ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Корженков Николай Петрович

ВЛИЯНИЕ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

14.01.05 – кардиология

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор Осадчук М.А.

Волгоград, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……8

Часть I: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ……14

Глава 1. Роль амбулаторного звена здравоохранения в сохранении здоровья и реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда…...14

1.1. Роль поликлинического звена здравоохранения в поддержании здоровья. Общие положения……...14

1.2. Проблемы дифференциального диагноза и ведения пациентов с синдромом кардиалгии на догоспитальном этапе…….…23

1.2.1. Кардиалгии, связанные с сердечно-сосудистой патологией. Общие сведения……..……..……...25

1.2.2. Характеристика основных коронарогенных заболеваний, сопровождающихся кардиалгией и их ведение в амбулаторной практике……..…….26

1.3. Проблемы психофизической реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда на амбулаторном этапе ……..32

Часть II: СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ……...44

Глава 2. Материал и методы исследования …….....44

2.1. Общая характеристика обследованной когорты пациентов…….44

2.2. Методы исследования…….....49

2.2.1. Клинические методы……..…49

2.2.2. Инструментальные кардиологические методы исследования……..51

2.2.3. Методы оценки приверженности больного к лечению…..…56

2.2.4. Психологические методы исследования и определение качества жизни……..56

2.2.5. Социометрические методы……62

2.2.6. Физические методы реабилитации……63

2.2.7. Дополнительные методы исследования……64

2.2.7.1. Гастроэнтерологические методы исследования…….64

2.2.7.2. Неврологические методы ……..…….. 66

2.2.7.3. Пульмонологические методы исследования……...67

2.2.6. Методы математической обработки материала и доказательной медицины……..68

Глава 3. Сравнительный анализ различных способов психофизической реабилитации у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда без признаков сердечной недостаточности…….. 71

3.1. Общая характеристика пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, страдающих стабильной стенокардией напряжения II и III ФК……...71

3.2. Клинические, лабораторные и инструментальные особенности пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, страдающих стабильной стенокардией напряжения II и III ФК……72

3.3. Оценка типа отношения к болезни, качества жизни и психического статуса у пожилых больных после перенесенного инфаркта миокарда и стабильной стенокардией напряжения……79

3.4. Программы реабилитации у пациентов со стабильной стенокардией напряжения после перенесенного инфаркта миокарда II ФК……...83

3.5. Оценка эффективности программ реабилитации у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда со стабильной стенокардией напряжения II ФК……..87

3.6. Оценка факторов, влияющих на приверженность к терапии пожилых больных с перенесенным инфарктом миокарда, страдающих сердечно-сосудистой недостаточностью……99

3.7. Оценка эффективности программ реабилитации у пациентов со стабильной стенокардией напряжения II и III ФК после перенесенного инфаркта миокарда……..102

Глава 4. Сравнительный анализ различных способов психофизической реабилитации пациентов с синдромом хронической сердечной

недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда…….104

4.1. Общая характеристика пациентов с хронической сердечной недостаточностью I и II ФК после перенесенного инфаркта миокарда……...104

4.2. Клинические, лабораторные и инструментальные особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда……105

4.3. Оценка типа отношения к болезни, качества жизни и пси-хического статуса пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда……115

4.4. Программы реабилитации у пациентов с хронической сер-дечной недостаточностью I ФК после перенесенного инфаркта миокарда. Оценка эффективности……...121

4.5. Программы реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью II ФК после перенесенного инфаркта миокарда. Оценка эффективности……...132

4.6. Оценка факторов влияющих на приверженность к терапии пожилых больных с дисфункцией миокарда……145

4.7. Оценка эффективности различных способов психофизической реабилитации в течение ХСН после перенесенного ИМ……148

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……150

ВЫВОДЫ ……...156

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……158

ЛИТЕРАТУРА……159

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение

Б – боль

БА – бронхиальная астма

БЛНПГ – блокада левой ножки пучка Гиса

БПНПГ - блокада правой ножки пучка Гиса

ВНД – время нормализации артериального давления

ВПЗ – врач первичного звена

ВЭМ – велоэргометрия

ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДМПК – должное максимальное потребление кислорода

ДЭП – дисциркуляторная энцефалопатия

ДЭС – дисциркуляторная энцефалопатия

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЖС – жизнеспособность

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИК – индекс кооперации

ИМ – инфаркт миокарда

ИМС – индекс массы тела

КЖ – качество жизни

КДР – конечный диастолический размер

КСР – конечный систолический размер

ЛЖ – левый желудочек

ЛП – левое предсердие

ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности

ЛФК – лечебная физкультура

МАУ – микроальбуминурия

ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка

НС – нестабильная стенокардия

ОБ – окружность бедер

ОВР – объем выполненнойработы

ОЗ – общее здоровье

ОКС – острый коронарный синдром

ОТ – окружность талии

ОХ – общий холестерин

ОШ – отношение шансов

ПЖ – правый желудочек

ПЗ – психическое здоровье

РЭ – роль эмоциональных проблем

Р – роль физических проблем

СФА – социальная активность

САР – снижение абсолютного риска

СД – сахарный диабет

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СМП – скорая медицинская помощь

СН – сердечная недостаточность

СО – систолический объем

СОР – снижение относительного риска

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССН – стабильная стенокардия напряжения

ТГ – триглицериды

ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка

ТИМ – толщина интимы-медиа

ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки

ТМЛЖ – толщина миокарда левого желудочка

ТОБ – тип отношения к болезни

ТФН – толерантность к физической нагрузке

ТШХ – тест шестиминутной ходьбы

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

УЗИ – ультразвуковое исследование

УО – ударный объем

ФА – физическая активность

ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка

ФК – функциональный класс

ФР – фактор риска

ФТ – физическая тренировка

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение заданного времени, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного

ЧИК – частота исходов в группе контроля

ЧИЛ – частота исходов в группе опыта

ЭКГ – электрокардиография

Эхо-КГ – эхокардиография

ЯБДК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ЯБЖ – язвенная болезнь желудка

ШОКС – шкала оценки клинического состояния.

BNP – предсердный натрийуретического пептид

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы.

В начале XXI века сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) из-за их широкой распространенности, тяжести последствий для жизни и здоровья остаются важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения всех высокоразвитых стран. В России смертность от ССЗ постоянно растет [74,75]: на ее долю приходится 53-57% от числа всех случаев смерти и 49,8% случаев стойкой утраты трудоспособности [76]. Около половины всех случаев летальности (48,54%) от различных проявлений ССЗ составляет смерть от ишемической болезни сердца (ИБС) [77,78]. В 60-70% случаев коронарная смерть наступает у лиц от повторного инфаркта миокарда (ИМ) [33,78]. По этой причине, связанной с ИБС, погибает в 2 раза больше населения, чем от злокачественных новообразований всех локализаций [71,101]. Неблагоприятные тенденции усугубляются еще и тем, что для России последних лет характерно особенно резкое повышение смертности среди лиц молодого трудоспособного возраста. Доля ее в структуре общей смертности колеблется от 2 до 20%.Согласно данным ГНИЦ профилактической медицины в нашей стране в возрасте 20-60 лет 34% мужчин и 39% женщин умирают от болезней сердца и сосудов [33].

Кардиологическая реабилитация – термин, который относится к скоординированному, многогранному вмешательству, предназначенному для оптимизации сердца пациента к физическому, психологическому и социальному функционированию, в дополнение к стабилизации, замедлению или даже регрессированию атеросклеротических основных процессов. Кардиологическая реабилитация направлена на возвращение пациента обратно к нормальному функционированию, безопасным и эффективным образом [122].

Важной проблемой зарубежной и отечественной медицины является факт низкой приверженности (compliance) пациентов с ИБС к реабилитационным мероприятиям, являющихся основой вторичной профилактики [59, 100, 117, 130, 132]. Так, на участие в реабилитационных программах в российской когорте

указали 0,64% пациентов с ИБС, тогда как в когорте пациентов Ирландии – 88% [87]. Низкий уровень compliance у пациентов с перенесенным ИМ негативно влияет на прогноз заболевания. Доказано, что риск летальности для некомплаентных пациентов в течение одного года после ИМ повышается в 2-3 раза [71,87,88]. Так, показатели инвалидизации пациентов с ИМ в России достигают 89%, тогда как в Ирландии, где уровень выполнения реабилитационных мероприятий высок, составляет лишь 38% [87,88; 158].

Низкий уровень индекса кооперации пациентов с ИБС не позволяет оптимизировать воздействие на модифицируемые факторы риска (курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, нарушение в приеме рекомендуемых препаратов, борьба со стрессом, атерогенная диета), влияющих на неблагоприятный прогноз заболевания [149,157]. Низкая приверженность к лечению во многом обусловливается управляемыми факторами: психологические расстройства (депрессия, тревога), низкий уровень образованности, в том числе по проблемам, связанным с заболеванием, недостаточная работа врача с пациентом и независимыми факторами, ассоциированными с низким уровнем социально-экономического статуса, [100,118].

