

## САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СТАДИИ РАННЕЙ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

О.О. Князюк, Н.А. Холмогоров, А.А. Федотченко

(Иркутский клинический курорт «Ангара», генеральный директор — гл. врач, к.м.н. Н.А. Холмогоров)

**Резюме.** Санаторный этап реабилитации является важным этапом восстановительной терапии больных острым инфарктом миокарда.

**Ключевые слова.** Инфаркт миокарда, санаторная реабилитация, качество жизни больных.

Реабилитация кардиологических больных — это совокупность мероприятий, необходимых для обеспечения их оптимальными физическими, психическими, социальными условиями, которые позволили бы им по возможности занять нормальное место в обществе (ВОЗ, 1969). На госпитальном этапе по-прежнему остается актуальной проблема выбора оптимальной продолжительности стационарной помощи больным инфарктом миокарда (ИМ).

В условиях нашей страны, по мнению Р.Г. Оганова и Д.М. Аронова [9], с большим коечным фондом, ранняя выписка из стационара вряд ли является экономически оправданной. Больные после подобной выписки оказываются в трудной ситуации, особенно на этапе поликлинического наблюдения. Исключение составляют больные, которых направляют в реабилитационные отделения местных санаториев [2]. По данным Фонда социального страхования отделения реабилитации кардиологических больных в местных санаториях функционируют в 57 регионах страны, и за год по схеме стационар-санаторий проходит около 28500 больных, перенесших острый ИМ.

Ведущий в России Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РК НПК МЗ и СР РФ определил и рекомендовал придерживаться сроков перевода больных ИМ в реабилитационные отделения санаториев: через 14 дней от начала заболевания при неосложненном нижнем, через 18 дней — при неосложненном переднем и после 30 дней — при других формах острого ИМ. С точки зрения социальной защиты такой подход является вполне обоснованным. Увеличенный по сравнению с зарубежным койко-день с лихвой компенсируется относительно низкой стоимостью койко-дня в России и более стабильным состоянием больных к моменту выписки.

Во многих странах мира пришли к выводу, что комплексная программа реабилитации должна состоять из трех компонентов: программы физических тренировок, программ повышения психосоматического и профессионального статуса.

Физические тренировки являются обязательным и весьма эффективным компонентом реабилитации для всех кардиологических больных [1,8,10]. Положительные эффекты физических тренировок заключаются в уменьшении смертности на 20-25%. Наряду с повышением физической работоспособности физические тренировки сопровождаются снижением уровня холестерина, триглицеридов, числа сердечных сокращений и артериального давления, увеличением максимального потребления кислорода, снижением дефекта перфузии миокарда при нагрузке [4,6].

Следующий актуальный вопрос современной реа-

билитационной политики связан с состоянием трудоспособности больного после острого ИМ. В 80-е годы прошлого столетия в нашей стране более 80% больных, перенесших ИМ, возвращались к труду на первом году болезни. В настоящее время наблюдаются отрицательные явления в состоянии трудоспособности населения.

Так, по данным Совета по делам инвалидов, показатель первичной инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний за последние 20 лет возрос в 3,5 раза. Это связано с падением жизненного уровня, спадом производства, крайне низкой зарплатой, безработицей. Сотни тысяч больных и пожилых людей были вынуждены обратиться в медико-социальную экспертную комиссию для получения инвалидности [9]. Таким образом, показатель трудоспособности населения потерял свою объективность и не может служить объективным критерием эффективности реабилитационных мероприятий.

Следующий важный компонент реабилитации и вторичной профилактики — психосоциальное консультирование и обучение [3,5]. Организация школ для больных и их родственников, организация коронарных клубов доказали свою эффективность.

Из всего сказанного следует, что сложившиеся ранее критерии эффективности реабилитационных мероприятий, основанные на традиционных показателях — средней продолжительности жизни, смертности, сегодня не в полной мере стали объективными критериями. В настоящее время все чаще делается акцент на целесообразность оценки качества жизни (КЖ) больных. КЖ — это субъективный критерий физического, психологического и социального благополучия [7]. В медицинской практике исследование КЖ используется в различных целях: для выявления психологических проблем у больных; оценки эффективности препарата или метода лечения; определения прогноза заболевания; анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи и т.д. Оценка КЖ помогает врачу индивидуализировать терапию и дает важную информацию для прогноза заболевания.

Следовательно, основной задачей санаторного этапа реабилитации больных ИМ является восстановление их физической работоспособности и улучшение психологического статуса. По завершению санаторного лечения больные должны быть подготовлены к возобновлению трудовой деятельности в максимально возможной степени. В связи с этим из стационаров в реабилитационные отделения местных санаториев и курортов направляются главным образом больные трудоспособного возраста с относительно благоприятным прогнозом.

Видное место в системе санаторного этапа восста-

новительного лечения больных ИМ занимают методы физиобальнеотерапии. Цели их применения сегодня обозначены достаточно четко:

— влияние на процессы регенерации, состояние коронарного кровообращения и метаболизм сердечной мышцы, экстракардиальные механизмы для улучшения сократительной функции миокарда и нормализации электрической активности сердца, что должно обеспечить стабилизацию и восстановление функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы;

— улучшение кровообращения головного мозга, общей и церебральной гемодинамики, нормализации биоэлектрической активности и корково-подкорковых взаимосвязей.

