

Вопросы практического здравоохранения и случаи из практики

© ИВАНОВ А.Г., ОПАЛЕВА-СТЕГАНЦЕВА В.А., 1995
УДК 616.127-005.8-036.86

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В г.КРАСНОЯРСКЕ

(предварительное сообщение)

Иванов А.Г., Опалева-Стеганцева В.А.

(Красноярский медицинский институт,
кафедра пропедевтики внутренних болезней —
зав.каф. докт. мед. наук. проф. В.А.Опалева-Стеганцева)

Резюме. Изучалась социальная эффективность реабилитации у 75 больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Установлено, что последовательная реабилитация больных (стационар — кардиологический санаторий — отделение восстановительного лечения поликлиники) — наиболее эффективна: больничный лист сокращается на 26-60 дней. У мужчин и женщин с трансмуральным или крупноочаговым нетрансмуральным ИМ сохраняются такие же тенденции в изменении продолжительности больничного листа, как и в общей популяции больных. Установлено также, что прохождение реабилитации после выписки из стационара только в отделении восстановительного лечения (ОВЛ) поликлиники оказывает большее влияние на укорочение сроков первичного больничного листа, чем реабилитация после стационара только в кардиологическом санатории.

Реабилитация больных, перенесших ИМ, является актуальной и сложной проблемой здравоохранения. До сих пор большой процент лиц, перенесших это заболевание, теряет трудоспособность. Многие из тех, кто перенес ИМ, в течение ближайших нескольких лет переносят новый инфаркт, нередко заканчивающийся летально [1,2,3,4].

В последние годы в стране принята разработанная ВКНЦ АМН РФ комплексная трехэтапная программа реабилитации больных, перенесших ИМ. Она включает пребывание больного в стационаре, затем сразу же — в загородном кардиологическом санатории, где проходит долечивание, и далее — в поликлинике по месту жительства под наблюдением кардиолога.

Проведенные ВКНЦ исследования показали высокую эффективность этой программы по сравнению с двухэтапной (стационар — поликлиника) [2,4]. Однако не везде имеется реальная возможность осуществлять трехэтапную реабилитацию больных, перенесших ИМ. Немалое количество больных по-прежнему реабилитируются по двухэтапной программе. В последнее время в поли-

клиниках стали создаваться ОВЛ, где проводится реабилитация больных, перенесших ИМ.

Целью нашего исследования было изучить социальную эффективность различных программ реабилитации больных, перенесших ИМ: этапную, 2-этапную, причем, как при наличии ОВЛ, так и без него.

Методы и материал

Сбор материала осуществлялся в четырех поликлиниках г.Красноярска. Анализировались амбулаторные карты больных. Группы формировались по случайному принципу. В анализ не включались больные, которым при первичной ВТЭК была установлена 2 группа инвалидности (т.к. это, как правило, были больные с тяжелым течением заболевания, и реабилитационные мероприятия у них были малоэффективными независимо от их объема).

Анализовалась группа больных с первичным ИМ, состоявшая из 75 человек трудоспособного возраста. Среди них мужчин было 54, женщин — 21 человек. Все они к моменту выписки из стационара не имели противопоказаний для направления на долечивание в загородный кардиологический санаторий. Были выделены следующие группы больных: 1 — лица, не проходившие реабилитацию ни в загородном кардиологическом санатории, ни в ОВЛ поликлиники; 2 — не реабилитировавшиеся в санатории, но прошедшие через ОВЛ поликлиники; 3 — проходившие реабилитацию в санатории, но не прошедшие через ОВЛ; 4 — прошедшие через отделение реабилитации санатория и через ОВЛ поликлиники.

Загородный кардиологический санаторий «Енисей», где осуществляется реабилитация больных ИМ, функционирует в Красноярске с 1987 г. С 1986 г. в некоторых поликлиниках начали функционировать отделения восстановительного лечения. Здесь больные получали медикаментозное лечение, ЛФК и физиопроцедуры. Критериями адекватности нагрузок являлись клинические проявления и данные велоэргометрии.

Изучалась продолжительность первичного больничного листа в зависимости от программы реабилитации, а также от распространенности ИМ

и от пола больных.

При обработке материала пользовались методом исключения высказывающих данных.