Таким образом, рациональным путем повышения качества медицинской помощи больным с ИБС (в том числе с перенесенным ИМ) является совершенствование психофизической реабилитации путем широкого внедрения информационных технологий на этапе первичного звена здравоохранения, повышающих качество жизни (КЖ) и приверженность пациента к проводимой терапии [11,76,]. С учетом негативного влияния на прогноз ИБС тревожной и депрессивной симптоматики, целесообразно изучить влияние различных форм обучения пациентов, как составной части программы по кардиологической психофизической реабилитации, включающей психологическую поддержку, образовательный компонент, психофармакологические воздействия, лечебную физкультуру [3,84,120].

Цель исследования.

Оценка влияния различных подходов психофизической реабилитации на качество жизни, клинико-инструментальные показатели и прогноз у пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда.

Задачи исследования.

1. Изучить психологический статус пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, определить социальный статус, индекс кооперации и встречаемость факторов риска у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда пожилого возраста.
2. Оценить качество жизни, психологический статус и клинико-инструментальные показатели пациентов с перенесенным инфарктом миокарда пожилого возраста, до проведения психофизиологических реабилитационных мероприятий и спустя 2, 6 и 12 мес. после начала психофизической реабилитации.
3. Оценить эффективность классической групповой модели обучения и индивидуального врачебного консультирования больных пожилого возраста у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и без нее.
4. Определить вклад различных организационных моделей врачебного консультирования, как составной части психофизической реабилитации, в рамках школ для пациентов с ишемической болезнью сердца, улучшить приверженность больных к выполнению врачебных назначений с позиции доказательной медицины.

Научная новизна.

Проведено сравнение различных организационных моделей врачебного консультирования как составной части психофизической реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда пожилого возраста в сочетании с хронической сердечной недостаточностью и без нее. Используя критерии доказательной медицины, оценено влияние психофизической реабилитации с использованием различных методик обучения пациентов с перенесенным

инфарктом миокарда на качество жизни, психологический статус, индекс кооперации и клинико-инструментальные показатели.

Практическая значимость.

Определена степень влияния индивидуальной и групповой психофизической реабилитации на прогноз заболевания у пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда. Доказана высокая эффективность метода индивидуального обучения пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда как составной части психофизической реабилитации. В результате широкого внедрения индивидуального метода обучения значительно повышена комлаентность, улучшен прогноз заболевания и качество жизни пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Уровень комплаентности пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, в реабилитации которых применялся индивидуальный метод обучения, был достоверно выше, по сравнению с таковым у больных с групповым методом обучения ($p<0,05$). Включение в программу реабилитационных мероприятий образовательных программ для пациентов на основе эффективного врачебного консультирования с использованием активного амбулаторного мониторинга способствует достоверному повышению качества жизни, уменьшению выраженности тревожных, депрессивных расстройств, гармонизации типа отношения к болезни (ТОБ) и улучшению клинико-инструмен-тальных показателей у пожилых пациентов с перенесенным инфарктом миокарда со стабильной стенокардией напряжения и ХСН в течение 1 года наблюдения. Показатели качества жизни и психосоциального статуса пожилых больных с дисфункцией миокарда необходимо рассматривать как самостоятельную характеристику самочувствия пациентов, тяжести их состояния и прогноза заболевания, а также как критерий эффективности реабилитационных мероприятий пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, в дополнение к

традиционному анализу объективных клинических, инструментальных и лабораторных данных.

2. Разработанные краткие клинические рекомендации для проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда на основе эффективного врачебного консультирования в поликлинических условиях научно обоснованы, исходят из базовых положений доказательной медицины о чем свидетельствует снижение относительного риска более чем на 25%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение заданного времени, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного) равное или меньшее 4.

Апробация результатов.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на YIII и X Московской ассамблеи «Здоровье столицы» (Москва, 2009, 2011), на YII и YIII Национальном конгрессе терапевтов (Москва, 2012, 2013), X научно-практической конференции «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» (Москва, 2013), 1-м и 2-м Международном образовательном форуме. «Российские дни сердца» (Москва, 2013; Санкт-Петербург, 2014), Европейском кардиологическом конгрессе «Сердечная недостаточность» (Афины, 2014). Ведущие аспекты диссертации обсуждались на заседании кафедр поликлинической терапии лечебного факультета и факультетской терапии №1 при ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 13 работ, 4 из которых представлены в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, характеристики групп наблюдения, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Текст иллюстрирован 51 таблицей и 7 рисунками. Указатель литературы содержит 171 источник, из них 111 - отечественных и 60 зарубежных.

Внедрение результатов работы.

Результаты исследования применяются в работе муниципального медицинского учреждения г. Москвы ДЦ №5, муниципального медицинского учреждения городской поликлиники №31 г. Москвы, поликлиники №3 РАН г. Москвы. Материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедре поликлинической терапии лечебного факультета и в Клинико-диагностическом центре Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Личный вклад автора.

Основной вклад соискателя заключается в планировании, организации и проведении исследований по всем разделам диссертации. В оформлении цели и задач, определении объема и формировании методов исследования, обработке первичных данных. Накоплении клинического материала, статистической обработке результатов, а также в анализе обобщенных материалов и подготовке публикаций по теме диссертации.

Связь с планом научных исследований.

Диссертация выполнена в соответствии с планом НИР ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова» Минздрава России в рамках комплексно-целевой программы « Совершенствование образовательных технологий додипломного и последипломного медицинского и фармацевтического образования». Номер государственной регистрации № 01201168237.

Часть I: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Глава 1. Роль амбулаторного звена здравоохранения в сохранении здоровья и реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда

1.1. Роль поликлинического звена здравоохранения в поддержании здоровья. Общие положения.

В Хартии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье для всех в – 1981» изложены три основополагающих принципа, являющихся ее этической основой:

1. Признание здоровья важнейшим правом человека;
2. Справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран и групп населения внутри стран в этих вопросах;
3. Участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение в ней всех слоев и секторов общества.

В 1998 г. были приняты пересмотренные основы европейской политики достижения здоровья для всех, получившей название ЗДОРОВЬЕ-21 (ВОЗ, 1998). Программа «Здоровья для всех» должна реализовываться в контексте следующих задач (ВОЗ, 2000, 2005):- устойчивого развития общества в гармонии с природой; формирования гуманистической парадигмы; защиты и обеспечения прав человека и народов во всем мире.

В обновлении 2005 г сохранены и расширены основные ценности и принципы политики ЗДОРОВЬЕ-21, а также охват и общая стратегическая установка данной политики. Центральное место в представленном документе отводится принципах, базирующимися на политике «Здоровье для всех»:

● Здравоохранение должно стремиться к сохранению имеющегося потенциала здоровья всеми людьми, живущими на планете.

● Необходимо достигнуть полной ликвидации различий в состоянии здоровья, как между странами, так и внутри них, что имеет огромную важность для общественного здравоохранения в Регионе.

● Достижение полного здоровья населения невозможно без его непосредственного участия - эта основная парадигма для развития здравоохранения.

● Развитие здравоохранения, направленное на улучшение детерминантов здоровья должно строиться на основе межотраслевых стратегий и межотраслевого и межсекторального инвестирования.

● Каждый сектор социума несет персональную ответственность за те последствия его деятельности, которые оказывают непосредственное влияние на здоровье людей.

Новая европейская политика здравоохранения «Здоровье – 2020» закреплена в руководящих документах ВОЗ в 2011 году. Эти глобальные обязательства относительно соблюдения права на здоровье являются совершенно ясными и точными и связаны с благородным идеалом. Все страны сталкиваются с трудностями, вызванными серьезными изменениями в демографической, социальной, экономической и экологической ситуации, которые требуют критического пересмотра нынешних механизмов руководства здравоохранением и совершенствования политики здравоохранения, структур общественного здравоохранения и оказания медико-санитарной помощи.

Ставшая общеизвестной формула ВОЗ гласит: Всемирная организация здравоохранения определила, что здоровье человека на 15-20% зависит от его наследственности, на 20-25% от состояния окружающей среды (экологии), на 50-55% от образа жизни и на 10-15% от медицины [113]. Эксперты ВОЗ, кроме четырех факторов влияющих на здоровье, определяют четыре «уровня» влияния на состояние здоровья людей с определенными генетическими характеристиками и наследственной предрасположенностью. «Уровни» влияния представляют собой различные группы факторов, способные к модификации [167,168]:

• Первый «уровень» касается образа жизни конкретного человека и его личностных особенностей, например, степени дружелюбия и согласия с окружающей действительностью, способствующие поддержанию здоровья или наносящие ему вред.

