

Оценка выживаемости больных с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования в зависимости от прохождения этапов реабилитации

Л.А.Эфрос¹, И.В.Самородская²

¹ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Челябинск

²Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН, Москва

Резюме. В ретроспективном исследовании на основании регистра больных с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования проанализированы клинико-функциональные особенности и отдаленная выживаемость у 2398 человек, средний возраст которых 54,8±6,3 года, в зависимости от прохождения этапов реабилитации за период с 2000 по 2009 г. Результаты показали, что на санаторный этап направляются больные допенсионного возраста (72,5%) с более легким течением коронарной и миокардиальной недостаточности. Летальность в отдаленном периоде от 1 года до 10 лет в группе лиц, прошедших санаторный этап, составила 7,9%, тогда как среди больных, не прошедших санаторный этап реабилитации, уровень летальности был выше – 8,4%. Анализ дожития по методу Каплана–Мейера у больных, прошедших санаторный этап реабилитации, показал, что 3, 5 и 10-летняя выживаемость значимо выше, чем у больных, не прошедших санаторный этап лечения. Два теста – Gehan's Wilcoxon Test ($p=0,01835$) и Cox-Mantel Test ($p=0,02820$) – подтвердили достоверность результатов сравниваемых групп.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, отдаленная выживаемость, регистр.

Evaluation of patients survival with coronary heart disease after coronary bypass surgery depending on the passage of recovery phase

L.A.Efros, I.V.Samorodskaya

South Ural State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk

A.N.Bakulev Research Center of Cardiovascular Surgery, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Summary. In a retrospective study based on the register of patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting clinical and functional characteristics and long-term survival in 2398 men, age 54,8±6,3 were analyzed, depending on the passage of the recovery phase from 2000 to 2009. The results showed that people of pre-retirement age were sent to the sanatorium therapy stage (72,5%) with a mild coronary and myocardial insufficiency. Mortality in the long-term period of 1 year to 10 years in the group after sanatorium therapy stage was 7,9%, whereas among patients who have not undergone sanatorium rehabilitation mortality rate was higher – 8,4%. Analysis of survival by Kaplan-Meier method of patients after sanatorium rehabilitation revealed that 3, 5 and 10-year survival rate was significantly higher than in those that did not pass the sanatorium stage of treatment. Two tests – Gehan's Wilcoxon Test ($p=0,01835$), Cox-Mantel Test ($p=0,02820$) – confirmed the accuracy of the comparison groups.

Key words: ischemic heart disease, coronary artery bypass surgery, long-term survival, the register.

Сведения об авторах

Эфрос Лидия Александровна – канд. мед. наук, асс. каф. госпитальной терапии №2 ГБОУ ВПО ЮУГМУ.

E-mail: LLA1905@mail.ru

Самородская Ирина Владимировна – д-р мед. наук, проф., гл. врач ИК и СХ НЦССХ им. А.Н.Бакулева.

E-mail: samor2000@yandex.ru

Введение

Среди методов хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС) наиболее часто используются аортокоронарное (АКШ) и маммарокоронарное шунтирование (МКШ), чрескожные вмешательства на коронарных сосудах (Б.В.Шабалкин, 2001; Р.С.Акчурун, А.А.Ширяев, 2004).

Цель любого из названных кардиохирургических вмешательств заключается в том, чтобы восстановить коронарный кровоток, устранить основные клинические проявления ИБС, повысить качество и продолжительность жизни оперированных больных, повысить их физическую работоспособность (В.Н.Ардашев, 1998; Д.М.Аронов, 2001; Д.М.Аронов, М.Г.Бубнова, 2010; В.И.Бураковский и соавт., 1985). По данным В.М.Клюжева и соавт. (1998 г.), операция АКШ в 75–85% случаев избавляет от болевого син-

дрома, улучшает качество жизни и 5-летний прогноз выживаемости. Вместе с тем коронарное шунтирование (КШ) не устраняет основных причин развития заболевания атеросклеротической природы. Неэффективно проведенная реабилитация, включая недостаточное управление основными факторами кардиоваскулярного риска, может свести на нет результаты выполненной операции (J.G.Motwani, E.J.Topol, 1998; S.M.Grundy и соавт., 1999; A.T.Pearson, 2002; J.C.Fruchart и соавт., 2004).

