УДК 616.127-005.8

А.Б. Кыдыралиева, Ж. Таранқызы, А. Алмазқызы, Н.О. Бейсембинова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

МИОКАРД ИНФАРКТІН ӨТКЕРГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Бұл мақалада инфаркт миокардын алған науқастармен реабилитация жүргізу мүмкіндіктері қарастырылды. Кардиореабилитация бойынша қазіргі таңда Қазақстанда және басқа да шет елдерде қолданылып жатырған іс-шаралар түрлері, олардың тиімділігі, соңғы статистика мәліметтері қаралып, зерттеленді. Қазақстандағы және шет елдердегі жасалып жатқан кардиореабилитациялық іс-шаралар кешеніндегі негізгі проблемалары айқындалып, олардың медицина саласындағы өзектілігімен қатар бір-бірінен артықшылықтары мен кемшіліктері талқыланды. Сол шаралардың медицина саласындағы өзектілігі, сонымен қатар артықшылықтары мен кемшіліктері қарастырылды. Әрбір елдегі кардиореабилитацияның, оның ішінде пациенттердің денсаулығына әсер етудің тиімділігі де зерттелген. Сонымен қатар, көрші Ресей мемлекетіндегі жүрек реабилитациясының жетістіктері, олардың нұсқаулықтарының ерекшеліктері және жаңа құрылғыларды пайдалану қарастырылды.

Түйінді сөздер: реабилитация, физикалық реабилитация , салауатты өмір салты, сауықтыру, инфаркт миокарды, жаттығу комплекстері, оңалту, жүректің ишемиялық ауруы

Өзектілігі

Реабилитация термині латын тілінен аударғанда – мүмкіншілікті қалпына келтіру дегенді білдіреді. Бул комплекс социалды тұрғыда денсаулығын, психологиялық статусын, еңбек жасау мүмкіншілігін қалпына келтіруге бағытталған шаралар жиынтығы [1]. Кардиологияда летальдылық, инвалидизация, өлім көрсеткіші жоғары болуына байланысты негізгі актуальды проблемалардың бірі инфаркт миокарда болып келеді [2]. Дүние жүзінде жүрек қан тамыр ауруынан 17,5 млн адам көз жұмады, 75 пайызы экономикасы нашар елдердегі өлім көрсеткіші болып есептеледі [3]. Инфаркт миокардын алған адамдарды емдеудің және реабилитацияның тиімділігін арттырудың медициналық және социалды маңыздылығы өте жоғары. Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының анықтамасы бойынша, кардиореабилитация – созылмалы немесе басынан өткен жүрек-қантамыр жүйесінің ауруларымен науқастарға физикалық және психикалық жағдайын жақсартуға, қоғамда өз орнын қалпына келтіруге және сақтауға бағытталған ең тиімді іс-шаралар комплексі [4].

Қазақстан Республикасындағы статистикасы:

Қазақстан Республикасында 100 адамға шаққан 2016 жылдары АГ-мен байланысты дерттер саны 1223,9 , ал нақты Алматы қаласында 1240,3 [5].

Ал 2017 жылғы жалпы қан тамыр аурулары аурушаңшылық көрсеткіші 100 000 адамға 16360 , 2018 де 16398 өсуге тенденция болып тұрғанын көреміз. 2017 жылы ҚР-да өлім жетім көрсеткіші жүрек қан тамыр ауруларынан 100 000 адамға 174.83, ал 2018 жылы 167.28, яғни өлім көрсеткіші бойынша жүрек қан тамыр аурулары ҚР 1-ші орында әлі де [6]. Осы мәліметтерге сүйеніп ҚР Жүрек қан тамыр аурулары өте ауқымды, әлеуметтік, экономикалық тұрғыда өте маңызды екенін байқаймыз.

Өкінішке орай, соңғы жылдары аурулардың алдын алуға жеткілікті көңіл бөлінбейді, оңалту қызметінің профилактикалық және емдік компоненттері еленбейді [7]. Алайда Қазақстанда медициналық реабилиталогиялық көмекке қатысты бірқатар бұйрықтар жарияланған және клиникалық протоколдар жасалынды. 2009 жылдан бастап Қазақстанда жаңа медициналық мамандық «Медициналық реабилитация, оңалту емі» бұйрық бекітілген болатын [8].

«Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу ережелерін бекіту туралы» № 44 бұйрықта Медициналық оңалтудың негізгі принциптері көрсетілген (№ 759 бұйрыққа сәйкес): ерте басталу; қойылым; сабақтастық; әртүрлі тәсілшілік; қол жетімділік және оңалту шаралары нақты осы тұжырымдалған мақсаттарға назар аударылған [9].