• Второй «уровень» определяется условиями социального окружения, степенью взаимной поддержки в неблагоприятных условиях (наличием или отсутствием поддержки, а также ее эффективностью).

• На третьем «уровне влияния» расположены такие структурные факторы, как жилищные условия и условия труда, а также развитость сферы обслуживания и мест общественного пользования (например, школы, спортивные площадки, места отдыха и развлечения и т.д.).

• Четвертый «уровень» объединяет социально-экономические условия, общий уровень культуры, состояние окружающей среды.

В соответствии с этим предложена пирамида здоровья, состоящая из различных уровней. В соответствии с «Пирамидой» здоровья для достижения ее вершины необходимо создавать определенные условия, развивать деятельность по целому ряду направлений, стоящих на различных уровнях. При этом направления, помещенные вверху пирамиды, не могут обеспечить достижение хорошего здоровья, если предварительно не будут решены (или решаться) проблемы, помещенные в основание пирамиды. Соотношение количества проблем на каждом уровне зависит от особенностей («характеристик») местного сообщества. Взаимодействие факторов всех уровней и одновременное их влияние означает, что наиболее эффективный путь улучшения здоровья населения - попытаться в той или иной степени охватить все уровни пирамиды (рис. 1). Наиболее эффективной мерой в улучшении качества жизни населения признаются профилактические мероприятия, выполнение которых основная задача амбулаторной медицины. По определению ВОЗ (1999) профилактика заболеваний представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заболеваемости: борьбу с управляемыми факторами риска (ФР), иммунизацию населения, замедление частоты развития заболевания и уменьшение их последствий. Результаты профилактики оцениваются по степени предотвращения развития заболевания или изменения характера его течения, предупреждению его опасных проявлений и осложнений путем воздействия на управляемые ФР.

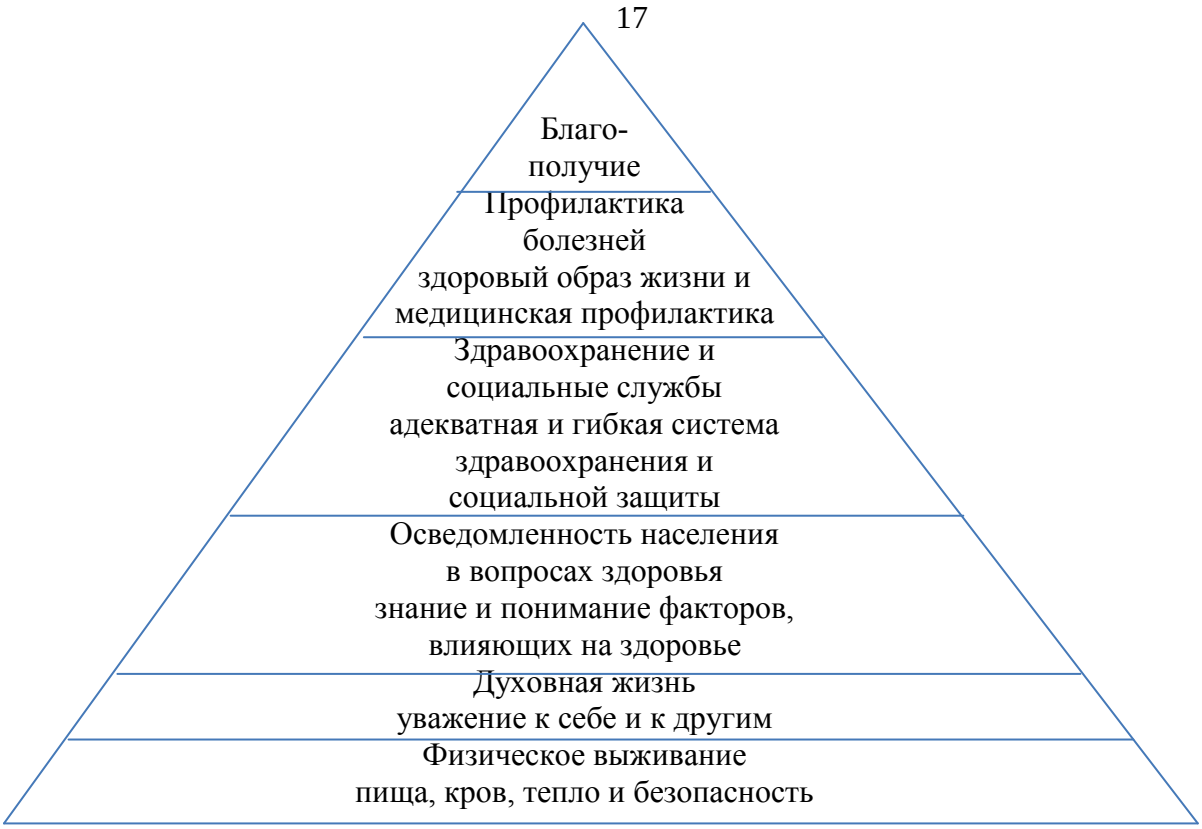


Рисунок 1. «Пирамида» здоровья (Laughlin S. et al., 1995)

В зависимости от преследуемых целей профилактическое вмешательство предусматривает несколько уровней: примордиальную, первичную, вторичную и третичную профилактику (реабилитация).

Профилактика первичная (primary prevention) – включает мероприятия медицинского и немедицинского характера, направленные на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, с учетом социальных, возрастных, профессиональных, региональных особенностей индивидуумов.

Профилактика вторичная (secondary prevention) - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Профилактика третичная - реабилитация (син. восстановление здоровья) (Rehabilitation) - комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронизации заболевания.

При этом реабилитация больных и инвалидов может быть представлена следующим образом [44] (рис. 2).

Рисунок 2. Виды реабилитации на этапах восстановительного лечения

Медицинская реабилитация состоит из комплекса мер, конечной целью которых является:

- предупреждение растренировки больного во время нахождения его на стационарном или амбулаторном лечении;
- сокращение сроков реабилитации путем психологических и физических воздействий (средства ЛФК, физиотерапия, мануальная и рефлексотерапия и др.);
- ускорение выработки компенсаторных процессов и управления ими;
- достижение возможных процессов адаптации при необратимых изменениях в организме.

В системе реабилитационных мероприятий выделяют профилактический этап, способствующий сохранению активной трудоспособности и предупреждающий развитие заболевания, и заключительный (завершающий) этап - возвращение ранее нетрудоспособных людей к полноценной общественно-

трудовой и личной жизни. Профилактический этап реабилитации во многом связан с первичной профилактикой развития заболевания.

Существующая система реабилитации включает в себя восстановительную терапию, реадаптацию и собственно реабилитацию.

Восстановительная терапия направлена на психологическую и физиологическую подготовку больного к началу активного лечения и предупреждение возможного развития недостаточности функций организма и инвалидизации. Основной задачей реадаптации является возвращение больного к условиям внешней среды с увеличением объема всех восстановительных мероприятий, увеличением доли психосоциальных воздействий. Собственно реабилитация включает в себя обычное бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих, восстановление социального и по возможности первоначального (до болезни) трудового статуса.

Универсальными принципами многоцелевой программы реабилитации являются [96]:

- сочетание применения средств патогенетической терапии и реабилитации;
- использование патогенетической терапии путем влияния на основные и второстепенные патогенетические процессы в зависимости от того или иного этапа болезни;
- применение реабилитационных мероприятий, влияющих на разные механизмы саногенеза на всех этапах заболевания;
- комплексное использование мероприятий медицинской, психологической, профессиональной и социальной реабилитации;
- дифференцированный подход, базирующийся на особенностях патоморфологического субстрата и клинических проявлений заболевания, а также реабилитационного режима и этапа восстановительного лечения;
- выбор конкретных лечебно-реабилитационных средств осуществляется в соответствии с современными данными об имеющемся заболевании, на основе индивидуальных особенностей пациента;

Социальная реабилитация - восстановление, а при невозможности - создание нового приемлемого для конкретного человека положения в семье, коллективе или в социуме более крупного масштаба. Медико-социальное направление в реабилитации предполагает сохранение и укрепление здоровья как отдельного человека, так и всего населения и включает:

- создание благоприятных условий быта;
- организацию средств и возможностей передвижения;
- обеспечение материальных условий жизни;
- обеспечение другими техническими средствами, позволяющими пользоваться культурными и общественными благами.

Профессиональная реабилитация ставит цель вернуть инвалида к труду, к той профессии, в которой он может работать, или обеспечить возможность его переквалификации. Эта деятельность должна начинаться тогда, когда больной находится в лечебном учреждении, после установлении пригодности к данной профессии как с точки зрения физической, так и психической. Данный вид реабилитации связан с медицинской реабилитацией.