Повышению эффективности реабилитационных мероприятий способствует климатотерапия, основным видом которой является аэротерапия. В первые 3-4 дня после перевода в санаторий больным рекомендуется длительное пребывание на свежем воздухе с последующим включением прогулок и различных видов лечебной физкультуры.

Среди методов немедикаментозного лечения несомненное значение имеет бальнеотерапия. Лечебные ванны вызывают расширение периферических сосудов, улучшают микроциркуляцию, повышают сердечный выброс наряду с рефлекторным урежением сердечного ритма. В фазу реконвалесценции бальнеотерапию у больных ИМ проводят главным образом 4-х камерными ваннами — углекислыми, сероводородными, кислородными, радоновыми, но особенно показанными являются сухие углекислые ванны. Механизм их действия связан с нейрогуморальным влиянием углекислого газа на емкостные сосуды и сосуды сопротивления с уменьшением «пред-» и «постнагрузки» на миокард.

Довольно часто в восстановительном лечении больных ИМ используется электросон [1]. Применение электросна в комплексном лечении улучшает психоэмоциональное состояние больных — снижает чувства тревоги и напряженности, раздражительности, создает лучшие условия для психотерапии.

Другим часто используемым методом физиотерапевтического лечения больных ИМ является лекарственный электрофорез. Получены экспериментальные и клинические подтверждения положительного влияния постоянного тока на ишемизированный миокард. Механизм кардиопротекторного действия постоянного тока заключается в коррекции и стабилизации мембран кардиомиоцитов, поддержании величины трансмембранного потенциала, в улучшении микроциркуля-

торных процессов. Наиболее часто с помощью электрофореза у больных ИМ вводятся такие препараты, как новокаин, гепарин, аспирин, лидокаин, обзидан, витамины, аминазин.

Из достаточно широко используемых физиотерапевтических методов лечения больных ИМ является и магнитотерапия. Установлено, что лучший клинический эффект наблюдается при применении переменного низкочастотного магнитного поля с величиной индукции от 10 до 35 мТ [1]. При расположении индуктора над областью сердца и в проекции сердца со стороны спины урежение или прекращение приступов стенокардии наблюдается более чем у 90% больных.

В настоящее время в лечении больных ИМ в стадии ранней реконвалесценции широко применяется низкоэнергетическое лазерное излучение [1]. Обилие фактических данных, касающихся динамики клинических функциональных и биохимических показателей, подтверждают не только эффективность этого метода, но и указывают на реальные пути формирования лечебного эффекта. В этих работах приводятся данные о мембранопротекторном, стресслиминирующем действии лазерного излучения, о положительном его влиянии на микроциркуляцию и ультраструктуру кардиомиоцитов. В них возрастает количество митохондрий, рибосом, полисом, что объясняется активацией белкового синтеза.

В последние годы в комплексном лечении больных ИМ стали применяться электромагнитные ванны миллиметрового диапазона (КВЧ-терапия). Пока не многочисленны данные о применении КВЧ-терапии у больных ИМ указывают на седативный эффект, снижение метеолабильности, артериального давления, уровня холестерина, гиперкоагуляции крови.

Широко используется и хорошо зарекомендовал себя в лечении больных ИМ массаж воротниковой зоны, спины и нижних конечностей. Достаточно хорошо разработаны и дифференцированные методики массажа больных ИМ с наличием сопутствующих заболеваний.

Массаж прекардиальной области, левой лопатки и руки рефлекторно приводит к урежению числа сердечных сокращений и удлинению диастолы, прекращению экстрасистол.

Положительный терапевтический эффект после санаторного этапа реабилитации больных ИМ составляет 94-96%.

Таким образом, полноценная санаторная реабилитация является важным этапом восстановительной терапии больных, перенесших ИМ.

## SANATORNY STAGE TO REHABILITATIONS BY SICK HEART ATTACK OF THE MYOCARDIUM IN STAGE EARLY REKONVALESCENCI

O.O. Knyazyuk, N.A. Holmogorov, A.A. Fedotchenko  
(Clinical health resort «Angara», Irkutsk)

Sanatorny stage to rehabilitations is an important stage reconstruction therapy by sick sharp heart attack of the myocardium.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамович С.Г.* Немедикаментозное лечение и профилактика ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. — М.-Иркутск: РИО ГУ РНХ ВСНЦ РАМН, 2005. — 279 с.
2. *Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Погонова Г.В.* Постстационарный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Сердце. — 2005. — № 2. — С.103-108.

3. *Барабаш О.Л., Лебедева Н.Б., Жукова Е.Ю.* Эффективность поведенческих реабилитационных программ у больных инфарктом миокарда в зависимости от типа коронарного поведения // Кардиология. — 2001. — № 12. — С.73-74.