850 бұйрықта Медициналық техниканың ең төменгі стандарттарымен денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық жабдықтар мен бұйымдарды жабдықтандыруды бекіту туралы көрсетілген [10].

Қазақстанда оңалту емі және медициналық оңалту үш деңгейде медициналық ұйымдарда жүзеге асырылады. Бірінші деңгейдегі медициналық ұйымдар - келесі жағдайларда медициналық оңалтуға амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдар: оңалту бөлмесі, науқастар үшін күндізгі стационар. Екінші деңгейдегі медициналық ұйымдар - олардың құрылымында медициналық оңалтуды жүзеге асыратын және келесі жағдайларда медициналық оңалту көмегін көрсететін мамандандырылған орталықтары бар мамандандырылған медициналық ұйымдар: оңалту кабинеті, күндізгі стационар және стационар жағдайында.

Үшінші деңгейдегі медициналық ұйымдар - құрылымында бөлімдері және немесе орталықтары бар, медициналық оңалтуға, оның ішінде жоғары технологиялық медициналжық көмек көрсететін, амбулаторлық, күндізгі стационарлық және немесе стационар жағдайында медициналық көмек көрсететін мамандандырылған медициналық ұйымдар [11].

Оңалту емі және медициналық оңалту үш кезеңнен тұрады:

Бірінші кезең (ерте) - аурудың жедел және жеделдеу кезеңдерінде, хирургиялық араласу кезінде, жарақат кезінде қалпына келтіру емі. Бірінші кезең клиникалық хаттамаларға сәйкес негізгі ауруды емдеуде асқынулардың алдын-алу және функционалды қалпына келтіруді жеделдету үшін реабилитологпен кеңескеннен кейін мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек көрсететін ауруханалардың құрылымдық бөлімшелерінде (реанимация және реанимация бөлімшесі немесе мамандандырылған бөлімше) жүзеге асырылады. Бұл 1 айға дейін жалғасуы мүмкін.

Екінші кезең (жалғасы) - оңалту емі және медициналық оңалту мамандандырылған бөлімдерде немесе оңалту төсектерінде, республикалық денсаулық сақтау ұйымдарында, мамандандырылған оңалту орталықтарында және көп салалы ауруханаларда жүзеге асырылады. Ұзақтығы:6-9 ай [11]. 10 жұмыс күні ішінде бір пациентке көрсетілген медициналық оңалтудың негізгі әдістері: Оңалтудың негізгі әдістері: кинезотерапия; ингаляция - 14 процедура; Оңалтудың қосымша әдістері: электрофорез - 7 процедура; лазерлік терапия - 7 процедура; миостимуляция -10 процедура; ультрадыбыстық терапия / соққы толқыны терапиясы - 6 процедура [12].

Үшінші кезең (кешіктірілген немесе қалпында ұстап тұрушы) жедел, жеделдеу кезеңде емдеу аяқталғаннан кейін және МКФ критерийлерін бағалағаннан кейін БСФ сақталған кезде жүзеге асырылады. Үшінші сатыдағы медициналық оңалту мамандандырылған бөлімдерде немесе республикалық денсаулық сақтау ұйымдарының созылмалы аурулары бар және кейбір нозологиялық формалары бар балалар үшін, амбулаториялық ұйымдарда, күндізгі стационарларда, санаторий-курорттық ұйымдарда, үйдегі ауруханаларда жүргізіледі. Ұзақтығы 3 жылға созылуы мүмкін .

Оңалтудың үшінші кезеңінің негізгі әдістері: 10 жұмыс күннің ішінде шектелген серуендеу - 14 рәсім; велосипед эргометрінде динамикалық жаттығу (жаттығу велосипеді) - 7 рәсім; лазерлік терапия - 5 процедура. Оңалтудың қосымша әдістері: бальнеотерапия -5 процедуралар; жаға мойын аймағына массаж- 5 процедура. Бұл әдістердің барлығын науқастардағы қосымша аурулары бойынша қарсы көрсеткіштері жоқ болған жағдайда орындалады [13].