Основными задачами реабилитации являются:

- противодействие влиянию гипокинезии и поддержание физической активности больных;
- восстановление нарушенных функций (систем и органов);
- восстановление здоровья и адаптация больного к физическим нагрузкам.

Основными принципиальными положениями о реабилитации являются:

- применение обоснованных методов патогенетического лечения;
- общие и частные (специальные) задачи и направленность общей и специальной физической тренировки;
- раннее активное использование восстановительного лечения (средствами ЛФК);
- комплексность методов ЛФК, применяемых в условиях восстановительного лечения;

- активное участие больного в реабилитационном процессе.

Реабилитационный процесс строится на дидактических принципах, предусматривающих [44]:

- Раннее начало проведения восстановительных мероприятий, адекватных состоянию больного, обеспечивая более благоприятное течение и исход заболевания или травматического процесса.

- Комплексность использования различных средств восстановительного лечения (ЛФК, массаж, физиотерапевтические мероприятия, мануальная и рефлексотерапия, двигательный режим больных). В зависимости от заболевания или травмы, состояния больного, его возраста, этапа восстановительного лечения формируется мультидисциплинарная бригада, состоящая из врачей различных специальностей (рис. 3).

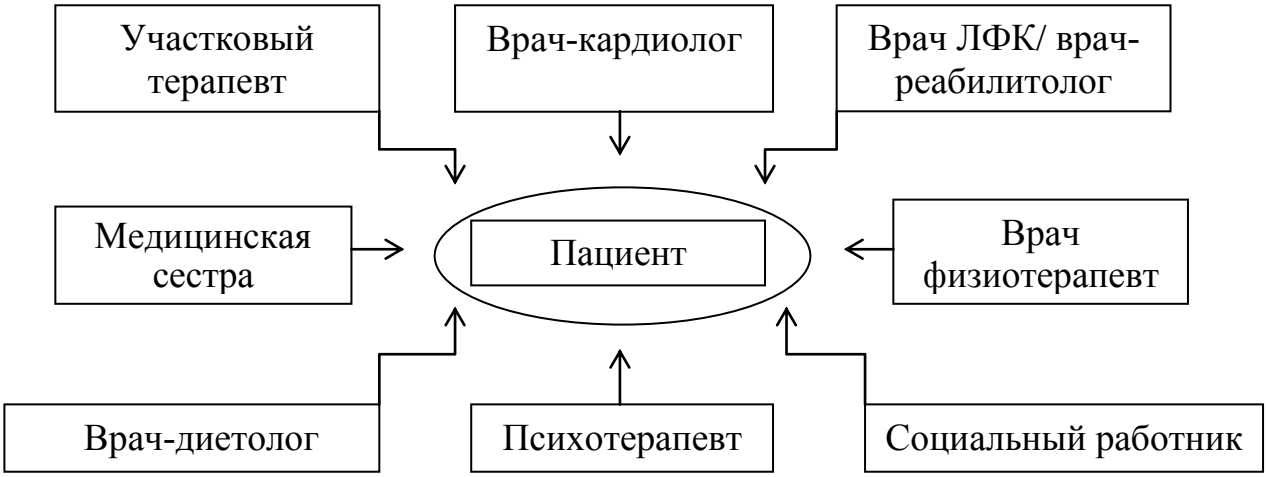


Рисунок 3. Схема мультидисциплинарной бригады для реабилитации пациентов после перенесенного инфаркта миокарда по Скворцовой В.И. и соавт., [92] с изм.

- Индивидуализация программы реабилитации строится в зависимости от особенностей течения заболевания или травмы, общего состояния больного, его возраста и толерантности к возрастающей физической нагрузке. На ее основе составляется конкретная программа восстановительного лечения для каждого больного.

- Этапность процесса реабилитации. В медицинской практике выделяют три основных этапа восстановительного лечения:

- стационарный;

- поликлинический;

- санаторно-курортный.

- Непрерывность и преемственность реабилитации на протяжении всех этапов лечения.

- Социальная направленность реабилитации.

Наиболее продолжительным является реабилитация пациентов на поли клиническом этапе, задачами которого являются [Боголюбов В.М., 1998]:

- определение степени снижения физической работоспособности и проведение мероприятий по ее повышению;

- осуществление периодического контроля за состоянием пораженных органов и систем с использованием клинических, биологических и инструментальных методов;

- проведение медикаментозного лечения с целью ускорения восстановления нарушенных функций организма вследствие заболевания;

- применение средств физической реабилитации (ЛФК, физио-, бальнео- и гидротерапии);

- оценка психологического статуса больного и проведение корригирующей терапии;

- оценка социального статуса больного, определение статуса трудоспособности, решение вопроса трудоустройства, профессиональной переориентации;

- проведение мероприятий по вторичной профилактике.

Наиболее продолжительным этапом реабилитации пациентов с ИМ является постстационарный, успех которого во многом обусловлен квалификацией специалистов поликлинического звена.

1.2. Проблемы дифференциального диагноза и ведения пациентов с синдромом кардиалгии на догоспитальном этапе.

Проблема болевого синдрома в левой половине грудной клетки, или кардиалгического синдрома, постоянно приковывает к себе внимание врачей: совершенствуются подходы к оценке этих болей, пополняются дифференциальные ряды, но окончательно разрешить эту проблему так и не удалось. Особо актуальной эта тема может считаться из-за высокого риска связи кардиалгий с острыми заболеваниями и состояниями, которые могут привести к летальному исходу. Врачи поликлинического звена зачастую вынуждены первыми решать вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и тактики в отношении лиц с болью в прекардиальной области [12, 38; 82,83; 90,91; 116].

По продолжительности кардиалгия подразделяется на острую (до 48 часов), персистирующую (от 48 часов до 6 месяцев) и хроническую (более 6 месяцев) [168].

Боль в левой половине грудной клетки является одной из наиболее значимых проблем пациента. Регулярно ее испытывают до 22% (от 10 до 40%) пациентов, обратившихся к врачу первичного звена [37,63,80, 99]. Основными причинами боли являются: 1) заболевания сердца, в том числе патология коронарных артерий – 11-44% случаев; 2) заболевания желудочно- кишечного тракта - ЖКТ (как правило, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) – 15,4-42% случаев; 3) скелетно-мышечные нарушения - в 20-28% случаев; 4) органные неврозы и панические атаки 30-50% [38,79, 90, 121]. У 31% больных с кардиалгией коронароангиография не выявляет патологии [120]. Остальные причины боли по типу кардиалгии являются редкими. На их долю приходится менее 3-5% [3].

При осмотре больного с кардиалгией врачу поликлинического звена приходиться решать 2 основных вопроса: 1) имеется ли у больного типичная, атипичная стенокардия, связанная с ИБС, или боль в грудной клетке носит экстракардиальный характер; 2) боль в грудной клетке острая (инфаркт миокарда, спонтанный пневмоторакс) или хроническая (вертеброгенно-мышечная патология, нейроциркуляторная дистония).

Своевременное определение причины кардиалгии носит приоритетный характер, обусловливающий адекватность лечебного вмешательства, а значит и прогноз заболевания [5,27, 30, 39,40, 91].

В соответствии с ВНОК (2010) выделяют следующие причины кардиалгии: боли в груди, связанные с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями костно-мышечной, нервной системы, болезнями легких, ЖКТ и психогенно обусловленные (табл. 1) [77].

Таблица 1.

Классификация причин кардиалгии
[Оганов Р.Г., 2010]

Причина	Заболевания
• Сердечно-сосудистая патология, в т.ч.: – коронарогенная	• ИБС, стенокардия напряжения • Спонтанная стенокардия • Инфаркт миокарда
– некоронарогенная	• Расслаивающая аневризма аорты • Перикардит • Гипертрофическая кардиомиопатия • Аортальный стеноз • Тромбоэмболия легочной артерии
• Патология легких	• Плеврит • Пневмоторакс • Пневмония • Рак легкого
• Патология ЖКТ	• Заболевания пищевода: эзофагит, спазм пищевода, рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы • Желудочно-кишечные и билиарные заболевания: язвенная болезнь желудка, кишечная колика, холецистит, панкреатит, желчная колика
• Психические	• Состояния беспокойства: нейроциркуляторная дистония, гипервентиляция, панические расстройства,

• Другие	первичная фобия психогенная кардиалгия • Аффективные состояния: депрессия, соматогенный невроз • Грудная клетка: остеохондроз грудного отдела позвоночника, фиброзит, травмы ребер и грудины, грудино-ключичный артрит, межреберная невралгия, опоясывающий лишай («до стадии высыпания»)

Из всех возможных причин кардиалгий основная медико-социальная роль принадлежит заболеваниям сердечно-сосудистой системы, что связано с частотой их возникновения и нередко тяжелыми последствиями их возникновения. Их раннее выявление является приоритетом для поликлинического звена здравоохранения [15,17].