В свое время была доказана эффективность медицинской, физической, психологической, трудовой, социальной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (Е.И.Чазов, 2000, 2010). Однако при увеличивающихся год от года операциях по поводу коронарного атеросклероза возникает необходимость решения ряда организационных и методиче-

ских вопросов по созданию системы поэтапной реабилитации больных после восстановительных операций на коронарных сосудах сердца.

Больным после КШ показано прохождение всех 3 этапов (стационарного, санаторного, амбулаторного) с обращением особого внимания на контроль факторов кардиоваскулярного риска и качество комплексного медицинского лечения.

Важное место в совершенствовании реабилитации больных с ИБС после реконструктивных операций на сосудах сердца и оценки эффективности выполненных операций в ближайшем и отдаленном периодах придается регистрам и базам данных больных, оперированных по поводу ИБС (Р.С.Акчурина, А.А.Ширяев, 2004; П.Р.Солтоски, 2005). Составление регистра является трудоемким и дорогостоящим процессом, что, вероятно, ограничивает широкое внедрение данной формы в медицинскую практику и, соответственно, не решает вопросы информационной поддержки такого рода системы.

В настоящее время активно разрабатываются и внедряются в практическое здравоохранение персонализированные базы данных и регистры для систематизации информации и решения управленческих задач [1–3]. В перспективе сбор, накопление, хранение, обработка и обеспечение необходимыми данными всех участников системы оказания медицинской помощи (в нашем случае кардиохирургической) и также справочное и информационное обслуживание целесообразно возложить на единый информационный центр – специализированный регистр, функционирующий на базе одного учреждения. Использование такого регистра в практике управления здравоохранением позволит проследить динамику показателей состояния пациентов во временном интервале по разным ключевым точкам (до операции, на стационарном, санаторном и амбулаторном этапах). В связи с этим апробация применения таких систем в практической деятельности является актуальной, в том числе для мониторинга состояния пациентов после проведенного кардиохирургического лечения.

Цель – провести комплексную оценку клинико-функционального статуса больных с ИБС после КШ и определить 10-летнюю выживаемость пациентов с построением кривой дожития Каплана–Мейера в зависимости от прохождения этапов реабилитации.

Материалы и методы

В основу положен анализ материалов регистра больных, прооперированных по поводу ИБС в Челябинском межобластном кардиохирургическом центре (ЧМКЦ) на базе Челябинской областной клинической больницы за период с 2000 по 2009 г. В анализ включены 2398 больных с ИБС, перенесших КШ (в сочетании или без коррекции порока клапанов сердца и/или резекцией аневризмы левого желудочка – ЛЖ), из них 2169 (90,4%) мужчин и 229 (9,6%) женщин. Средний возраст больных на момент операции составил $54,8 \pm 6,3$ года, у мужчин – $54,5 \pm 5,8$, женщин – $57,4 \pm 7,5$.

На основании данных регистра были сформированы 2 группы пациентов:

- 1-я – пациенты, перенесшие операцию КШ и прошедшие санаторный этап реабилитации в 2000–2009 г. в санатории «Кисегач» г. Чебаркуль Челябинской области;
- 2-я – пациенты, перенесшие операцию КШ, но прошедшие только стационарный этап реабилитации в 2000–2009 г.

Сведения о состоянии здоровья пациентов, зафиксированные в регистре, были получены на основании изучения анамнезов заболевания, жизни, данных физического осмотра и клинико-инструментального исследования больных. В рамках данного информационного ресурса предусмотрена также регистрация сведений о летальных исходах на основании учета данных, содержащихся в протоколах патологоанатомических вскрытий, журналов регистрации летальности медицинского учреждений, материалов отдела адресно-справочной работы УВД России по Челябинской области, материалов ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Челябинской области». Для учета перечисленной информации о каждом пациенте предусмотрена электронная версия карты сбора информации о больном с ИБС после реконструктивной операции на сосудах сердца, являющейся одной из основных учетных форм в рамках регистра.