Алматы қаласының екінші дүниежүзілік соғыс мүгедектерінің республикалық клиникалық ауруханасында иондалған сәуле алған науқастарды - Семей полигонында, Чернобыль АЭС-да, Афган соғысына қатысқан адамдардың ішінен ишемиялық жүрек ақаулары бар 97 науқасты зерттеуге алды. Оның ішінен ФК II 75 (77.3%), ФК III 22 (22.7)7. Науқастарға дәрі –дәрмекпен еммен қоса, физикалық реабилитациялық программа жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде жағымды деректер алынды: 800ден 2100 граммға дейін салмақ жоғалтты. Бұлшық еттер қатынасы артты. Сонымен қатар физикалық жаттығуларға шыдамдылықтың жоғарылауымен қатар, СЖЖ ФК III-тен ФК II, ал ФК II ден ФК I ауысып, жағдайы жақсарды [14]. Қазақстан Республикасында денсаулық сақтауды одан әрі дамытудың перспективалары көбінесе медициналық кадрлардың, оның ішінде медициналық оңалту бойынша мамандарды даярлаудың кәсіби деңгейіне және сапасына байланысты болады. Жоғары оқу орнынан кейінгі резидентура және қосымша біліктілігін арттыру және қайта даярлау кезеңдерінде реабилитация дәрігерлерін даярлауды жүзеге асыратын оқу орындарына үлкен жауапкершілік жүктеледі. Алматы қаласы бойынша реабилитациялық көмекпен қаншалықты жабдықталуын анықтау мақсатында ҚР-ның «Халық денсаулығы және Денсаулық сақтау жүйесінің қызметі» ресми деректеріне анализ жасалынды. Келесідей қорытынды жасалынды: Алматы қаласы бойынша реабилитациялық койкалармен қамтамасыз ету деңгейінің төмен көрсеткішті көрсетті, физиопроцедуралар 18 жасқа толған науқастарға КТМК тізіміне кірмейтіндігіне және ақылы екендігі, 850 бап бойынша қарастырылған медициналық мекемелерді минимальды медициналық техникалармен жабдықтартандыру тек мемлекеттік медициналық денсаулық сақтау мекемелерін қамтылғанымен, алайда реабилитациялық орталықтарды, санаториялық-курорттық орталықтарды қамтылмағандықтан, сондықтан МР айналысатын материалды техникалық базалармен қаншалықты қамтылғандығы жайлы МР жүргізетін мекемелерге сараптама жүргізу мүмкін болмады [15].

Ресейде КР жүргізбестен бұрын науқасты міндетті түрде GRACE шкаласымен алдағы 6 айға өлім қауіпін бағалап, жедел ИМ қалай өрбитінін бақылап болжап алады. [16]. Killip бойынша жедел жүрек жетіспеушілік ауырлық деңгейін 4 класс бойынша бағалайды [17]. Науқастарға қандай жаттығуды, ауырлық деңгейін, жаттығудың жалпы жүргізілу уақытын бәрін Д.М.Ароновтың 2014 жылы ұсынылған **«**жедел инфаркт миокарды бар науқастардың клиникалық жағдайының ауырлық дәрежесі бойынша реабилитациялық классификациясы**»** арқылы анықтап алады [18]. Реабилитацияны 3 этапқа бөлген [19].

1-ші этапта реанимация мен интенсивті терапия бөлімінде жүргізілу қарастырылған. Дәрігер оған төсектік режим, бірінші дәрежелі қозғалыс активтілігі ұсынады. Науқасқа отырғызуға (бірінші-екінші күн) және одан әрі тігінен тұруға (екінші - үшінші күн) рұқсат етіледі. Комплекс ұзақтылығы 10-15 минут. Жеке ЛФК әдіскері науқастармен тыныс алу жаттығуларынан, кіші бұлшық ет топтарына (қол, аяқ) жаттығулардан тұратын № 1 ЛФК бастапқы кешенін орындайды. 2-3 күннен кейін науқасты кардиология бөліміне жатқызады. Оған екінші сатының қозғалыс белсенділігінің режимін (Палата деңгейінде жүру және белсенділік) тағайындайды. Палатада қозғалыс, №2 ЛФК кешені орындалады. Өлім-жітімнің жеке қаупіне және дене белсенділігінің кеңейтілген көлеміне организмнің реакциясына байланысты науқас 3-7 күннен кейін қозғалыс белсенділігінің үшінші сатысына (дәліздік режим) ауыстырылады. Бұл кезеңде науқасқа №3 кешен тағайындалады

2-ші кезең- стационарда мамандандырылған кардиореабилитациялық бөлімше жағдайында жүргізіледі. Бұл кезеңде медикаментозды емді жалғастырады, қимыл белсенділігін одан әрі кеңейтіп, тренажерлармен жаттығу жасап, далада серуендеп жүреді.

3-ші кезең- поликлиника деңгейіндегі кардиореабилитация. Кардиореабилитацияның үшінші кезеңі- ең маңыздысы, ол өмір бойы жалғасады және мультидисциплинарлық көзқарасты талап етеді. Аронов Д.М. Ресейде 2014 жылғы қалпына келтіру ұсынысында тура жоғарыда айтылған ЛФК жаттығулары пайдаланылған [20].