1.2.1. Кардиалгии, связанные с сердечно-сосудистой патологией. Общие сведения.

При патологии сердечно-сосудистой системы существует три типа болей: ишемические, перикардиальные и атипичный болевой синдром, встречающийся при ряде сердечно-сосудистых расстройств, в том числе при пролапсе митрального клапана, расслоении или разрыве стенок крупных сосудов и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) [19].

Перикардиальные боли связаны с вовлечением в воспалительный процесс париетального листка перикарда. Ишемические боли обусловлены накоплением в миокарде метаболитов. Проведение болевых сигналов в кору головного мозга происходит по волокнам вегетативной нервной системы, зоны иррадиации этих сигналов различны и могут охватывать область от уха до пупка.

В отдельных случаях боли, обусловленные основной патологией сердечно-сосудистой системы, носят вполне определенный характер, но часто при различных заболеваниях они могут иметь схожий характер.

Миокардиальные ишемические боли наиболее выражены в центральной прекардиальной области, их локализацию больной, как правило, указывает, поместив сжатую руку в кулак в центре грудины. Возникновение изменений на ЭКГ во время болевого приступа, связанных с нагрузочными пробами, доказывает их ишемический характер.

Область иррадиации миокардиальной боли, как правило, связана с зоной иннервации нижних шейных нервов, в связи с чем они ощущаются в шее, нижней челюсти, левой или правой лопатке или плече, хотя в основном локализуются слева. Если боль захватывает предплечье и кисть, она обычно определяется на их внутренней стороне. Такие боли часто сопровождаются вегетативной реакцией (тошнотой, рвотой, потливостью и т.д.).

Перикардиальные боли имеют колющий, жгучий или режущий характер и усиливаются при кашле, глотании, глубоком дыхании и переходе в горизонтальное положение. Боль ослабевает при наклоне тела вперед или остается неподвижным. Перикардиальные боли продолжаются часы и дни, тогда как длительность миокардиальных ишемических болей, как правило, ограничивается минутами. Перикардиальые боли не снимаются нитроглицерином, но уменьшаются при приеме НПВП.

Атипичная боль имеет жгучий или колющий характер и часто изменчива по локализации от приступа к приступу. Боль значительно варьирует по интенсивности, обычно не зависит от физической нагрузки и не купируется нитроглицерином. Продолжительность такой боли от несколько секунд до многих часов и даже дней. Атипичная боль часто сопутствует пролапсу митрального клапана, нейроциркуляторной дистонии, ТЭЛА.

1.2.2. Характеристика основных коронарогенных заболеваний, сопровождающихся кардиалгией и их ведение в амбулаторной практике.

В 2006 г смертность от болезней системы кровообращения в РФ составила 56,5% в общей структуре летальности. Наибольшее число случаев летальность связано с развитием острого коронарного синдрома (ОКС).

Ежегодная заболеваемость ОКС в индустриально развитых странах составляет 6 на 100000 населения. Более 60% пациентов с ОКС относятся к лицам старше 65 лет с преобладанием лиц мужского пола. Как правило, развитие ОКС осложняет течение ИБС [15,16,103]. Частота стенокардии резко увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1-1% в возрасте 45-54 лет до 10-15% в возрасте 65-74 лет; у мужчин с 2-5% в возрасте 45-54 лет до 10-20% в возрасте 65-74 лет. В большинстве европейских стран распространенность стенокардии составляет 20 - 40 тысяч на 1 млн населения [ВНОК, 2010].

В настоящее время в практической деятельности используется классификация ИБС, разработанная ВКНЦ АМН СССР в 1983 г., на основе, предложенной экспертами ВОЗ в 1979 (табл. 2).

Таблица 2.

Классификация ИБС (ВОЗ, 1979)

- Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца)
- Стенокардия
- Стенокардия напряжения
- Стабильная (с указанием класса, I-IV)
- Впервые возникшая стенокардия напряжения
- Прогрессирующая стенокардия напряжения (нестабильная)
- Спонтанная стенокардия (стенокардия покоя, вариантная стенокардия, «особая» стенокардия, стенокардия Принцметала)
- Инфаркт миокарда
- Крупноочаговый (трансмуральный)
- Мелкоочаговый (нетрасмуральный)
- Постинфарктный кардиосклероз (с указанием даты перенесенного инфаркта)
- Нарушения сердечного ритма (с указанием формы)
- Сердечная недостаточность (с указанием стадии и формы)
- «Немая» форма ИБС

В качестве провоцирующих факторов стенокардии напряжения выделяют: физическую нагрузку, психоэмоциональное напряжение, холод, обильный прием пищи, курение, период обострения сопутствующих заболеваний из-за возможности возникновения висцеро-коронарного рефлекса. В ряде случаев у пациентов могут отмечаться ситуационные приступы.

Выделяют стабильную и нестабильную стенокардию.

По сравнению со стабильной стенокардией большее значение в прогностическом плане, как для врача, так и для пациента имеет нестабильная стенокардия (НС) [115].

Принципиально важной является классификация НС, предложенная E. Braunwald (116) (табл. 3).

Таблица 3.

Классификация нестабильной стенокардии

Классификация нестабильной стенокардии в зависимости от ее тяжести и времени возникновения	*Класс I.* Недавнее начало тяжелой или прогрессирующей стенокардии напряжения. Период обострения ИБС менее 2 мес.
	Класс II. Стенокардия покоя и напряжения подострая. Ангинозные приступы в течение предшествующего месяца, но не в последние 48ч.
	Класс III. Стенокардия покоя острая. Один или несколько ангинозных приступов в покое в последние 48 ч.
Классификация нестабильной стенокардии в зависимости от условий возникновения	*Класс A.* Вторичная нестабильная стенокардия. Нестабильная стенокардия развивается при наличии факторов, усугубляющих ишемию (анемия, лихорадка, инфекция, гипотензия, неконтролируемая гипертензия, тахиаритмия, тиреотоксикоз, дыхательная недостаточность).
	Класс B. Первичная нестабильная стенокардия. Нестабильная стенокардия развивается при отсутствии факторов, усугубляющих ишемию.

	Класс С. Ранняя постинфарктная нестабильная стенокардия. Нестабильная стенокардия возникает в течение первых 2 недель после острого инфаркта миокарда.
Классификация нестабильной стенокардии в зависимости от лечебных мероприятий при ее возникновении	Нестабильная стенокардия при отсутствии лечения или минимальном лечении.
	Нестабильная стенокардия на фоне адекватной терапии
	Нестабильная стенокардия на фоне терапии антиангинальными препаратами всех трех групп, включая внутривенное введение нитроглицерина

Данная классификация НС сложна в использовании для ВПЗ, для которых важнее оценить риск внезапной коронарной смерти и вероятность трансформации НС в инфаркт миокарда.

На наш взгляд, лучшие прогностические критерии НС для работы ВПЗ предложены Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов в 2001 (табл. 4).

Таблица 4.

Прогностические критерии нестабильной стенокардии

Пациенты, относимые к группе высокого риска по возможности развития инфаркта миокарда или смерти	A. Пациенты с рецидивирующей ишемией (рецидивирующие боли в грудной клетке или динамические изменения сегмента ST, в частности депрессия или транзиторный подъем сегмента ST)
	B. Пациенты с повышенным уровнем тропонина
	C. Пациенты с признаками гемодинамической нестабильности в периоде наблюдения
	D. Пациенты с нарушениями ритма (повторные эпизоды желудочковой тахикардии, фибрилляция желудочков)
	E. Ранняя постинфарктная стенокардия

Пациенты, относимые к группе низкого риска по возможности быстрого развития инфаркта миокарда или смерти	A. Пациенты без рецидива болевого синдрома в грудной клетке за время наблюдения
	B. Пациенты без повышения уровня тропонина или других биохимических маркеров некроза миокарда
	C. Пациенты без депрессии или подъема сегмента ST, но со слегка отрицательными, уплощенными зубцами T или нормальной ЭКГ

НС входит в понятие ОКС, является неотложным состоянием и при неблагоприятном течении может закончиться инфарктом миокарда или внезапной коронарной смертью.

По рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов, (2006) под ОКС (обострение ИБС на почве дестабилизации бляшки) следует понимать группу симптомов, позволяющих предполагать ИМ и НС. По классификации Канадского Сердечно-Сосудистого общества острый коронарный синдром (ОКС) проявляется длительными (более 15-20 мин) ангинозными болями в покое; впервые возникшей тяжелой (класс III) стенокардией в предшествовавшие 30 дней; прогрессирующей (crescendo) стенокардией – ухудшение состояния до тяжелого (класс III) стабильной стенокардии.