Результаты и обсуждения

В результате анализа полученных данных установлено, что проведение целенаправленной последовательной реабилитации больных после выписки из стационара (4-я группа) сокращает продолжительность первичного больничного листа у больных с трансмуральным (ТМ) и крупноочаговым (КО) нетрансмуральным ИМ в среднем на 38 дней минимально и на 60 дней максимально. У больных с мелкоочаговым (МО) нетрансмуральным ИМ также отмечается соответствующее уменьшение продолжительности пребывания на больничном листе (БЛ) на 10 и 26 дней. При этом прохождение больными редуцированной программы реабилитации (либо только ОВЛ, либо только санаторий) хотя и оказывает положительное влияние, но оно менее выражено (сокращение продолжительности больничного листа происходит соответственно на 38-42 дня и на 10 дней). Наибольший же положительный эффект отмечается в том случае, когда реабилитация проводится по полной программе, последовательно с сохранением преемственности.

Анализ результатов реабилитации у мужчин и женщин при прочих равных условиях показал следующее. Среди лиц с крупноочаговым и трансмуральным инфарктом миокарда, не прошедших реабилитацию в санатории или в ОВЛ поликлиники, продолжительность первичного больничного листа у женщин больше, чем у мужчин. Проведение специализированной реабилитации (2, 3, 4-я группы больных) более выражено сокращает продолжительность больничного листа у мужчин и женщин с крупноочаговым инфарктом миокарда. Следует отметить, что степень положительного влияния полноценной последовательной реабилитации у женщин больше, чем у мужчин (больничный лист у женщин сократился на 59 дней, у мужчин — на 48 дней).

В ряде случаев у больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда из-за малочисленности группы не удалось провести сравнительного анализа. Однако установлено, что продолжительность первичного больничного листа у мужчин с мелкоочаговым инфарктом миокарда больше, чем у женщин.

Проведенные реабилитационные мероприятия практически не влияли на продолжительность больничного листа у женщин с мелкоочаговым

инфарктом миокарда (очевидно, потому, что она и так была небольшой — около 82 дней). У мужчин же с мелкоочаговым инфарктом миокарда эти мероприятия привели к уменьшению длительности первичного больничного листа.

Оценивая влияние различных этапов реабилитации на продолжительность первичного БЛ у больных, перенесших ИМ, мы обратили внимание на следующую деталь. Прохождение реабилитации только в ОВЛ через некоторое время после выписки из стационара способствует более выраженному укорочению первичного БЛ по сравнению с прохождением реабилитации только в загородном кардиологическом санатории (т.е. без последующей реабилитации в ОВЛ поликлиники). Очевидно, в подобной ситуации перерыв в целенаправленных реабилитационных воздействиях приводит к удлинению сроков первичного больничного листа даже без объективных на то причин. Это наблюдение требует дальнейшего подтверждения и объяснения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по комплексной поэтапной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, в условиях стационара, санатория и поликлиники. — М., 1977.
2. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М., 1988.
3. Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда /Под ред. И.К.Шхвацабая (СССР) и Г.Андерса (ГДР) — М., 1983.
4. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М., 1978.

Summary

Social rehabilitation efficiency has been studied in 75 patients after myocardial infarction (IM). It was proved that consecutive rehabilitation of patients (hospital — cardiological health-center — cardiac rehabilitation department of polyclinic) is the most effective program (sick-leaves are 26-60 days shorter). Men and women with transmural myocardial infarction and macrofocal non-transmural myocardial infarction demonstrated the same changes in duration of their sick-leaves as in general group.

It has been proved that those patients get sick-leaves for shorter periods who have undergone post-hospital rehabilitation only in the rehabilitation treatment department of the polyclinic, than those, who have undergone rehabilitation treatment only in cardiological health centre.

© ЛАЛЕТИН В.Г., СИНЕВА И.В., 1995
УДК 616.346:611.664-081

ЭНДОМЕТРИОЗ СЛЕПОЙ КИШКИ

Лалетин В.Г., Синева И.В.

(Иркутский государственный медицинский университет,
курс онкологии — зав. докт. мед. наук В.Г.Лалетин)

Эндометриоз характеризуется разрастанием ткани, сходной по своему строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки [1,2]. Это гормонозависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушения иммунного гомеостаза.

Интерес к эндометриозу возрос ввиду высокой

его частоты, а также ввиду необходимости дифференциальной диагностики этого заболевания с онкологическими процессами, симптомы которых имеют некоторое сходство.

Основным клиническим проявлением эндометриоза является нарушение функции половых органов, проявляющееся обычно болезненными и обильными месячными. Кишечник может вовле-