Ресейде Аронов Д.М. ЛФК бойынша жаттығуларды жасағаннан 41 пайызға өлім көрсеткіші азайған, 23 пайызға госпитализация азайған, 32 пайызға жүрек қан тамыр жүйесінен патология азайған [21]. 2015 жылы Ресейде Инфарк миокардын өткерген науқастарда реабилитация мен екіншілік профилактика арналған жаңа тәсіл шығарылды [22]. Ол жерде негізгі принцип тек медикаментозды ем ғана емес және де : **«**ЖИА бар науқастар мен олардың туысқандарына арналған мектеп **»** программасы аясында науқастарды жүрек қан тамыр аурулары сұрақтары бойынша толық жауап нұсқаулық ұсыну, өмір салтын өзгерту, қауіп факторларын озгерту; науқастардың физикалық реабилитацияға және созылмалы физикалық жаттығуларға , оның ішінде үй жағдайындағы да, қатысуы; созылмалы ауруының барына психикалық адаптация, реабилитацияға қатысуға көптеген мотивациялар, керек болса психолог және психотерапевттердің көмегімен.

Ресейде практикада тыныс гимнастикасы- диафрагмальды тыныс алу жаттығулары қолданылады [23]. Жаттығуларды стационардан шыққаннан кейін алғашқы 30 күнде жасаған тиімді, себебі пациентте әлі де жаттығуларға деген қызығушылығы сақталады және бұл жаттығуға науқасты ғана емес, отбасы мүшелерінде үйрету жақсы нәтижеге алып келген. Ерте бастап жасаған жаттығулар алғашқы 3 айда госпитализацияланудың қайталануын азайтқан, 12 айдан кейін тыныс жаттығуларын күнделікті жасап жүрген науқастарда физикалық жүктемеге шыдамдылық артқан. РФ-дағы соңғы жылдар статистикасына сүйенсек, жүрек қан –тамыр ауруы бойынша өлім көрсеткішінде 67% стационардан тыс өлімді көрсетеді [24]. Ол реабилитацияның 3-ші кезеңнің дұрыс ұйымдастырылмауы және науқастардың өз денсаулықтарына керек деңгейде көңіл бөлмеуінен. Реабилитациядан жақсы жетістіктерге жету үшін, бір ғана жаттығу емес, комплексті түрде медикаментозды ем, өмір сүру салтын өзгерту (мектептер поликлиника деңгейінде, білім беру ақпараттық бағдарламалары), диета, психотерапия, физиотерапия осыларды қосу арқылы әр этапты жүргізудің технологиялық картасы ұйымдастырылған [25].

Шет мемлекеттердегі тәжірибелер:

Түрік елінің 65 жастан үлкен және 65 жастан кіші кардиологиялық науқастардың жағдайын физикалық көрсеткіштері, эхокардиография, липидті спектрі, психологиялық жағдайы бойынша 12 апталық кардиореабилитация курсын бастамас бұрын және біткеннен кейін тексерген. Осы зерттеудің нәтижесі жас айырмашылымына қарамастан бірдей нәтиже алғанын көрсетті