ОКС включает: острый ИМ с подъемом ST, острый ИМ без подъема ST и НС. Диагноз ОКС временный и может существовать не более 1-3 суток до установления окончательного диагноза. Принятие термина ОКС является важным для деятельности ВОП, когда определение окончательного диагноза может быть затруднительно.

Ведение пациентов с ОКС и другими формами ИБС на догоспитальном этапе и после выписки из стационара прерогатива амбулаторного звена здравоохранения [77,106, 108]. От качества работы амбулаторного звена здравоохранения во многом зависит прогноз данного заболевания [70].

На догоспитальном этапе всем пациентам с ОКС требуется назначение 300-325 мг ацетилсалициловой кислоты (таблетку следует разжевать), нитратов -

нитроглицерина или изосорбида динитрата (сублингвально или спрей каждые 5 мин до 3 приемов), затем в/в инфузия со скоростью 5-10 мкг/мин. При сохраняющимся болевом синдроме дозу повышают до тех пор, пока не достигнуто снижение артериального давления на 30% от исходного (или систолического АД менее 90 мм. рт. ст.) и не купирована выраженная головная боль. В случае отсутствия эффекта от нитратов терапию дополняют анальгетиками (морфин 2мг в/в каждые 5-15 мин) [40].

Особое значение для ВПЗ имеют атипичные формы стенокардии.

К атипичным формам стенокардии относятся вариантная стенокардия и стенокардия при синдроме Х. Знание об этих формах стенокардии принципиально важно для ВПЗ в виду разницы прогноза данных состояний. Риск развития ИМ и внезапной смерти при вариантной стенокардии значительно превосходит неблагоприятный прогноз при кардиалгическом синдроме Х.

Вариантная стенокардия (стенокардия Принцметала) встречается у 5% больных с ИБС и характеризуется [90]:

- приступом стенокардитических болей продолжительностью более 10-15 мин;
- появлением приступов в одно и то же время суток (чаще ночью);
- на ЭКГ куполообразный подъем сегмента ST во время болевого приступа;
- ЭКГ-изменения исчезают спонтанно после прекращения болевого синдрома.

В диагностике вариантной стенокардии используется проба с в/в струйным введением эргометрина с интервалами в 5 мин в дозах 0.05; 0.1; 0.2 мг, что провоцирует развитие приступа стенокардии со смещением сегмента ST кверху от изолинии, указывающее на развитие трансмуральной ишемии.

В качестве неотложной помощи при стенокардии Принцметала используются антагонисты кальция (верапамил, нифедипин, дилтиазем). Профилактически назначаются пролонгированные формы антагонистов кальция (ломир, норваск, алтиазем).

Кардиалгический синдром Х - патологическое состояние, характеризующееся признаками ишемии миокарда (типичные приступы стенокардии и депрессия сегмента ST >1,5 мм (0,15мВ); продолжительностью

приступа превышающей 1 мин, установленной при 48 часовом мониторировании ЭКГ при отсутствии атеросклероза коронарных артерий и спазма эпикардиальных венечных артерий при коронарографии.

Диагностика кардиалгического синдрома X базируется на следующих критериях [149]:

1. Типичная боль в грудной клетке и значительная депрессия сегмента ST при физической нагрузке;

2. Преходящая ишемическая депрессия сегмента ST более 1,5 мм продолжительностью более 1 мин при 48-часовом мониторировании;

3. Положительная дипиридамоловая проба;

4. Положительная эргометриновая проба, снижение сердечного выброса на ее фоне;

5. Отсутствие атеросклероза коронарных артерий при коронарографии;

6. Повышенное содержание лактата в периоде ишемии при анализе крови из зоны коронарного синуса;

7. Ишемические нарушения при нагрузочной сцинтиграфии миокарда с Tl (201).

Лечение кардиалгического синдрома X в условия поликлинического звена здравоохранения основывается на применении β-блокаторов, антагонистов кальция, эуфиллина. В качестве средств вторичной профилактики используются пролонгированные формы теофиллина (теопек, теодур, теотард). Положительно себя зарекомендовали психокорректоры (обычно - антидепрессанты, в частности, имипрамин), антиагреганты.

1.3. Проблемы психофизической реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда на амбулаторном этапе.

Амбулаторный этап реабилитации является самым продолжительным и должен охватывать всю жизнь больного с перенесенным ИМ, начиная с момента после выписки из стационара, наступающего приблизительно через 3-4 нед после развития заболевания. На амбулаторном этапе пациент проходит две фазы

реабилитации: фаза реконвалесценции или выздоровления, по определению ВОЗ, продолжительностью до 2-3 мес. и поддерживающая фаза, длящаяся всю жизнь, осуществляющаяся при длительном диспансерном наблюдении [57]. В РФ основное значение в проведении реабилитационных мероприятий после перенесенного ИМ принадлежит поликлиническому звену здравоохранения, что связано с недостаточностью распространенностью реабилитационных центров и реабилитационных отделений кардиологических санаториев [50,74].

Задачами поликлинического этапа реабилитации являются [21, 77]:

- Определение степени снижения физической работоспособности и проведение мероприятий по ее повышению;
- Осуществление периодического контроля за состоянием пораженных органов и систем с использованием клинических, биологических и инструментальных методов;
- Проведение медикаментозного лечения с целью ускорения восстановления нарушенных функций организма вследствие заболевания, операции или травмы (медикаментозная реабилитация);
- Применение средств физической реабилитации (ЛФК, физиотерапия) в целях ускорения восстановительных процессов;
- Оценка психологического статуса больного и проведение при показаниях корригирующей терапии;
- Оценка социального статуса больного, определение статуса трудоспособности, решение вопроса трудоустройства, профессиональной переориентации;
- Проведение мероприятий по вторичной профилактике.

Реабилитационные мероприятия на поддерживающем этапе состоят из:

– обучения больных в «Школах для больных ОИМ и их родственников»;

– программы контролируемых физических тренировок, а в дальнейшем самостоятельных домашних тренировок;

– программы психологической помощи и коррекции психологических расстройств;

– модификации факторов риска;

– трудовой экспертизы и рационального трудоустройства;

– социальной консультации и при необходимости – социальной помощи [48,49, 95; 145].

В реабилитации пациентов с перенесенным ИМ используются:

- медикаментозное лечение,
- физиотерапия,
- лечебная физкультура,
- гипербарическая оксигенация,
- рефлексотерапия,
- клиническая диетология,
- фитотерапия,
- рекреация и климатолечение,
- психотерапия
- контроль массы тела.

Считается, что наиболее важную роль среди этих программ играет программа длительных физических тренировок, в рамках проведения ЛФК. Мета-анализы по изучению влияния программ физических тренировок на общую и кардиальную смертность позволили установить, что физические тренировки достоверно и существенно снижают общую (на 20%) и кардиальную (на 26%) смертность [158]. Причем прежние мета-анализы (в дореперфузионный период) по применению физических тренировок практически давали такие же данные. Напомним, что если комплексная система реабилитации снижала смертность на 26%, то на долю физических тренировок приходилось20% [116].Сравнение эффекта одногодичных тренировок больных со стенозом хотя бы одной венечной артерии, по сравнению со стентированием венечных артерий в контрольной группе, дает положительный эффект, не уступающий клиническим эффектам стентирования [128]. Показано, что физические тренировки существенным образом влияют на атерогенез: повышают уровень липопротеидов высокой плотности, снижают уровень триглицеридов, достоверно снижают коэффициент

атерогенности. По данным повторной коронарографии, через 1 год от начала тренировок торможение развития венечного атеросклероза наблюдалось у 80% тренировавшихся по сравнению с 60% у лиц контрольной группы ($p < 0,001$). Реверсия атероматоза была обнаружена у 36% первых и у 4% вторых больных [50; 141, 153].

Установлено, что затраты энергии и потребление кислорода при выполнении единицы работы после тренировок снижаются, а максимальное потребление O_2 и величина кислородного пульса (потребление O_2 за 1 сердечное сокращение) достоверно увеличиваются. Наиболее оптимальным считается применение дозированных физических нагрузок до 50% мощности от максимальной. При этом благоприятный эффект достигается в наиболее короткие сроки при отсутствии каких-либо осложнений [5, 127].

Показано, что терапевтический эффект от длительных физических тренировок по программе реабилитации больных с перенесенным ИМ сопоставим с приемом триметазидина и других средств применяемых в программе медикаментозной реабилитации пациентов (нитраты, бета-блокаторы, антиагреганты, гипотензивные препараты) [54]. При оценке результатов длительных физических тренировок исследовались показатели физической работоспособности больных, частота, общая продолжительность и выраженность ишемии миокарда, полученные при повторных нагрузочных пробах, суточном мониторировании ЭКГ или радионуклидном изучении перфузии миокарда) [6-9].