В карте каждого пациента предусмотрены регистрация данных о выполненном полном клиническом и инструментальном обследовании, результаты оценки состояния сердечно-сосудистой системы с определением тяжести коронарной недостаточности (функциональные классы – ФК – стенокардии) на основе рекомендаций АСС/АННА и классификации Канадского сердечно-сосудистого общества. Также в этой учетной форме отражены степень хронической сердечной недостаточности (ХСН), оценка степени ее тяжести (стадия, ФК) на основании Российских национальных рекомендаций Всероссийского научного общества кардиологов и Общества специалистов по сердечной недостаточности. Эхокардиографическое и доплеровское исследования выполнены на аппаратах Sonos 100 и Ultramark (США) в М- и В-режимах. Определены размеры камер сердца в систолу и диастолу, толщина стенок миокарда, фракция выброса (ФВ), конечный систолический и конечный диастолический объемы ЛЖ. Данные регистра позволяют фиксировать и анализировать индивидуальные факторы риска согласно Российским национальным рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов и Общества специалистов по сердечной недостаточности (2009, 2011 г.).

База данных регистра ассоциирована с программой статистического анализа, что позволяет после регистрации данных в карте производить расчеты основных статистик для любых выборок больных.

Для первичного ввода и создания базы данных использован табличный процессор Microsoft Excel, для последующей обработки – статистический пакет программ SPSS. Усредненные показатели представлены как $M \pm SD$ (среднее значение \pm стандартное отклонение). Сравнение показателей в группах выполнено с помощью критерия Стьюдента для количественных и χ^2 – для качественных показателей. Выживаемость рассчитана по методу Каплана–Мейера, достоверность различий между кривыми выживаемости оценена на основании *log-rank test*. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Сопоставление возрастной структуры пациентов показало, что наиболее часто на операцию КШ направляются пациенты в возрасте 45–54 лет. Сравнение двух групп больных (1-я – прошедшие стационарное лечение и санаторный этап, 2-я – прошедшие только стационарный этап) не выявило существенных различий. Однако обращал на себя внимание

Таблица 1. Возрастно-половая структура больных с ИБС после КШ за период с 2000 по 2009 г. (n=2398)

| Возраст, лет | Пациенты, прошедшие санаторный этап реабилитации после КШ (n=602) | | | | Пациенты, не прошедшие санаторный этап реабилитации после КШ (n=1796) | | | | Общее число больных | | | |
|--------------|---|------|------|-----|---|------|------|------|---------------------|------|------|-----|
| | муж. | | жен. | | муж. | | жен. | | муж. | | жен. | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| <34 | 2 | 0,3 | – | – | 10 | 0,5 | – | – | 12 | 0,5 | – | – |
| 35–44 | 34 | 5,6 | 3 | 0,5 | 125 | 6,9 | 5 | 0,3 | 159 | 6,6 | 8 | 0,3 |
| 45–54 | 270 | 44,8 | 24 | 4,0 | 642 | 35,7 | 43 | 2,4 | 912 | 38,0 | 67 | 2,8 |
| 55–64 | 217 | 36,0 | 19 | 3,2 | 657 | 36,6 | 97 | 5,4 | 874 | 36,4 | 116 | 4,8 |
| >65 | 30 | 5,0 | 3 | 0,5 | 182 | 10,1 | 35 | 1,9 | 212 | 8,8 | 38 | 1,6 |
| Всего... | 553 | 91,9 | 49 | 8,1 | 1616 | 90,0 | 180 | 10,0 | 2169 | 90,5 | 229 | 9,5 |

Таблица 2. Распределение больных по трудовому статусу

| Возраст | Пациенты, прошедшие санаторный этап реабилитации (n=602) | | | | Пациенты, не прошедшие санаторный этап реабилитации (n=1796) | | | | Общее число больных (n=2398) | | | |
|--------------|--|------|------|-----|--|------|------|-----|------------------------------|------|------|-----|
| | муж. | | жен. | | муж. | | жен. | | муж. | | жен. | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Допенсионный | 470 | 78,1 | 27 | 4,5 | 1195 | 66,5 | 48 | 2,7 | 1665 | 69,4 | 75 | 3,1 |
| Пенсионный | 83 | 13,8 | 22 | 3,6 | 421 | 23,4 | 132 | 7,3 | 504 | 21,0 | 154 | 6,4 |

тот факт, что среди пациентов, прошедших санаторный этап лечения, было несколько больше больных в возрасте 44–54 года (44,8%), чем в группе не прошедших (35,7%). Кроме того, среди больных 2-й группы было 10,1% пациентов в возрасте старше 65 лет, в то время как среди прошедших санаторный этап реабилитации таких больных было только 5,0% (табл. 1).