[26]. Египетте гендерлік айырмашылықтың кардиореабилитация нәтижесіне әсер етуін зерттеген. 30 ер адам 30 айел адам кардиологиялық аурулары бар науқастар алынған. Тәжірибе жүргізбес бұрын салмақ, дене салмақ индексі, биохимиялық зерттеу (липид спектрі, глюкоза, холестерин), эхокардиография арқылы науқастардың көрсеткіштерін тіркеген. 12 апта жаттығу кешені аяқталғанда кайта тексеріліп салыстырылған. Ер адамдарда жүрек соғу жиілігі, жалпы холестерин және триглицеридтер деңгейінің төмендеуі байқалады, ал әйелдерде диастолалық қысым мен HBA1c төмендеуі көбірек байқалған [27]. Кардиореабилитация ең біріншісі сатысы бұл дұрыс демалу болып табылады, осы дұрыс дем алу мен дем шығарудың өзектілігін Жапондық дәрігерлер ғылыми тәжірибелерінде көрсеткен. PI max 10смН2О жоғарылауы клиникалық оқиғалар жиілігінің 23% төмендеуін көрсетті [28]. Индиялық дәрігерлер үйреншікті кардиореабилитация жаттығуларының халық арасында аз қолданылатынын ескере отырып, халық арасында жақсы тараған кардиойогамен (Yoga-CaRe) айналысу науқастардың өздерін жақсы сезінуіне көмектескен. Йога - бүкіл әлемде танымал болған ақыл-ой мен дененің дәстүрлі үнділік тәжірибесі. Ол жұмсақ физикалық жаттығуларды (физикалық жұмыс) тыныс алу мен медитациямен (психологиялық қызмет) үйлестіреді және салауатты өмір салтын насихаттайды (қайталама профилактика), сол арқылы жүрек реабилитациясының негізгі міндеттерін шешеді [29]. Дене белсенділігінің жетіспеушілігі жүрек-қан тамырлары ауруларының дамуының факторы болып саналады. ДДСҰ-ға сәйкес ересек адам аптасына орташа алғанда кем дегенде 150 минут қалыпты дене шынықтырумен айналысуы керек [30]. Коронарлық реваскуляризация процедураларынан кейін пациенттер физикалық белсенділіктің осы стандартты талаптарына сәйкес келмейтіндігі айтылды [31]. Реваскуляризациядан кейінгі пациенттер күнделікті өмірде кейбір әрекеттерді орындаудан қорқады. Бұл науқастардың кардиореабилитация пайдасын толық білмеуіне байланысты. Сондықтан науқастарды кардиореабилитацияға оқыту өз пайдасын көрсетуде. Жүргізілген зерттеулер негізінде жүректің оңалту бағдарламаларын әр түрлі жағдайларда (аурухана да, үйде немесе оңалту орталықтарында) ұстану коронарлық реваскуляризациядан кейінгі денсаулыққа байланысты функционалды мүмкіндіктерді, физикалық белсенділікті және өмір сапасын жақсартады деп шешті [32]. Орталықта және үйде бағдарламалардың әсерін салыстыру зерттеулер жүргізілген. Бұл зерттеуде жасалынатын жаттығу кешені бір, бірақ жасалынатын орны әртүрлі болғанмен екі бағдарлама да адамның функционалдығын жақсартуда бірдей тиімді деген қорытындыға келді [33]. Үйдегі кардиореабилитация бағдарламаларының сапасын жақсарту үшін қосымша жеткізілім әдісі ретінде телебайланыс енгізілді. Бейне негізіндегі бағдарламалар мен мобильді бақылау үйде жұмыс істейтін бағдарламаларды пайдаланатын адамдарға қосымша ақпаратты қамтамасыз ету үшін қолданылды. Олар үйде орындалатын жаттығулардың сәйкестігін және сапасын бақылауда тиімді болды. Науқастардың сәйкестігі мен түсінігі олардың осы бағдарламаларға көбірек бейімділігі туралы хабарланды [34].

Қорытынды

Қорытындылай келе, жоғарыда көрсетілген статистикаға сүйенсек ҚР-да жүрек-қантамыр ауруларынан өлім-жітім көрсеткіші бойынша 1-ші орында тұрғанын көруге болады. Оның негізгі себебі, қазіргі таңда ҚР-дағы кардиореабилитацияның басқа елдермен салыстырғанда әлдеқайда артта болуында. Физикалық кардиореабилитация науқастың өзінің денсаулығына ғана емес науқастың емдеу мекемесіне қайтадан түсуін болдыртпау арқылы денсаулық сақтау жүйесінде де шығындарды азайтады.

Қазақстан соңғы жылдары медицина саласына, соның ішінде реабилитациялық шараларға, медикаментозды емге көп көңіл бөліп отыр. Дегенмен, жасалынып жатырған іс-шараларға қарамастан әлі де болса кардиореабилитологтар, ЛФК тренерлері, жаттығуларды қадағалайтын медбикелер, физиотерапевттік кабинеттер, бассейндер мен жаттығу залдары жетіспейтіндігі негізгі проблемаларға айналды.

Сондықтан шет мемлекеттерде жақсы қорытынды көрсетіп, тиімділігі бағаланған ИМ алған науқастарға Д.М.Ароновтың ЛФК жаттығулар кешенін видеонұсқау ретінде ұсыну өте тиімді. Себебі, бұл жаттығулар кешенін әр науқас үй жағдайында дәрігердің көмегінсіз қазіргі заман талабына сай ұялы телефон, компьютер немесе үлкен экранды теледидардағы ғаламтор желісінің көмегімен қарай отырып, әр жаттығуды мүлтіксіз орындауға мүмкіндігі бар. Сонымен қатар видеонұсқаудағы жаттығулар кешені науқастың ауырлық жағдайына байланысты топтарға жіктеле отырып, арнайы бөлініп берілген. Видеонұсқауда жаттығулар нақты көрсетілгенімен қоса арнайы дыбысталған. Сондықтан әр науқас бұл жаттығуларды ешқандай кедергісіз күнделікті дұрыс орындау арқылы өз денсаулығын одан әрі жақсартуға үлкен мүмкіндігі бар.

