

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

В.І. Клименко, І.М. Денисенко (Запоріжжя)
Запорізький державний медичний університет

Резюме. Висвітлено проблеми медичної реабілітації кардіологічних хворих. Наведено існуючі моделі організації медичної реабілітації таких хворих у світі.

Ключові слова: хвороби системи кровообігу, медична реабілітація.

Хронічні неінфекційні захворювання є причиною 77,0% усіх хвороб і 86,0% випадків смерті, переважну більшість серед яких становлять хвороби системи кровообігу (ХСК) [4]. В економічно розвинутих країнах питома вага смертності внаслідок ХСК дорівнює близько 50,0%, в Україні – 62,2% (2008 р.) [18]. Спектр кардіологічної патології в Україні є досить близьким до загальноєвропейського: поширеність артеріальної гіпертензії в державі у 2005 р. становила 18,8 на 100 жителів, у країнах Європи – 18,0 [6]. Таким чином, смертність від ХСК в Україні вища, ніж в економічно розвинутих країнах, і є однією з основних причин підвищення рівня загальної смертності на тлі значно коротшої тривалості життя. Беручи до уваги зростаючі обсяги витрат і рівень поширеності ХСК, усі країни, в тому числі Україна, розробляють комплексний план боротьби з цією проблемою. Без розширення можливостей галузі охорони здоров'я та участі різних секторів суспільства, самого населення в усіх видах медичної профілактики ХСК збільшуватиметься передчасна смертність внаслідок цієї патології, зменшуватиметься середня тривалість життя людей з ХСК [1–3; 5].

Мета роботи – вивчити моделі організації медичної реабілітації кардіологічних хворих у сучасних умовах за даними наукових джерел.

Матеріали та методи

Інформаційну базу дослідження становили наукові джерела, статті вітчизняних і зарубіжних вчених, нормативно-правова база організації медичної допомоги кардіологічним хворим. У процесі дослідження використано бібліосемантичний метод і контент-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

У доповіді Комітету експертів ВООЗ «Боротьба з артеріальною гіпертензією» запропоновано рекомендації щодо зміни способу життя (немедикаментозне лікування), які мають на меті:

- зниження артеріального тиску (АТ) у конкретного хворого;
- зведення до мінімуму медикаментозного лікування;
- зниження рівня супутніх чинників ризику (ЧР) або їх усунення;
- первинна профілактика артеріальної гіпертензії та інших серцево-судинних захворювань у популяції.

У 2/3 дорослого населення України виявляється хоча б один ЧР ХСК [16]. У результаті Фремінгемського дослідження [27], яке розпочалося ще у 1948 р., з'ясовано провідні ЧР, які впливають на виникнення і прогресування ХСК: тютюнопаління (1960), підвищений рівень холестерину в крові, підвищений АТ і порушення ритму (1961), зниження фізичної активності та надмірна вага (1967), генетична схильність (1971), цукровий діабет та його ускладнення (1974), менопауза (1976), психологічні фактори (1978), високий рівень фібриногену в крові (1987), ізольована систолічна гіпертензія (1988), м'яка ізольована систолічна гіпертензія (1993). Дослідженням доведено обумовленість ХСК підвищеним АТ (1970), фібриляцією передсердь (1978), тютюнопалінням (1988), гіпертрофією лівого шлуночка (1994) як ЧР інсульту. У 1977 р. описано роль тригліцеридів, ліпопротеїдів низької та високої щільності у виникненні та ускладненні перебігу ХСК. У 1981 р. виявлено, що цигарки з фільтром не попереджують виникнення ХСК. У тому ж році встановлено зв'язок між дотриманням дієти та ХСК. При підведенні

підсумків Фремінгемського дослідження у 1987 р. встановлено прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем холестерину в крові та ризиком смерті у молодих чоловіків. Майже одночасно доведено, що високий рівень ліпопротеїдів високої щільності знижує ризик смерті (1988 р.), виявлено зв'язок поведінки типу А з ХСК, який потім назвали типом А коронарної поведінки (1990). У 1997 р. описано кумулятивну дію тютюнопаління і підвищення рівня холестерину на розвиток атеросклерозу. У 1998 р. запропоновано формулу для розрахунку ризику розвитку коронарних захворювань протягом наступного десятиріччя. У 2002 р. у звіті Фремінгемського дослідження (New England Journal of Medicine, 2002) доведено сильний зв'язок між підвищеною масою тіла або ожирінням і збільшенням ризику серцевої недостатності. Медична ефективність профілактики багато в чому обумовлена ставленням людини до власного здоров'я. Щоб змінити звички у поведінці, потрібна сильна мотивація. Для цього необхідна достатня інформованість про здоровий спосіб життя. У зв'язку з цим розроблено Національну програму боротьби з артеріальною гіпертензією (1999 р.), впровадження якої регламентовано наказом МОЗ та АМН України № 74/18 від 30.03.1999 р. «Про затвердження плану заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні». Під час виконання Програми особлива увага зверталася на пропаганду здорового способу життя, зміцнення системи охорони здоров'я кваліфікованими кадрами і матеріальними ресурсами, необхідними для здійснення медико-санітарної освіти населення, виявлення осіб з артеріальною гіпертензією для подальшої профілактики ускладнень.