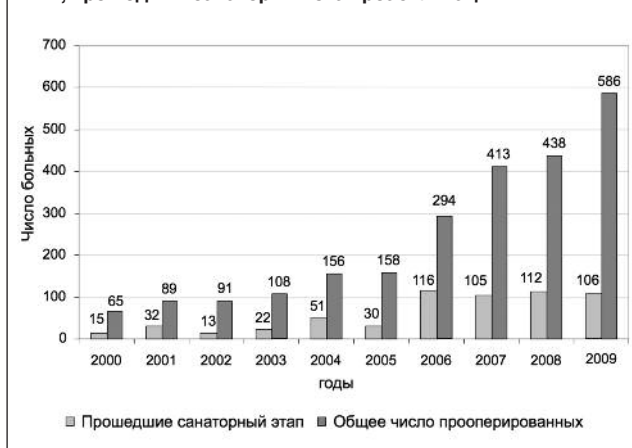
При оценке статуса трудоспособности в 1-й группе больных преобладали пациенты допенсионного возраста как среди мужчин, так и женщин (78,1 и 4,5% соответственно), так как неработающие пенсионеры не включены в программу по санаторному долечиванию – их число составляет 13,8 и 3,6%. Среди пациентов 2-й группы преобладают лица допенсионного возраста у мужчин, однако женщин пенсионного возраста больше, чем допенсионного, внутри группы (7,3% по сравнению с 2,7%), табл. 2.

При анализе по основным немодифицируемым и модифицируемым факторам риска ИБС в 2 группах наблюдения высокую частоту имели ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия. Возможно, низкая частота доли курящих пациентов в группах и низкий показатель больных с отягощенной наследственностью обусловлены недостаточно качественным сбором анамнеза жизни и заболевания при ретроспективном исследовании (табл. 3).

При проведении исследования выявлены некоторые различия в клинико-функциональных показателях. Как видно из табл. 3, на операцию направлялись больные с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе: в 1-й группе – 72,7%, 2-й – 78,6% случаев. Больные имели высокий класс стенокардии (III–IV ФК): в 1-й группе – 90,6%, 2-й – 92,2%. При этом во 2-й группе преобладают больные с IV ФК: 28,4% по сравнению с 1-й группой – 23,7%.

Наличие тяжелой сердечной недостаточности у больных, направленных на санаторный этап с ХСН III стадии не было. При сравнении двух групп больных с ХСН IIб стадии на стационарном этапе (16,5%) больше по сравнению с больными, направленными на санаторный этап (11,1%). Пациенты с IV ФК по NYHA в 1-й группе составили 13,5% (по сравнению со 2-й – 21,0%). Следует отметить, что чаще всего на санаторный этап реабилитации направлялись больные, имеющие значение ФВ после операции больше 50%, несмотря на наличие в анам-

Рис. 1. Динамика абсолютного числа больных с ИБС после КШ, прошедших санаторный этап реабилитации.



незе перенесенного инфаркта миокарда у большинства больных. Доля больных с ФВ менее 50% после операции была незначительна и составила в 1-й группе 13,4%, 2-й – 16,5%.

Анализ клинико-функциональных показателей выявил различия у больных сравниваемых групп по типам операции. Наиболее часто на санаторный этап направляются пациенты, прошедшие сочетанную операцию АКШ + МКШ, что составляет 69,4% в 1-й группе. Больные с ИБС, прошедшие комбинированные операции по протезированию клапанов и КШ, в 1-й группе составили 2,1% по сравнению со 2-й группой (4,7%), а также комбинированные операции по резекции аневризмы ЛЖ и КШ в 1-й группе составили 8,3% по сравнению со 2-й (12,6%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что на санаторный этап реабилитации направлялись преимущественно больные с более легким течением коронарной и миокардиальной недостаточности.