Ол үшін бірінші кезекте науқастар денсаулықтарының өз өмірі үшін, кейін дәрігер мен мемлекет үшін маңыздылығын түсіну арқылы сезінгені абзал. Сонда ғана науқастар әрбір іс-әрекетіне жауапкершілікпен қарап, қоғаммен бірге жұмыс атқарып, денсаулықтарына көңіл бөліп, сапалы және ұзақ өмір сүруге ұмтылатын болады.

Сонымен қатар дәрігерлер әр уақытта науқаспен және оның туыстарымен қарым-қатынаста болып, сөйлесіп, ИМ және ЖИА туралы мағлұматтар беріп, олардың ықтимал салдарының қандай екенін жеткізіп, стационардағы және үй жағдайындағы медикаментозды еммен қоса реабилитациялық шаралар жүргізу арқылы қайталамалы аурудың алдын алу - біздегі үлкен мақсат екендігін түсіндіру де өте маңызды. Осы орайда науқастарға дәрі-дәрмектерді уақытылы дұрыс қабылдаумен қатар антиартеросклеротикалық диетаны сақтау, тұрмыс-тіршілікте белсенділікті арттыру, темекі шегуді тоқтату және Д.М. Ароновтың ЛФК жаттығулар кешенін күнделікті жасау қайталамалы ИМ алудың негізгі іс-шаралары болып табылады.

Қазақстандағы кардиореабилитация шараларын одан әрі дамытып, өмір салтын жақсарту негізгі мақсат болып табылады:

-науқастарға реабилитация этаптарының маңыздылығын түсіндіріп, оқыту;

-осы іс барысында Қазақстан Республикасы аумағында « ЖИА бар науқастарға және олардың туысқандарына арналған мектеп » ұйымдастырып, сол мектепте науқастармен және оның туыстарымен жақын қарым-қатынас орнату арқылы кардиологиялық аурулардың пайда болу себебін, сол сипатта пайда болған адам организміндегі өзгерістер мен оның асқынуын түсіндіріп, кардиореабилитациялық шараларды толық орындауға шақырып, дағдыландыру;

-сонымен қатар, Қазақстандағы реабилитация сапасын жақсартудың бір көрінісі ретінде БМСК қызметкерлерін реабилитолог маманы ретінде оқыту;

-реабилитация саласында штаттар құру арқылы ЛФК нұсқаушыларының, физиотерапевттердің, логопедтер мен психологтардың санын арттырып, мультифокалды бригадалар қалыптастыру керек;

-ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы 27 қазандағы қабылданған №850 бұйрығына сәйкес мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық мақсаттағы медициналық техникалық қамтамасыздандыру қажет;

