

ионы  $K^+$ ,  $Ca^+$  незначительно снижались по сравнению с контролем.

Лимфоток через 45-48 часов от момента моделирования перитонита снижался на 41% до  $4,9 \pm 0,3$  мкл/мин на 100 г массы тела.

Таким образом, в результате нашей экспериментальной работы при моделировании перитонита показано, что лимфатическая система вовлекается в патологический процесс. Мы получили снижение лимфотока, повышение уровня тромбогенных процессов, увеличение вязкости лимфы и крови, что указывает на ухудшение реологических свойств лимфы и крови, а также изменения биохимического спектра показателей и клеточного состава лимфы.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА

<sup>1,2</sup>Коваленко Н.В., <sup>1</sup>Брынцева И.А.,  
<sup>1</sup>Внучкова Е.В., <sup>1</sup>Карлина М.С.,  
<sup>1</sup>Леопова Е.Г., <sup>1</sup>Карелкина Е.В.,  
<sup>1</sup>Филиппова Н.М., <sup>1</sup>Закарьяева В.М.,  
<sup>1,2</sup>Самотруева М.А.

<sup>1</sup>ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки»,  
Астрахань, e-mail: ms1506@mail.ru;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Астраханский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Астрахань

В настоящее время особенно актуально звучит проблема восстановления системы полноценной этапной реабилитации пациентов с инфарктом миокарда, учитывая, что за последние 10 лет общая заболеваемость ишемической болезнью сердца выросла на  $13,25 \pm 0,11\%$ . При этом, все чаще данное заболевание развивается у работоспособного, активного населения. Кроме того, сохраняется высокая больничная летальность от инфаркта миокарда (13-15%) [1, 2, 3, 6].

Второй этап реабилитации больных с инфарктом миокарда после стационарного этапа лечения рекомендуется проводить в условиях кардио-реабилитационных отделений Центров кардиореабилитации или в кардиологических отделениях Центров медицинской реабилитации [7, 8]. Многочисленными исследованиями доказано, что ранняя двигательная активизация больных способствует развитию коллатерального кровообращения, оказывает благоприятное воздействие на физическое и психическое состояние больных, укорачивает период госпитализации и нередко сокращает риск смертельных исходов [4, 5, 9].

Цель исследования: оценить эффективность второго этапа реабилитации у пациентов с инфарктом миокарда.

**Материалы и методы исследования.** Нами было проведено обследование 64 пациентов (женщин – 29, мужчин – 35) с инфарктом ми-

окарда, находившихся в Центре реабилитации «Тинаки», расположенного в Астраханской области Российской Федерации.

Пациенты были разделены на 2 группы. Группу исследования составили 34 пациента (мужчин – 19, женщин – 15) с Q-образующим инфарктом миокарда, поступившие на реабилитацию в ФБУ Центре реабилитации ФСС РФ «Тинаки». Группу сравнения составили 30 пациентов с не Q-образующим инфарктом миокарда (мужчин – 16, женщин – 14). Возраст пациентов колебался от 45 до 60 лет. Пациенты наблюдались с 12-14-го дня инфаркта миокарда по 31-33-й дни заболевания.

Критериями исключения являлись пациенты с проявлениями левожелудочковой недостаточности, стенокардией IV ФК и сердечной недостаточностью выше II стадии.

В реабилитации пациентов с инфарктом миокарда принимала участие мультидисциплинарная бригада врачей специалистов: кардиолог, по ЛФК, диетолог, физиотерапевт, психотерапевт, невролог, терапевт, лаборант, функциональной диагностики, а также средний медперсонал.

Реабилитация пациентов на втором этапе восстановительного лечения включала в себя диетическое питание, климатотерапию (аэро-, гелиотерапия по щадящему режиму), лечебную физкультуру (в зависимости от исходного состояния постепенно возрастающий по интенсивности комплекс лечебной гимнастики, лечебная дозированная ходьба с выходом в парковую зону Центра для восстановления навыков ходьбы на открытой местности, плавание), лечебный массаж, физиолечение (лекарственный электрофорез, электросон, ДМВ-терапия, синусоидальные модулированные токи, низкочастотное магнитное поле, низкоэнергетическое лазерное излучение), бальнеотерапию (сухие углекислые ванны), психотерапию, ведение образовательной программы «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников». Медикаментозное лечение продолжалось в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда.

Контролем нагрузки служили данные ЭКГ (отсутствие отрицательных субъективных ощущений, изменений конечной части желудочкового комплекса) и пульс не более 100-110 уд/мин.

Статистический анализ проводился при помощи пакета STATISTICA (StatSoft v.6.0, USA).

Результаты исследования. В результате проведенной оценки реабилитации пациентов с Q-образующим и не Q-образующим инфарктом миокарда в клиническом течении подострого периода заболевания и исходах были выявлены следующие особенности. Так, за период наблюдения пациентов субъективное улучшение самочувствия отметили 98% и 100% пациентов соответственно, количество приступов стенокардии в неделю уменьшилось у 76,4% и 90% соответ-

ственно; нормосистолии достигли 91,1 % и 90 % соответственно, нормализации и стабилизации артериального давления достигли 91,1 % и 90 % соответственно, улучшение клинического состояния с ФК II до ФК I у 76,5 % и 80 % соответственно. Повторных госпитализаций, летальных исходов за время исследования в обеих группах не наблюдалось.