Сопоставление общего числа прооперированных пациентов и числа больных, прошедших санаторный этап реабилитации, показало в целом значительное возрастание обоих показателей в течение периода наблюдения (рис. 1). Так, если в 2000 и 2001 гг. было выполнено 65 и 89 операций КШ соответственно (при этом санаторное лечение прошли 15 и 33 пациента соответственно), то в 2007–2009 гг. выполня-

Таблица 3. Клинико-функциональные, социально-демографические характеристики и виды хирургического лечения больных с ИБС в ЧМКЦ в 2000–2009 гг. (n=2398)

| Показатели | Пациенты, прошедшие санаторный этап реабилитации (n=602) | | Пациенты, не прошедшие санаторный этап реабилитации (n=1796) | | p | |
|--|--|------|--|------|--------|--------|
| | абс. | % | абс. | % | | |
| Факторы риска | | | | | | |
| Курящие | 86 | 14,3 | 252 | 14,0 | >0,05 | |
| Отягощенная наследственность | 112 | 18,6 | 309 | 17,2 | >0,05 | |
| Ожирение | 491 | 81,6 | 1465 | 81,6 | >0,05 | |
| Артериальная гипертензия | 384 | 63,8 | 1190 | 66,2 | <0,001 | |
| Сахарный диабет | 39 | 6,5 | 145 | 8,1 | <0,05 | |
| Гиперхолестеринемия | 542 | 90,0 | 1581 | 88,0 | <0,05 | |
| Клинико-функциональные характеристики | | | | | | |
| ПИК | 438 | 72,7 | 1411 | 78,6 | <0,05 | |
| Наличие аневризмы | 75 | 12,4 | 314 | 17,5 | <0,05 | |
| ФК стенокардии | I | 13 | 2,1 | 37 | 2,1 | >0,05 |
| | II | 43 | 7,1 | 104 | 5,8 | |
| | III | 403 | 66,9 | 1145 | 63,8 | |
| | IV | 143 | 23,7 | 510 | 28,4 | |
| Недостаточность кровообращения, стадии | I | 181 | 30,1 | 475 | 26,4 | <0,05 |
| | I | 23 | 3,8 | 87 | 4,8 | |
| | 2a | 331 | 55,0 | 934 | 52,0 | |
| | 2б | 67 | 11,1 | 297 | 16,5 | |
| | 3 | – | – | 3 | 0,2 | |
| ФК сердечной недостаточности (по NYHA) | I | 11 | 1,8 | 25 | 1,4 | <0,001 |
| | II | 117 | 19,4 | 268 | 14,9 | |
| | III | 393 | 65,3 | 1126 | 62,7 | |
| | IV | 81 | 13,5 | 377 | 21,0 | |
| Ангиографическая характеристика | | | | | | |
| Поражение сосудов | 1 | 60 | 10,0 | 158 | 8,8 | >0,05 |
| | 2 | 116 | 19,3 | 335 | 18,6 | |
| | 3 | 204 | 33,9 | 603 | 33,6 | |
| | Множественное | 222 | 36,9 | 700 | 38,9 | |
| ФВ до операции | <50% | 89 | 14,8 | 368 | 20,5 | <0,05 |
| | >50% | 513 | 85,2 | 1428 | 79,5 | |
| ФВ после операции | <50% | 81 | 13,4 | 296 | 16,5 | >0,05 |
| | >50% | 521 | 86,5 | 1453 | 80,9 | |
| Сведения об операции | | | | | | |
| АКШ | 60 | 10,0 | 210 | 11,7 | <0,05 | |
| МКШ | 61 | 10,1 | 130 | 7,2 | | |
| АКШ + МКШ | 418 | 69,4 | 1144 | 63,7 | | |
| Протезирование МК (АК) + АКШ, МКШ, МКШ + АКШ | 13 | 2,1 | 85 | 4,7 | | |
| Резекция аневризмы + АКШ, МКШ, МКШ + АКШ | 50 | 8,3 | 227 | 12,6 | | |

лось от 413 до 586 операций в год. На санаторное лечение в 2007–2009 гг. было направлено от 105 до 112 пациентов соответственно.