-мобильді мониторингті дамыту ,яғни видео нұсқаулықты пайдалу арқылы немесе науқастарды қашықтықтан бақылауды жүйеге енгізу.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Аронов Д.М. Основы кардиореабилитации // КАРДИОЛОГИЯ: новости, м нения, обучение. – 2016. - №3. - С. 104-110.
2 Негызгы паракша. Журек кан тамыр аурулары. // ДДҰ онлайн жарияланымдар. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (дата обращения: 15.06.2020).
3 Денсаулықсақтау бойынша сұрақтар. Жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларымен күрес. // ДДҰ онлайн жарияланымдар. URL: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/ru/ (дата обращения: 15.06.2020).
4 Аронов Д.М., Бубнова М.Г.. Проблемы внедрения новой системы кардиореабилитации в России // Российский кардиологический журнал. - 2013. - №4(102). - С. 14–22.
5 Конысбаева К.К., Хабиева Т.Х., Утеулиев Е.С. Распространённость болезней системы кровообращения по г. Алматы // Medicine(Almaty). - 2017. - №12(186). – С. 96-102.
6 Здоровье Населения Республики Казахстан И Деятельность Организаций Здравоохранения В 2018 Году Статистический Сборник Нур-Султан 2019 // Рцрз. Министерство Здравоохранения Республики Казахстан URL: http://www.rcrz.kz/files/Документы/Сборник_2018.pdf (дата обращения: 17.06.2020).
7 Шевелева Н.И., Абдрахманова А.О., Минбаева Л.С. Проблемы развития медицинской реабилитации в Республике Казахстан // Журнал Успехи Современного Естествознания. - 2015. - №6. - С. 77-81.
8 Об утверждении Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан URL: http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005885_ (дата обращения: 18.06.2020).
9 Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы № 759 27 желтоқсан 2013 жыл // Информационная система "ПАРАГРАФ" - юрист URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31514487#pos=0;0 (дата обращения: 15.06.2020).
10 Қазақстан Республикасының халқына медициналық оңалту көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы // Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерінің ақпараттық-құқықтық жүйесі URL: http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V13000009108 (дата обращения: 15.06.2020).
11 Қалпына келтіру емі және медициналық оңалту, оның ішінде балаларды медициналық оңалту қағидаларын бекіту туралы // Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерінің ақпараттық-құқықтық жүйесі URL: http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1500010678 (дата обращения: 15.06.2020).
12 Второй этап «Реабилитация II А», профиль «Кардиология и кардиохирургия», (взрослые) Клинический Протокол По Медицинской Реабилитации №9.12.2014 г. // РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» URL: http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2014/Медицинская%20реабилитация/Кардиология%20и%20кардиохирургия%20(взрослые)/file1.pdf (дата обращения: 18.06.2020).
13 Третий Этап "Амбулаторная Реабилитация Ii", профиль «Кардиология и кардиохирургия», (взрослые) Клинический Протокол По Медицинской Реабилитации №9.12.2014 г. // РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» URL: http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2014/Медицинская%20реабилитация/Кардиология%20и%20кардиохирургия%20(взрослые)/file1.pdf (дата обращения: 18.06.2020).
14 Агыбаева А.Б. , Арзыкулов Ж.А. , Алмагамбетова Л.А. , Аширбекова К.Ж. , Беккулиева С.А. К вопросу об эффективности физической и медикаментозной кардиореабилитации у больных с ИБС // Журнал Терапевтический Вестник. - 2017. - №2. - С. 5-8.
15 Сейданова А.Б., АбильдиноваД.К., Байтуганов Р.Т., Жолдасбекова А.С. Анализ системы управления и организационной структуры реабилитационной службы (на примере г. Алматы) // Казнму Вестник. - 2016. - №3. – С. 451-455.
16 Кокорин В.А., Арефьев М.Н., Гордеев И.Г. Шкала GRACE 2.0 для прогнозирования течения острого коронарного синдрома: какой из маркеров повреждения миокарда использовать? // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. - 2019. - №8(4). - С. 37-45.
17 Моисеев В.С., Терещенко С.Н., Павликова Е. П. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - №5(6). - С. 445-451.
18 Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. // Рекомендации по диагностике и лечению. Иркутское отделение Российского кардиологического общества. - 2015. - С. 7-14.
19 Практические методы поэтапной кардиореабилитации // Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР) URL: http://www.rosokr.ru/material/material-proekt/3-pr-met (дата обращения: 17.06.2020).
20 Реабилитация И Вторичная Профилактика У Больных, Перенесших Острый Инфаркт Миокарда С Подъемом Сегмента St. Российские клинические рекомендации // Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР) URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/Project_reabilit_190514.pdf (дата обращения: 17.06.2020).
21 Физическая реабилитация, перенесших острый ИМпST // Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР) URL: http://www.rosokr.ru/material/material-proekt/4-fiz-re (дата обращения: 17.06.2020).
22 Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Красницкий В.Б. Новые подходы к реабилитации и вторичной профилактике у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы // Кардиология. - 2015. - №55(12). – С. 82-87.
23 Арутюнов Г.П., Колесникова Е.А., Рылова А.К. Современные подходы к реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью// CardioСоматика. - 2010. - №1. – С. 247-256.
24 Бойцов С. А., Демкина А. Е., Ощепкова Е. В., Долгушева Ю. А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе // Кардиология. - 2019. - №59(3). - С. 53–59.
25 Мисюра О.Ф., Шестаков В.Н., Зобенко И.А. и др. Организационные основы кардиореабилитации // CardioСоматика. - 2018. - №9(4). С. 11–16.
26 Demir Gündoğmuş, P., Topçu Özcan, B., Hayıroğlu, M., Gündoğmuş, İ., Ölçü, E. B., Uzun, M., & Orhan, A. L. The effect of the age on outcomes at a cardiac rehabilitation center in Turkey. // Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir. - 2020. - №48(3). - С. 270–277.