На жаль, існуючий стан здоров'я населення в зв'язку з ХСК та значне поширення ЧР не дає змоги найближчим часом сподіватися на помітне зниження рівня смертності, що свідчить про необхідність пошуку нових методів і форм їх профілактики. Першою країною, яка зіткнулася з указаною проблемою, були США. У 60–80-ті роки ХХ ст. вчені США першими встановили причини епідемічного зростання захворюваності ішемічної хвороби серця (ІХС) і обґрунтували методи її профілактики. Останні зводилися до впровадження у країні програм первинної і вторинної профілактики, що сприяло блискучому результату. Смертність від ІХС за період з 1965–1969 по 1995–1998 рр. скоротилася на 63,3% серед чоловіків та 59,6% серед жінок [18]. З невеликим запізненням приклад США наслідували економічно розвинені країни світу, досягнувши значних успіхів.

Рівень смертності від ХСК у таких країнах, як США, Канада, Фінляндія, знизився не у результаті поліпшення якості лікування хворих, а головним чином завдяки запобіганню виникненню нових випадків захворювань чи їх ускладнень. Комітет експертів ВООЗ

вважає, що навіть у країнах з недостатніми матеріальними можливостями «реабілітаційна допомога повинна стати культурною традицією і соціальною нормою» [26].

Сьогодні активно йде процес розробки теоретичних основ реабілітації. Розроблено схему для підготовки наукових передумов і узагальнення сучасного досвіду вирішення цієї проблеми; усвідомлено необхідність створення рівних можливостей для інвалідів з іншими членами суспільства за допомогою законодавства і соціального захисту, навчання їх доступним і престижним професіям та інтеграції в суспільство [10; 21–23].

На сьогоднішній день організація медичної допомоги кардіологічним хворим в Україні надається згідно з наказом МОЗ України № 206 від 30.12.1992 р. «Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України» (із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ України № 266 від 16.08.1996 р. та № 247 від 10.08.1998 р.) [14], а діагностика та лікування на всіх етапах медичної допомоги виконуються за наказом МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» [13]. Відповідно до вищезазначених наказів, у пункті «... про реабілітацію» зазначено лише про можливість направлення хворого на медико-соціальну експертну комісію при втраті працездатності. Сьогодні кардіореабілітація реально обмежена [4], стандартів медичної реабілітації не існує, її якість здебільшого залежить від кваліфікації лікаря, рівня лікарні та усвідомлення самими пацієнтами необхідності реабілітації.

Протягом багатьох десятиріч реабілітація кардіологічних хворих в Україні проводиться послідовно на підставі сформованих принципів та етапів, розроблених і впроваджених ще в Радянському Союзі М.М. Кабановим (1978 р.). Кожен з етапів реабілітації має свої конкретні цілі та завдання, різняться лише методами залежно від особливості хвороби, характеру і ступеня порушених функцій, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності.

Після гострої серцево-судинної патології (гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, гіпертонічний криз, гостра серцева недостатність) перший етап здійснюється в стаціонарі (стаціонарний етап). Фаза реконвалесценції (одужання) проходить у спеціалізованому реабілітаційному відділенні санаторію (санаторний етап) [19; 20]. У 2008 р. прийнято наказ МОЗ України № 56 від 06.02.2008 р. «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення», згідно з яким існують клінічні протоколи санаторно-курортного лікування у відповідних закладах для дорослого населення на 23 нозології ХСК (п.1.5). Після санаторію починається так звана підтримувальна фаза реабілітації: практично постійна вторинна або третинна профілак-