Расчет доли больных, прошедших санаторный этап реабилитации, от общего числа больных, которым было выполнено кардиохирургическое лечение ИБС, показал, что значение этого показателя в течение периода наблюдения колебалось от 14,3 до 40,0% (рис. 2). Тревожным является тот факт, что в течение последних 5 лет доля таких пациентов снизилась с 39,5% в 2006 г. до 18,1% в 2009 г. При этом полученные данные свидетельствуют, что от 60 до 80% больных в разные годы не прошли санаторного этапа реабилитации. С учетом отмеченного увеличения числа больных, которым выполнялось кардиохирургическое лечение, наблюдаемая тенденция свиде-

тельствует о том, что с каждым годом происходит значительное возрастание абсолютного числа пациентов, не получающих важнейшего компонента лечения ИБС – санаторной реабилитации. Общее число таких больных увеличилось с 50–128 человек в год в 2000–2004 гг. до 308–480 больных в год в 2005–2009 гг.

Сравнение показателей летальности в отдаленном периоде после операции показало, что в группе лиц, прошедших санаторный этап, значение показателя составило 7,9%, тогда как среди больных, не прошедших санаторный этап реабилитации, уровень летальности был выше – 8,4% (табл. 4). Соответственно, и оценка выживаемости больных в зависимости от прохождения ими санаторного этапа реабилитации показала в целом более высокие значения показате-

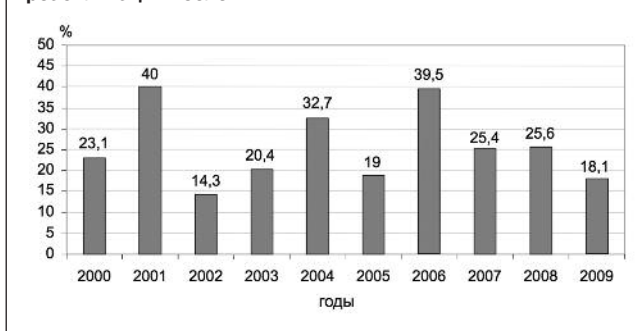
Таблица 4. Показатели летальности и выживаемости больных с ИБС после КШ в 2000–2009 гг.

| Характеристики | Пациенты, прошедшие санаторный этап реабилитации (n=602) | Пациенты, не прошедшие санаторный этап реабилитации (n=1796) |
|--|--|--|
| Летальность в отдаленном периоде после операции, % | 7,9 | 8,4 |
| Кумулятивная выживаемость, % | | |
| 3-летняя | 92,0 | 88,5 |
| 5-летняя | 89,0 | 86,2 |
| 10-летняя | 77,6 | 73,7 |

Таблица 5. Инвалидность больных с ИБС после КШ в 2000–2009 гг.

| Инвалидность больных | Пациенты, прошедшие санаторный этап реабилитации (n=602) | | Пациенты, не прошедшие санаторный этап реабилитации (n=1796) | |
|--|--|------|--|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Инвалидность до операции | 137 | 22,8 | 690 | 38,4 |
| Инвалидность после операции | 223 | 37,0 | 400 | 22,3 |
| Общее число инвалидов (имевших инвалидность до операции и получивших инвалидность после) | 360 | 59,8 | 1090 | 60,7 |

Рис. 2. Доля пациентов, прошедших санаторный этап реабилитации после КШ.



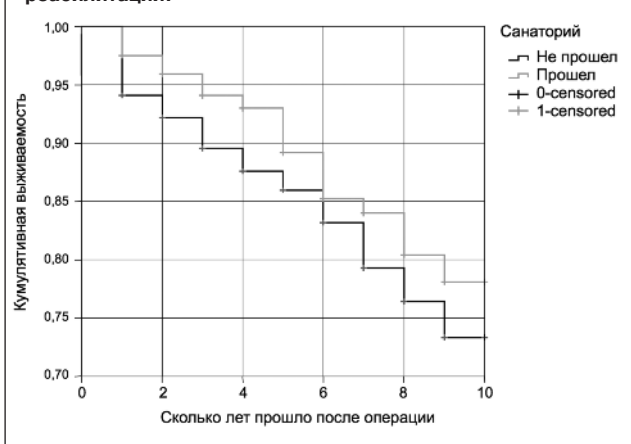
лей у больных 1-й группы: уровни 3, 5 и 10-летней выживаемости у них были значимо выше ($p < 0,05$), чем среди пациентов, не прошедших санаторный этап лечения (см. табл. 4; рис. 3).