Таким образом, в ходе исследования была оценена эффективность второго этапа реабилитации пациентов с Q-образующим и не Q-образующим инфарктом миокарда. Представленные результаты позволяют говорить о достижении основных целей реабилитации на данном этапе – психологическая переориентация на выздоровление, стимуляция компенсации нарушенных функций до возможности для пациента участвовать в реабилитационных мероприятиях третьего этапа в амбулаторных условиях, а также постепенное восстановление физической работоспособности.

#### Список литературы

1. Аронов Д.М. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика. Российские клинические рекомендации. – М.: МЗ РФ, 2014.
2. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Погосова Г.В. Постстационарный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Сердце – 2005. – Том 4 №2 – С.103–107.
3. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002. – №5. – С.92–94.
4. Богачевская С.А., Бондарь В.Ю., Капитоненко Н.А., Богачевский А.Н. Эпидемиология болезней системы кровообращения, требующих применения высокотехнологичных видов медицинской помощи, в Российской Федерации за последние 10 лет: статистические «пробелы» // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С.112–116.
5. Бородин Л.М., Шалаев С.В., Тейффенберг Д.В. Влияние физических тренировок на функциональное состояние миокарда у больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 1999. – №6. – С. 15–17.
6. Рыжикова И.Б., Погосова Н.В., Колтунов И.Е. и соавт. Оценка эффективности вторичной профилактики у больных, перенесших острые коронарные синдромы на отдаленном этапе // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 7. – С. 59–63.
7. Чумакова Г.А., Киселева Е.В., Чурсина В.И., Лычев В.Г. Влияние физических тренировок различной интенсивности на постинфарктное ремоделирование и функцию левого желудочка // Кардиология. – 2003. – №2. – С.71–72.
8. Granger C.B., Goldberg R.J., Dabbous O. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events // Arch Intern Med – 2003. – Vol. 163. – P. 2345–2353.
9. Meyer K., Samek L., Schwaibold M. Physical response to different modes of interval exercise in patients with chronic heart failure – application to exercise training // Eur. Heart J. – 1996. – Vol. – 17. – P. 1040–1047.

#### АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОКАЗАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ ПРОФПАТОЛОГИИ

Махонько М.Н., Шелехова Т.В., Курносов С.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, e-mail: [marphed@yandex.ru](mailto:marphed@yandex.ru)

Профпатология – раздел клинической медицины, анализ современного состояния теории

и практики которого о структуре профессиональных заболеваний, об условиях работы и частоте выявления их в различных отраслях промышленности показывает, что сроки развития данных заболеваний зависят от уровня воздействия вредностей, профессии, стажа работы в производственных условиях, а также дополнительных производственных факторов риска (возраст). Профессиональная заболеваемость – базовый показатель условий труда и качества здоровья работников «вредных» производств. Известно, что основными причинами возникновения профессиональных заболеваний являются несовершенство техники, конструктивные недостатки машин, нерациональная организация рабочих мест, несоответствие условий труда санитарно-гигиеническим требованиям. Клиника профпатологии и гематологии имени В.Я. Шустова СГМУ является одним из ведущих медицинских учреждений, осуществляющих диагностическую, консультативную, экспертную, реабилитационную и профилактическую деятельность, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (ППМО). Общее число профессиональных больных, состоящих на учете в клинике в 2015 году – 1823 человека, из них 609 женщин. В 2015 году в клинике диагнозы профессионального заболевания по промышленным предприятиям г. Саратова, Саратовской области и других регионов РФ впервые установлен у 58 человек. Анализ показал, что среди хронических профессиональных заболеваний на первом месте, как и в предыдущие годы, стоят заболевания от воздействия физических факторов (вибрация, шум). Вибрационная болезнь выявлена у 16 пациентов, из них у 1 женщины; двухсторонняя нейросенсорная тугоухость – у 34 больных, в том числе у 2 женщин. На втором месте находятся заболевания органов дыхания, на третьем – патология опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. В клинике диагностированы: профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких у 2 пациенток, силикоз – у 1 мужчины, пневмокониоз от смешанной пыли – у 1 больной, хронический субатрофический ринофаринголарингит определен у 2 женщин. Вегетативно-сенсорная полинейропатия верхних конечностей зарегистрирована у 1 пациентки, хроническая двусторонняя люмбагия – у 1 больной. 33 пациента являются работниками предприятий г. Саратова, из них – 7 работниц-женщин. 25 больных – трудящимися производств Саратовской области и других регионов РФ, из них – 3 женщины. В 2015 году в клинике было пролечено 640 профессиональных больных. С вибрационной болезнью прошли лечение – 233 человека, с двусторонней нейросенсорной тугоухостью – 120, хроническим пылевым бронхитом – 52, хроническим токсическим бронхитом – 15, пневмокониозом от разных видов пылей и аэро-