тики. Через недоліки нашої системи охорони здоров'я вона фактично замінюється неефективним диспансерно-поліклінічним спостереженням, де за хворим проводиться спостереження дільничним лікарем, і періодично (1–2 рази на рік) чи при необхідності – консультація кардіолога. Таким чином, медична реабілітація, до якої в провідних країнах світу віднесено вторинну та третинну профілактику, зводиться до не завжди ефективного медикаментозного лікування [11]. Про це свідчить поступове зростання первинного виходу на інвалідність та рівня смертності, особливо серед осіб працездатного віку [11]. Ще в 1974 р. робоча група Європейського регіонального бюро ВООЗ визнала, що метою реабілітації є обмеження чи подолання фізичної або економічної залежності для повернення до повсякденного життя, а важливою функцією медичної реабілітації, з точки зору Робочої групи, є попередження інвалідності вже при існуючій інвалідності – повернення людини до стану з найменшими порушеннями здоров'я. Сьогодні програми медичної реабілітації ХСК успішно використовують у країнах з розвинутою економікою, де за останні два-три десятиріччя смертність від даної патології скоротилася на 2,5–3% за рік, а загальна смертність – на 50–60% [24].

Так, у Великій Британії створено програму реабілітації хворих на ХСК в 4 етапи. Після стабілізації загального стану хворим пропонується комплексна індивідуальна програма, яка підбирається кардіореабілітологами та включає в себе: фізичні вправи, психологічне консультування, навчання в групах підтримки, що продовжується, або (за бажанням) самостійні заняття вдома, за допомогою спеціальних створених інструкцій і CD-дисків, наочних діаграм, рекомендацій та ілюстрацій; постійно здійснюється контроль медичним персоналом по телефону і під час візитів, створюється індивідуальний план занять, цілі та завдання окремо для кожного хворого. Все це необхідно для усвідомлення самими пацієнтами важливості підтримки профілактичних заходів.

Реабілітаційні заходи в Росії виконуються згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку Російської Федерації № 273 від 11.04.2005 р. «Про реабілітацію хворих в умовах санаторію» і мають свої особливості: з відділення хворі відразу переводяться до санаторію, таким чином, минаючи етап реабілітації в кардіологічному відділенні [8–10; 12].

У Республіці Білорусь неухильне зменшення смертності від ХСК фіксується з 1986 р. Зниження цього показника на 47,4% за останні 18 років значною мірою пов'язане з тим, що, починаючи з 80-х років, у практику роботи відділень медичної реабілітації в санаторіях під керівництвом лабораторії реабілітації

Білоруського науково-дослідного інституту (Білий НДІ) кардіології почали впроваджуватися нові технології відновного лікування хворих з ХСК. Починаючи з раннього періоду хвороби, до програми відновного лікування почали включати фізичні тренування на велоергометрі та диференційовану медикаментозну терапію. Вже тоді співробітниками лабораторії реабілітації вперше сформульовано ідею ранньої інтенсивної реабілітації хворих з ХСК. Згідно з наказом МОЗ Республіки Білорусь № 47 від 24.03.1993 р. «Про заходи по вдосконаленню кардіологічної допомоги населенню Республіки Білорусь», освоюються і впроваджуються нові ефективні методи діагностики, лікування і реабілітації кардіологічних хворих [17].

За даними мета-аналізу, проведеного R.S. Teylor і співавторами, запровадження реабілітаційних програм сприяло вірогідному зменшенню рівня смертності від усіх причин на 20% і від серцево-судинних – на 26% [25].

Щорічно в закладах охорони здоров'я реєструється 20–24 млн відвідувань, а майже кожен третій випадок хвороби, з яким звертаються до лікувально-профілактичних закладів, це серцево-судинна патологія. Соціальна значущість ХСК пов'язана з тим, що хворіє на них працездатне населення, а терапія потребує постійного приймання ліків і додаткових фінансових затрат. У зв'язку з вищенаведеним слід зазначити, що в системі реабілітаційного лікування індивідуальний підхід застосовується не повною мірою. Тому у значній кількості хворих строки реабілітації затягуються, що приводить до невиправданих фінансових і матеріальних витрат [7; 15].

Висновки

Таким чином, в Україні з кожним роком зростає рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу. Як наслідок, збільшується тимчасова і стійка втрата працездатності, що, своєю чергою, приводить до значних економічних збитків. Щоб уникнути цього в майбутньому, вже сьогодні слід впроваджувати чіткі програми щодо реабілітації кардіологічних хворих, розробити стандарти реабілітації при різних нозологіях ХСК. Формування здоров'я населення залежить не тільки від усвідомлення і поведінки кожного громадянина, але й від створення державою умов, які б сприяли здоров'ю всієї нації.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у детальному вивченні даної проблеми, створенні та впровадженні стандартів реабілітації кардіологічних хворих.