4. Белоусова Н.С. Сравнительные характеристики велотренировок с применением методов оптимальной частоты педалирования и свободного выбора нагрузки в физической реабилитации больных инфарктом миокарда на санаторном этапе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Томск, 1997. — 26 с.
5. Громова Е.А., Гафаров В.В., Гагулин И.В. 8 летнее изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда в популяции мужчин 25-64 лет // В материалах Российского нац. конгресса кардиологов. — Томск, 2004. — С.130.
6. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Разумов А.Н. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушениями ритма и проводимости с помощью физических факторов. — М.-Красноярск-Томск-Пятигорск, 2003. — Т. 1,2. — 609 с.
7. Лычев В.Г. Эффективность реабилитации больных инфарктом миокарда на тредмиле, используемом в качестве тренажера // Материалы Российского нац. конгресса кардиологов. — Томск, 2004. — С.294.
8. Некоркина О.А. Статистические и динамические физические нагрузки: применение в реабилитации больных с острой коронарной патологией // Вопр. курортотол. — 2004. — № 1. — С.51-53.
9. Оганов Р.Г., Аронов Д.М. Актуальные вопросы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. — 2002. — №1. — С.10-15.
10. Петров В.И., Собанов А.В., Смуева О.Н. Фармакологические аспекты антигипертензивной терапии. Анализ «затраты — польза» // Материалы Российского нац. конгресса кардиологов. — Томск, 2004. — С.379-380.

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ПИНСКИЙ С.Б., КОЛМАКОВ С.А., КИЛИН А.Г., ФЕДОРОВА О.А. — 2006

### СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА МЭН

С.Б. Пинский, С.А. Колмаков, А.Г. Килин, О.А. Федорова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

**Резюме.** Представлен случай атипичного варианта синдрома множественной эндокринной неоплазии — сочетания первичного гиперальдостеронизма и узлового зоба. Приводятся показания к хирургическому лечению и этапность их выполнения.

**Ключевые слова.** Синдром МЭН, гиперальдостеронизм, узловой зоб.

Несмотря на относительную редкость сочетания множественных опухолей эндокринных желез, в последнее десятилетие значительно увеличилась частота их выявления, что обусловлено улучшением диагностики за счет внедрения новых высокотехнологичных методов исследований. Различают 3 основных типа множественных эндокринных неоплазий: МЭН-I, МЭН-IIa, МЭН-IIb. МЭН-I (синдром Вермера) характеризуется одновременным наличием доброкачественных опухолей передней доли гипофиза, узловой гиперплазии околощитовидных желез, функционально активных опухолей поджелудочной железы. Для МЭН-IIa (синдром Сиппла) свойственно сочетание медуллярного рака щитовидной железы и феохромоцитомы надпочечников, в ряде наблюдений также гиперплазии и аденоматоза околощитовидных желез. МЭН-IIb (синдром Горлинга) характеризуется сочетанием медуллярного рака щитовидной железы, двухсторонней феохромоцитомы, нейроматоза слизистых оболочек, мышечно-скелетные аномалии.

В последние годы появились сообщения о новых не типичных вариантах синдрома МЭН, в том числе единичные наблюдения сочетания первичного гиперальдостеронизма и узлового зоба [2,4,5]. В структуре заболеваний, сопровождающихся артериальной гипертензией (АГ), частота первичного гиперальдостеронизма (ПГА) по последним данным превышает 10% симптоматических АГ эндокринного генеза [1,3]. ПГА может быть обусловлен первичной альдостеронпродуцирующей аденомой (синдром Конна), карциномой коры надпочечников или диффузно-узловой её гиперплазией.

Наибольшее клиническое значение имеет синдром Конна.

В связи с недостаточным знакомством врачей с синдромами МЭН, особенно их атипичными формами, трудностями диагностики и относительной редкостью, приводим собственное наблюдение.

Больная С., 60 лет, поступила в клинику 12.10.2005 с жалобами на общую слабость, мышечные боли, быструю утомляемость, повышение АД в течение 15 лет. В 2005 г. стали нарастать мышечная слабость, утомляемость, мышечные боли, АД имело постоянный характер, без кризового течения в пределах 170-180/90-100 мм рт.ст. В течение года лечилась амбулаторно по поводу гипертонической болезни. В этом же году впервые выявлен сахарный диабет. Семейный анамнез по эндокринной патологии не отягощен. Больная консультирована и обследована в Областном диагностическом центре. Общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы. Некоторые данные диагностически значимых лабораторных исследований представлены в таблице.

При КТ исследовании: правый надпочечник Y-образной формы, размерами 17х36 мм, толщина ножек до 5 мм. В медиальной ножке определяется овальное объемное образование размерами 16х22 мм, плотностью 5 Н, с относительно четкими контурами. Левый надпочечник Y-образной формы, размерами 17х23 мм, толщина ножек до 5 мм. Нативная плотность паренхимы надпочечников около 15 Н. Объемное образование правого надпочечника контраст накапливает до 18-20 Н. Заключение: опухоль правого надпочечника.

При УЗИ: в проекции правого надпочечника лоци-