С целью проверки достоверности различий применялись 2 теста – Gehan's Wilcoxon Test ($p = 0,01835$) и Cox-Mantel Test ($p = 0,02820$). Оба теста подтвердили достоверно более высокий уровень 3 и 5-летней выживаемости больных, прошедших санаторный этап лечения.

Полагают, что основным показателем, определяющим эффективность кардиохирургического лечения больных, следует считать степень восстановления их трудоспособности и сроки возобновления трудовой деятельности. Возвращение к служебной деятельности после КШ следует рассматривать как самостоятельную задачу реабилитации, решение которой является важнейшим фактором улучшения соматического и психического статуса больных.

Проведенные исследования продемонстрировали различия показателей, характеризующие инвалидность больных в зависимости от прохождения санаторного этапа реабилитации после кардиохирургического лечения. Как представлено в табл. 5, среди пациентов, не прошедших санаторный этап, 38,4% имели инвалидность до операции, в то время как среди 1-й группы было значимо меньше больных, имевших инвалидность до операции (22,8%). Обращал на себя внимание и тот факт, что значительно больше была доля больных, получивших инвалидность после кардиохирургического лечения, среди тех, кто прошел санаторный этап реабилитации – 37% (во 2-й группе таких пациентов было только 22,3%). В итоге общая доля пациентов с инвалидностью в отдален-

Рис. 3. Выживаемость больных в отдаленном периоде после КШ в зависимости от прохождения санаторного этапа реабилитации.



ном послеоперационном периоде после КШ была практически одинаковой в сравниваемых группах пациентов.

Обсуждение результатов

В настоящее время исследователи сходятся в том, что у пациентов, прошедших стационарный, санаторный и диспансерно-поликлинический этапы реабилитации, клинико-функциональные показатели обычно лучше, а возвращаемость к труду выше, чем у пациентов, не прошедших эти этапы [4–7]. К сожалению, в нашей стране «налицо деградация стационарно-санаторной реабилитации кардиальных больных»: в стране функционирует всего около 20 санаториев, выполняющих такие функции [4]. Не используется санаторный этап реабилитации, профсоюзы и предприятия не могут сохранить санатории как одно из важнейших звеньев в системе профилактики и реабилитации.

Анализ современного состояния реабилитации кардиохирургических больных, прошедших лечение в ЧМКЦ, показал, что значительная их часть не проходят санаторный этап реабилитации. В настоящее время в связи с особенностями законодательства бесплатное прохождение данного этапа лечения после перенесенных оперативных вмешательств на сердце предусмотрено лишь для работающего населения. Основную долю больных с ИБС, прошедших лечение в кардиохирургическом центре, составляют

лица допензионного возраста (72,5%), среди них пациентов в возрасте 44–54 года – 44,8%. Общая доля прошедших санаторный этап от всех прооперированных составила 27,1%, оставшаяся часть – не имеют такой возможности и должны проходить реабилитацию по месту жительства либо на платной основе. Санаторный этап несколько чаще проходят пациенты в относительно молодом возрасте, с несколько лучшими клинико-функциональными характеристиками по сравнению с группой тех, кто не прошел санаторный этап реабилитации после кардиохирургического лечения.

Следует отметить, что в целом ряде населенных пунктов региона отсутствуют возможности кардио-реабилитации. В этих условиях специалисты кардиохирургической службы ЧМКЦ вынуждены усиливать возможности госпитального этапа реабилитации, увеличивая сроки пребывания больного в стационаре после кардиохирургического вмешательства.

Анализ ситуации показывает, что в рамках системы здравоохранения региона пока должным образом не налажен амбулаторный этап реабилитации кардиохирургических больных. Нередко пациенты, прошедшие кардиохирургическое лечение, обращаются к специалистам ЧМКЦ по телефону за консультативной помощью, сообщая об отсутствии на местах в городах и селах региона необходимых специалистов, к которым они могли бы обратиться по вопросам реабилитации после проведенного кардиохирургического лечения.

Таким образом, очевидной представляется необходимость налаживания в регионе системы специализированной лечебно-реабилитационной помощи, способствующей активизации пациентов, их возврату к труду и активной жизни. Необходимо отметить, что важнейшей задачей такого рода системы является исключение поздних осложнений, снижение уровня летальности, повышение выживаемости пациентов. Для чего представляется целесообразным повышение возможностей реабилитации больных кардиохирургического профиля по месту их оперативного лечения, поскольку в ходе этого процесса необходим регулярный контроль факторов риска с проведением клинико-лабораторных обследований пациентов с постоянным пополнением данных регистра.