Список літератури

1. Амосова Е. Н. Гиполипидемическая терапия при ишемической болезни сердца / Е. Н. Амосова // Укр. кардіол. журнал. — 2002. — 6. — С. 13–18.
2. Ардашев А. В. Постоянная электрокардиотерапия и качество жизни пациентов с нарушениями атриовентрикулярной проводимости / А. В. Ардашев, А. О. Джанджагава, А. А. Дворникова // Анналы аритмологии. — 2005. — № 2 (приложение). — С. 113.
3. Бакшеев В. И. Клинико-экономическая эффективность работы школы больных гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. И. Бакшеев. — М., 2003. — 63 с.
4. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Г. В. Дзяк, Е. Н. Амосова, А. Н. Пархоменко [и др.] // Здоров'я України. — 2004. — № 19 (104). — С. 2–7.
5. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. — М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. — С. 18–25.
6. Концевая А. В. Клиническая эффективность и клинико-экономическое обоснование обучения больных артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Концевая. — Иваново, 2005. — 68 с.
7. Медицинская реабилитация военнослужащих после АКШ / Ю. А. Кремнев, Ю. Н. Замотаев, Ю. В. Мандрыкин [и др.] // Военно-медицинский журнал. — 2000. — Т. 321, № 2. — С. 52–57.
8. Оганов Р. Г. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (Международное исследование АТР-Angina Treatment Pottern) / Р. Г. Оганов, В. К. Лепяхин, С. Б. Фитилев // Кардиология. — 2003. — № 5. — С. 9–15.
9. Опыт организации школ для больных артериальной гипертензией в Московской области / Ю. М. Поздняков, М. Н. Гуревич, Н. Н. Наумчева [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2000. — № 1. — С. 3–9.
10. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: [учеб.-метод. пос.] / под ред. М. В. Коробова; Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов]. — СПб., 2002. — С. 3–10.
11. Основні принципи і стан медичної реабілітації інвалідів в Україні / В. П. Топка, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак [та ін.] // Мед. перспективи. — 1997. — Т. 2. — № 1. — С. 43–45.
12. Петричко Т. А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений артериальной гипертензии путем модификации факторов риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. А. Петричко. — Хабаровск, 2002. — 59 с.
13. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія»: наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs>. — Назва з екрану.
14. Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України: наказ МОЗ України № 206 від 30.12.1992р. (із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ України № 266 від 16.08.1996 р. та № 247 від 10.08.1998 р.) [Електронний документ]. — Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs>. — Назва з екрану.
15. Проблемы инвалидности: медико-статистические аспекты / В. К. Овчаров // Проблемы соц. гигиены и истории медицины. — 2001. — № 1. — С. 3–10.
16. Профилактическая кардиология / под ред. Р. Г. Оганова. — М., 2003. — 132 с.
17. Смычек В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькамано-вич. — Минск: ЮНИКАП, 2005. — 420 с.
18. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз: [аналітично-статистичний посібник] / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. — К., 2008. — 111 с.
19. Чазов Е. И. Кардиология начала XXI века. Некоторые проблемы врачевания / Е. И. Чазов // Каоидиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. — № 3. — С. 4–9.
20. Школа здоровья для больных с ишемической болезнью сердца / под ред. Р. Г. Оганова. — М.: Образование, 2006. — 102 с.
21. Ades P. A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease / P. A. Ades // N Engl J Med. — 2001. — № 345. — P. 892–902.
22. Antithrombotic Trialists' Collaboration, Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // BMJ. — 2002. — № 324 (7329). — P. 71–86.

23. *Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: a statement for health care professionals from the American Heart Association and American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group* / G. J. Balady, P. A. Ades, P. Comoss [et al.] // *Circulation*. — 2000. — № 102. — P. 1069–1073.
24. *EUROPA Investigators Efficacy in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease (EUROPA study)*. — P. 782–788.
25. *Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: review and metaanalysis of randomized controlled trials* / R. S. Taylor [et al.] // *Am. J. Med.* — 2004. — № 116. — P. 10.
26. *Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries*. — Geneva: WHO Expert Committee, 1993.
27. *The Framingham Heart Study A Timeline of Milestones.htm* [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.framingham.com>. — Title from screen.

Актуальные вопросы организации реабилитации кардиологических больных в современных условиях

В.И. Клименко, И.Н. Денисенко (Запорожье)

Освещены проблемы медицинской реабилитации кардиологических больных. Представлены существующие модели организации медицинской реабилитации таких больных в мире.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, медицинская реабилитация.

The actual questions of organization of medical rehabilitation of cardiac patients in modern conditions

V.I. Klymenko, I.N. Denysenko (Zaporizhzhya)

The problems of medical rehabilitation of cardiac patients are shown. The existing models of organization medical rehabilitation of cardiac patients in the world are observed.

Key words: diseases of the cardiovascular system, the medical rehabilitation.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. В.І. Агарков.