-55 --- www.alsi.ru

5,5 и 7,4 балла. Уровень депрессии понизился соответственно с 9,1 и 9,2 балла до 4,5 балла в исследуемой и 6,7 – в контрольной группе.

С помощью опросника качества жизни (SF-36 мини) удалось установить, что физический компонент здоровья в исследуемой группе статистически значимо повысился с 213,2 до 281,0 балла (в контроле – с 202,6 до 247 балла), а психический компонент здоровья – с 210,5 до 284 балла; в контроле – с 204,8 до 216,0 балла (различия статистически значимы).

Таким образом, результаты реабилитации пациентов кардиохирургического профиля в исследуемой группе оказались более выраженными за счет повышения приверженности лечению (обязательный визит к врачу 1 раз в месяц с отчетом о ходе реабилитации), регулярных физических нагрузок, фиксируемых в дневнике пациента, эффективной коррекции тревожно-депрессивных расстройств вследствие назначения Венлафаксина (в дозе 75 мг/сут в течение 3 мес с постепенной отменой препарата в течение 2 нед на фоне традиционной при сердечно-сосудистой патологии медикаментозной терапии). При приеме Венлафаксина у пациентов в начале курса иногда возникали побочные явления (зевота, нарушения сна, кратковременно протекающие состояния «волнения», легкое усиление раздражительности); они были преходящими и не требовали отмены препарата.

Предложенная нами методика восстановительного лечения с использованием современных антидепрессантов и схем повышения приверженности лечению продемонстрировала свою эффективность и может быть рекомендована к использованию в центрах восстановительной терапии и реабилитации.

REHABILITATION METHODS FOR CARDIAC SURGERY PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

R. Aibazov²; V. Zafirova¹, Candidate of Medical Sciences; Professor K. Amlaev¹, MD; A. Khubieva²

¹Stavropol State Medical University

²Karachay-Cherkess Republican Hospital, Cherkessk

The paper gives the results of rehabilitation in cardiac surgery patients according to the authors' procedure.

Key words: heart diseases, rehabilitation, velaxin, anxiety-depressive syndrome.