Эффективность реабилитационных программ после КШ подтверждена многими авторами, причем показано, что ее выраженность в условиях реабилитационного центра значительно выше, чем в амбулаторных [2, 3, 8, 9]. При анализе за 10-летний период в исследовании V.Hedback и соавт. (2001 г.) смертность и повторные госпитализации в группе, проходившей восстановительное лечение после КШ по специальной комплексной программе, были значительно ниже, чем в группе стандартного амбулаторного наблюдения [3]. С этим согласуются и результаты нашего исследования.

В целом следует отметить, что методы реабилитации кардиологических больных после хирургических вмешательств за последние годы претерпели значительные изменения [6]. Пересмотрены ранее разработанные критерии ограничения, используются современные более точные и объективные методы контроля за состоянием пациентов на разных этапах реабилитации, более полно используются психофизиологические подходы [4, 5, 8, 9]. Все это необходимо учитывать и при дальнейшей оптимизации программ реабилитации и систем их мониторинга, в

частности представленной в нашей работе в виде регистра кардиохирургических больных.

В то же время наше исследование показало, что до настоящего времени в системе регионального здравоохранения не создана целостная и комплексная система планирования и учета реабилитационных мероприятий в отношении больных, получивших кардиохирургическое лечение, как составной части программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Практически отсутствуют полные и достоверные данные как о потребностях в этом виде помощи в масштабах региона, так и о фактически выполненных объемах такого рода мероприятий в медицинских учреждениях всех форм собственности и ведомственной принадлежности, дифференцированных по видам вмешательств, источникам оплаты и месту жительства больных.

Изменения законодательства Российской Федерации с 1 января 2010 г. привели к тому, что санаторный этап долечивания сразу после операций на сердце стал практически недоступен, а неработающие пенсионеры не включены в программы по санаторному долечиванию. Этот факт, безусловно, должен быть учтен в аспекте дальнейшего совершенствования системы кардиохирургической помощи населению региона. Безусловно, дальнейшее развитие и совершенствование системы этапной медицинской реабилитации будут способствовать повышению уровня выживаемости и качества жизни пациентов, подвергшихся инвазивному вмешательству по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также их полноценному возврату к трудовой деятельности.

Литература

1. Бокерия ЛА. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации. *Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера*. 2010; 6: 15–24.
2. Arampiatzis CA, Lemos PA, Hoya A et al. Elective Sirolimus-Eluting Stent Implantation for Left Main Coronary Artery Disease: Six-Month Angiographic Follow-up and 1-Year Clinical Outcome. *Catheter Cardiovasc Interv* 2004; 62: 292–6.
3. Hedback B, Perk J, Hornblad M, Ohlsson U. Cardiac rehabilitation after coronary artery bypass surgery: 10-year results on mortality, morbidity and readmissions to hospital. *J Cardiovasc Risk* 2001; 8 (3): 153–8.
4. Аронов ДМ, Карпов ЮА. Кардиологическая реабилитация в России нуждается в коренной реорганизации. *Кардиол. вестн.* 2010; V (XVII), 2: 5–11.
5. Корягина НА. Вопросы медицинской реабилитации у больных с нарушениями ритма при ишемической болезни сердца. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2007; 2: 21–6.
6. Чазов ЕИ. Кардиологическая реабилитация. *CardioСomатика*. 2010; 1: 9–10.
7. Шакула А. Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования. *Врач*. 2007; 5: 76–9.
8. Ардашев ВН, Замотаев ЮН, Антошина ИИ и др. Амбулаторный этап реабилитации в улучшении качества жизни больных ишемической болезнью сердца, перенесших прямую реваскуляризацию миокарда. *Физиотерапия, бальнеология, реабилитация*. 2003; 2: 10–2.
9. Аретинский ВБ, Антюфьев ВФ. Особенности восстановительного лечения пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда. *Сб. науч. ст. Современные технологии восстановительной медицины. Медицинская реабилитация пациентов с болезнями сосудов сердца и мозга. Екатеринбург: УГТА, 2004; с. 38–9.*