Физическая реабилитация больных с применением физических нагрузок, равных 50–60% от индивидуальной пороговой нагрузки в течение 30–40 мин 2–4 раза в неделю, может конкурировать с инвазивными методами улучшения коронарного кровотока, а при их сочетанном применении - значительно улучшить прогноз и судьбу стенозированных артерий. В результате применения ранних физических тренировок (ФТ) в течение 1 года у пациентов с перенесенным ОКС наблюдались достоверное снижение АД, уменьшение размеров левого желудочка (ЛЖ), левого предсердия, увеличение фракции выброса, увеличение холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), снижение массы тела, частоты

приступов стенокардии, а также числа серьезных сердечно-сосудистых осложнений, включая смерть и не фатальный ИМ, числа госпитализаций и дней нетрудоспособности в связи с обострением ИБС [8; 114].

ФТ оказывали положительное влияние на нейрогуморальный статус и эндотелиальную функцию периферических резистивных сосудов, что сопровождается снижением нагрузки на ЛЖ, и, по результатам длительного наблюдения, уменьшением смертности [128]. Показано, что даже при тяжелой сердечной недостаточности интервальные физические тренировки могут вызвать положительную динамику состояния пациентов, тогда как медикаментозное лечение может быть не эффективным [22]. Несмотря на очевидность положительного воздействия ФТ на организм пациента с ИБС, они могут вызвать и негативное последствие, связанное с углублением ишемии [4, 6; 97,114]. Выбор оптимальных методов и режимов ФТ больных ИМ является весьма сложным. Так доказывается, что электростимуляция мышц, плавание являются наиболее предпочтительными видами физического воздействия у пациентов с ИБС. С другой стороны, велотренировки у пациентов с ИБС, страдающих гипертонической болезнью могут ухудшать течение заболевания [43].

Одним из возможных механизмов влияния ФТ является воздействие на вегетативный баланс [20]. Предполагается, что показатели вариабельности ритма сердца в покое, а также при выполнении вегетативных проб являются тонким маркером скрытых нарушений вегетативного контроля, адекватности реабилитационных мероприятий, негативных влияний ФТ. Их изучение способствует оптимизации реабилитации, особенно на раннем этапе восстановительного лечения пациентов с ИМ [43].

Представляется весьма перспективным изучение возможностей анализа вегетативного статуса в оценке эффективности ФТ у больных с ИМ. В настоящее время актуален поиск новых методов физической реабилитации, несущих положительный эмоциональный эффект, улучшающих чувство уверенности, особенно у пациентов с осложненным течением ИМ, старшей возрастной группы.

Новые технологии в реабилитации кардиологических больных представлены [62, 86, 111]:

- упражнениями на циклических тренажерах;
- программами «Спринт»;
- интервальными гипоксическими тренировками;
- CPAP-терапией (лечение методом создания постоянного положительного давления в дыхательных путях);

В настоящее время доказано, что ИБС и депрессия находятся в реципрокных отношениях: каждое из этих заболеваний утяжеляет течение другого. Результаты исследований свидетельствуют, что уровень смертности у больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3-6 раз выше, чем у больных ИМ без депрессии [18,84,112]. Современная эпидемиологическая ситуация свидетельствует об устойчивых тенденциях к повышению частоты выявления и доминированию сердечно-сосудистой патологии и депрессии [26,75,102,155, 157]. С другой стороны, тяжелое соматическое страдание, каковым является ИБС, служит предиктором развития депрессий. Так, доля нозогений составляет 50% всех депрессий пациентов с ИБС. На долю сосудистых форм депрессий, связанных с нарушением гемодинамики в сосудах головного мозга, приходится 20% депрессий.

Частота регистрации депрессии среди пациентов с ИБС, находящихся в стационаре, достигает 31% [158]; еще у 10-15% определяется субсиндромальные депрессии [150,152]. При этом реактивные, эндогенные и дистимические депрессивные расстройства встречаются примерно с одинаковой частотой около10% [41,42]. Депрессия является независимым фактором риска развития и плохого прогноза кардиоваскулярных заболеваний и, соответственно, ИМ [152]. Это связано с прямым (патофизиологическим) и непрямым (поведенческим) действием депрессивного расстройства [94,98] (рис. 4).

Очевидно, что реабилитационная программа на амбулаторном этапе у больных ИМ должна включать меры психологической реабилитации, направленные на коррекцию поведенческих факторов, что снизит показатели

тревожности, депрессии, улучшит дальнейший прогноз [94]. В психологической реабилитации нуждается практически каждый пациент с ИБС. В амбулаторных условиях наиболее доступны занятия по рациональной психотерапии (коронарный клуб) и аутогенной тренировке. При необходимости больным могут быть назначены психотропные препараты (транквилизаторы, антидепрессанты) [31, 77]. При проведении психологической реабилитации важно учитывать психологический статус пациента и тип его отношения к болезни (ТОБ), так как гармоничный ТОБ выступает предиктором высокого уровня compliance, тогда как патологические ТОБ – низкого уровня ИК [58, 94].

Психологический статус пациента. Оценка психологического статуса пациента основана на распознании врачом «внутренней картины болезни» [60, 72]. Отношение пациента к заболеванию вытекает из базовой структуры личности, преморбидных акцентуаций характера и может быть сведено к двенадцати основным вариантам [24, 25, 66]. Оценка психологического статуса помогает кардиологу найти стиль общения с пациентом, облегчает выбор личностно ориентированной программы вмешательства [1].

Рисунок 4. Воздействие депрессии на сердечно сосудистую систему по Смулевичу А.Б. и соавт., 2005.

Особое значение в практике врача-кардиолога принадлежит приверженности больного к лечению (complience – тщательное выполнение рекомендаций врача). По данным ВОЗ (2003) недостаточная приверженность пациента к лечению является одной из актуальнейших проблем современной медицины. Недостаточная приверженность к лечению является частой причиной безуспешности терапии хронических заболеваний, требующих постоянного, порой пожизненного приема лекарственных препаратов и строгого выполнения ряда немедикаментозных предписаний (диета, режим, уровень физической активности и т.д.) [WHO, 2003]. Низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности терапевтической эффективности, повышает вероятность развития осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и увеличивает затраты на лечение.

По оценкам специалистов долгосрочная приверженность к любому лечению независимо от характера заболеваемости низкая и не превышает 50% [145, 148].При этом ВОЗ под приверженностью к лечению понимает степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни, соответственно, рекомендациям врача и медицинского работника [WHO, 2003]. Важной задачей деятельности врача-кардиолога является повышение уровня использования кардиологического препарата выше 80% и повышения уровня compliance до 4 баллов [68, 139]. В свой работе врач-кардиолог должен ориентироваться на то, что существует 5 групп факторов, влияющих на приверженность пациента к проводимому лечению: факторы, связанные с пациентом, факторы, связанные с врачом, факторы, ассоциированные с организацией системы здравоохранения, факторы, обусловленные заболеванием, факторы, связанные с терапией [ВНОК, 2011].

Факторы, связанные с пациентом. В оценке влияния различных факторов нет единой точки зрения. Так, часть авторов полагает, что пол, уровень образованности, социально-экономический статус не являются предикторами compliance [131]. Однако большая часть авторов свидетельствуют о том, что

высокий уровень образования, «природный ум», высокий уровень информированности об опасности болезни, ее осложнений; полная семья - страх преждевременной смерти, ответственность за судьбу детей («кому они нужны, кроме меня»), стремление исполнить жизненные планы; высокий или средний социальный статус пациента и его семьи. По данным ряда исследований у пациентов одиноких с низким социальным статусом, перенесших ИМ, при увеличении частоты посещаемости врача и реабилитационных занятий значительно улучшаются приверженность к терапии и результаты психофизической реабилитации. Особенно улучшаются показатели кардиореабилитации при совместном непрерывном взаимодействии врача и медицинской сестры с больным с переключением основной рутинной работы на медицинскую сестру [166].

Compliance повышается в ходе вмешательства, если оно доступно, осуществляется квалифицированными специалистами и, самое главное, пациент получает ожидаемый результат («здоровья стало больше, нездоровья – меньше») [20, 36, 39,40]. *Compliance* снижается при низком уровне образования, плохой памяти, низком уровне интеллекта, невысоких волевых качествах, мужском поле, возрасте старше 65 лет и меньше 35 лет, комплексе «вредных привычек» - курение, алкоголизация, низкой физической активности, маргинальной социальной среде, отсутствии полной семьи, сформированной жизненной программы, низком социальном статусе. *Compliance* снижается в ходе вмешательства, если оно проводится на низком уровне, небрежно, если методика вмешательства сложная, многокомпонентная, у пациента или других больных появлялись осложнения [136,139]. *Ccompliance* падает при неэффективности вмешательства («я лечусь, а толку мало»). У пациентов с ИБС важным фактором, лежащим в основе снижения compliance,являются депрессивные расстройства [161 84,85, 94]. Невыполнение рекомендаций врача у депрессивных пациентов регистрируется приблизительно в 55% случаев, тогда как у пациентов без депрессии лишь в 31% [119]. Отсутствие мотивации для изменения образа жизни значительно ухудшают результаты кардиологической реабилитации [133].