27 El Missiri, A. M., Awadalla, H. M., & Almoudi, M. M. Gender differences among ischemic heart disease patients enrolled in a cardiac rehabilitation program. // The Egyptian heart journal : (EHJ) : official bulletin of the Egyptian Society of Cardiology. - 2020. - № 72(1). - С. 15-19.
28 Hamazaki, N., Kamiya, K., Yamamoto, S., Nozaki, K., Ichikawa, T., Matsuzawa, R., Tanaka, S., Nakamura, T., Yamashita, M., Maekawa, E., Meguro, K., Noda, C., Yamaoka-Tojo, M., Matsunaga, A., & Ako, J. Changes in Respiratory Muscle Strength Following Cardiac Rehabilitation for Prognosis in Patients with Heart Failure. // Journal of clinical medicine. - 2020. - №9(4). – 952 p.
29 Prabhakaran, D., Chandrasekaran, A. M., Singh, K., Mohan, B., Chattopadhyay, K., Chadha, D. S., Negi, P. C., Bhat, P., Sadananda, K. S., Ajay, V. S., Singh, K., Praveen, P. A., Devarajan, R., Kondal, D., Soni, D., Mallinson, P., Manchanda, S. C., Madan, K., Hughes, A. D., Chathurvedi, N. Yoga-Based Cardiac Rehabilitation After Acute Myocardial Infarction: A Randomized Trial. // Journal of the American College of Cardiology. – 2020. - №75(13). - С. 1551–1561.
30 Dorairaj Prabhakaran, Ambalam M. Chandrasekaran, Kalpana Singh, Bishav Mohan. // Journal of the American College of Cardiology. - 2020. - №75 (13). – P. 1603-1612.
31 Moholdt, T. T., Amundsen, B. H., Rustad, L. A., Wahba, A., Løvø, K. T., Gullikstad, L. R., Bye, A., Skogvoll, E., Wisløff, U., & Slørdahl, S. A. Aerobic interval training versus continuous moderate exercise after coronary artery bypass surgery: a randomized study of cardiovascular effects and quality of life // American heart journal. - 2020. - №158(6). - P. 1031–1037.
32 Niramayee V. Prabhu, Arun G. Maiya, and Nivedita S. Prabhu. Impact of Cardiac Rehabilitation on Functional Capacity and Physical Activity after Coronary Revascularization: A Scientific Review» // Cardiol Res Pract. - 2020. - №5. – P. 297-306.
33 Hartog, J., Blokzijl, F., Dijkstra, S., DeJongste, M., Reneman, M. F., Dieperink, W., van der Horst, I., Fleer, J., van der Woude, L., van der Harst, P., & Mariani, M. A. study protocol for a prospective, randomised, open, blinded endpoint (PROBE) trial // BMJ open. - 2019. - №9(9). - С. 317-338.
34 Deskur-Smielecka, E., Borowicz-Bienkowska, S., Maleszka, M., Wilk, M., Nowak, A., Przywarska, I., & Dylewicz, P. Early phase 2 inpatient rehabilitation after acute coronary syndrome treated with primary percutaneous coronary intervention: short- and long-term effects on blood pressure and metabolic parameters // American journal of physical medicine & rehabilitation. - 2011. - №90(7). - С. 589–598.

А.Б. Кыдыралиева, Ж. Тарановна, А. Алмазовна, Н.О. Бейсембинова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ФИЗИЧЕСКАЯ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Резюме: В данной статье рассматриваются возможности реабилитации больных с инфарктом миокарда. По кардиореабилитации были рассмотрены и изучены итоги и виды мероприятий, применяемые в настоящее время в Казахстане и других зарубежных странах, их эффективность, а также данные последней статистики. Были определены основные проблемы комплекса кардиореабилитационных мероприятий, проводимых в Казахстане и за рубежом. Была рассмотрена их актуальность в области медицины, а также преимущества и недостатки. Также была изученна направленность кардиореабилитационных мероприятий в каждой стране, включая эффективность для здоровья пациента. Кроме того, были рассмотрены достижения кардиореабилитационных мероприятий в соседнем российском государстве, особенности их рекомендаций и применения новых аппаратов.
Ключевые слова: реабилитация, физическая реабилитация, здоровый образ жизни, оздоровление, инфаркт миокарда, комплекс упражнений, ишемическая болезнь сердца

A.B. Kydyralieva, Zh. Taranovna, A. Almazovna, N.O. Beisembinova
Asfendiyarov Kazakh National medical university

PHYSICAL CARDIOREHABILITATION OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Resume: This article discusses the possibilities of rehabilitation of patients with myocardial infarction. On cardiac rehabilitation, the results and types of measures currently used in Kazakhstan and other foreign countries, their effectiveness, as well as the latest statistics were reviewed and studied. The main problems of the complex of cardiac rehabilitation measures carried out in Kazakhstan and abroad were identified. Their relevance in the field of medicine, as well as the advantages and disadvantages were examined. The focus of cardiorehabilitation in each country, including efficacy for patient health, was also studied. In addition, the achievements of cardiac rehabilitation in the neighboring Russian state, the features of their recommendations and the use of new technologies were examined.
Keywords: rehabilitation, physical rehabilitation, healthy lifestyle, recovery, myocardial infarction, a set of exercises, coronary heart disease