Факторы, связанные с врачом. Положительно на индекс кооперации влияет наличие постоянного врача, его высокая квалификация, позволяющая придерживаться существующих стандартов лечения [129, 140].

Факторы, связанные с организацией системы здравоохранения. Показано, что влияние социально-экономических факторов на комплаентность пациентов варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. Фактором, повышающим compliance, является способность выкупить назначенный препарат. Если цена на приобретение препаратов высока и пациенты не способны выкупить назначенные препараты, индекс кооперации становится низким [81,104].

Факторы, связанные с заболеванием. Проблема недостаточной приверженности к лечению связана с хроническим течением заболевания, легким или бессимптомным его течением, недостаточной информированностью пациента о заболевании, верой в собственные силы в борьбе с заболеванием и как следствие этого расхождение во мнении с лечащим врачом [147].

Факторы, связанные с проводимой терапией. На ИК влияет характер проводимой терапии. Наиболее важными параметрами проводимой терапии являются переносимость (побочные эффекты), эффективность, удобство для приема (сложность схемы дозирования), длительность подбора терапии, вероятность развития «синдрома рикошета» при пропуске очередного приема препарата, полипрагмазия и стоимостные характеристики препаратов [138, 166].

Знание комплекса причин, активно влияющих на индекс кооперации (compliance) между врачом и пациентом существенно облегчает прогнозирование эффективности вмешательства, выбор лечебной тактики, адекватной compliance. Кардиолог способен частично нивелировать факторы, снижающие индекс кооперации [40, 67] путем овладения методами повышения приверженности к проводимой терапии [31]. Все способы повышения compliance можно подразделить на методы, связанные с пациентом, врачом, лечением и организацией системы здравоохранения.

Методы, связанные с пациентом - обучение больных, вовлечение больного в процесс контроля лечения (например, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений), работа с членами семьи (семейное воспитание, семейная профилактика), направленная на создание поддержки больного, обучение по поводу изменение образа жизни («Lifestylemodification») [10, 67, 109]. В реализации данных методов наиболее важным является создание личностно - и семейно - ориентированной системы мотивации для приобретения навыков здорового образа жизни. Затем реализуются два направления семейного воспитания: здорового тела (ступени - рациональное питание, физическая активность, прекращение курения, разумное потребление алкоголя, изменение среды обитания дома и на работе) и экология души (жизненные принципы, Я в семье, коррекция межличностных отношений в семье и на работе). В условиях отсутствия семейного врача, обязанности по семейной профилактики и воспитанию должен брать на себя ВПЗ. Долговременная программа семейного воспитания, если удается изменить образ жизни, позволяет поликлиническому врачу влиять на 50% потенциала здоровья (парадигма ВОЗ, 1981). Работа по семейной профилактике начинается с определения физического, психологического и социального статуса пациента, факторов риска болезней в семье. Пациенту и членам его семьи дается в доступной форме информация о болезни, ее факторах риска, предикторах. Далее строится личностно - и семейно-ориентированная мотивация для реализации профилактических мер. Направления семейной профилактики: режим труда и отдыха, адекватные болезни пациента с адаптацией семейных стереотипов к заболеванию одного из ее членов; физическая активность пациента, адекватная болезни, перераспределение семейных обязанностей; адаптация семейной диететики к болезни одного из ее членов с учетом «факторов риска» в семье; коррекция «вредных привычек», среды обитания.

- Методы, связанные с врачом предназначены определить риск низкой приверженности к лечению, четко наметить цели лечения, разделять ответственность за прием препарата с пациентом, оптимизировать

взаимоотношения с фармацевтами, адаптация лечения и поддержки приверженности нуждам пациента, сохранение контакта с пациентами, пропускающих визиты к врачу[113, 144].

- Методы, связанные с лечением должны стимулировать использование назначенных лекарственных средств, избегать сложных режимов дозирования, подбирать индивидуальные схемы приема препарата (утренние часы предпочтительнее), назначать пролонгированные препараты с минимальным количеством побочных эффектов, отдавать предпочтение комбинированному лечению перед монотерапией в высоких дозах, учитывать стоимостные характеристики лечения [39,67].
- Методы, связанные с организацией системы здравоохранения направлены на создание удобной кардиологической помощи; совершенствование взаимодействия между работниками разных уровней оказания медицинской помощи, в том числе, между врачом и фармацевтом, между амбулаторным и стационарным звеном здравоохранения; повышение образованности и квалификации работников здравоохранения, в том числе, по вопросам приверженности к лечению.

В процессе реабилитации, кроме методов психологического воздействия по улучшению индекса кооперации одно из первых мест занимает физическая реабилитация. Центральным звеном физической реабилитации является ЛФК. На постстационарном этапе реабилитации пациенты с перенесенным ИМ осуществляют комплекс упражнений для всех мышечных групп, прежде всего, сегментарных и ассоциативных, в исходном положении сидя и стоя. Большое внимание уделяется упражнениям в расслаблении напряженных мышц плечевого пояса, грудной клетки, лица и верхних конечностей. Сила ослабленных мышц постепенно увеличивается с помощью движений с сопротивлением (1-5 кг) и в изометрическом режиме (напряжение 3-8с, 20-50% максимальной силы). После упражнений с напряжением выполняют упражнения в расслаблении и дыхательные. Кроме того, в занятиях используются упражнения на координацию движений и внимание, упражнения с предметами, на снарядах и велотренажере.

Пациентам рекомендуются тренировки в ходьбе, ходьба на лыжах, дозированные по времени спортивные игры. Пациентам могут рекомендоваться тренировки в теплом бассейне. Сначала – пребывание в теплой воде с минимальными движениями конечностей, затем – свободное плавание и позже выполнение упражнений в воде [62].

В соответствии с критериями доказательной медицины, улучшение отдельных параметров (снижение АД, частоты пульса, «улучшение» лабораторных показателей) не являются критериями эффективности вмешательства. Доказательны лишь «конечные точки» - относительное и абсолютное снижение частоты неблагоприятных исходов, число больных, которых необходимо лечить, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход [29, 51,52].

Конечная цель вмешательства – повышение качества жизни пациента с его основными критериями: физическими, психологическими, социальными, духовными [45, 167].

ЧАСТЬ II. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

ГЛАВА 2. Материал и методы исследования.

2.1. Общая характеристика обследованной когорты пациентов.

Всего в соответствии с целью исследования выделено 460 пациентов пожилого возраста с перенесенным ИМ. Всем пациентам с перенесенным ИМ рекомендовалось проведение медицинской и психофизической реабилитации, реализующихся по существующим международным стандартам [31,149,156].

Обследование больных осуществлялось в соответствии с концепцией добровольного информированного согласия. Оно базировалось на сведениях о цели и задачах настоящего исследования. После ознакомления пациенты подписали бланк-форму информированного согласия на участие в обследовании. На заседании Межвузовского Комитета по этике при ГБО ВПО «Первый

государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, протокол № 03-12 от 22.03.2012 года принято решение об одобрении научной работы, удостоверено ее соответствие законодательным требованиям и нормативным документам.

Критерии включения.

Зарубцевавшийся ИМ с длительностью более 1 мес. [77]. Согласие больного на участие в исследовании. Возраст 60-74 года.

Критерии исключения: НС; ИМ длительностью до 1 мес., опасные для жизни аритмии; диссекция аорты; острый миокардит, острый перикардит; выраженная обструкция выходного тракта левого желудочка, тяжелая артериальная гипертензия, не контролируемая артериальная гипертензия (АД >180/100 мм рт.ст.); пациенты с III или IV ФК ХСН; существенная гипотензия или синкопальное состояние; декомпенсированный сахарный диабет; дефекты опорно-двигательного аппарата, делающие невозможным выполнение физического аспекта реабилитации; ТЭЛА или других сосудистых зон; стенокардия напряжения IV ФК, инсульт в анамнезе, дисциркуляторная энцефалопатия III ст.

Дизайн исследования.

На первом этапе исследования пациенты с перенесенным ИМ ранжировались в зависимости от ФК тяжести стенокардии по классификации Канадской ассоциации кардиологов. Пациентов с I ФК стенокардии выявлено не было. Среди пациентов с ХСН выделены две группы больных: с ХСН I ФК и ХСН II ФК. Пациенты с III - и IV ФК ХСН исключались из исследования. Всего в настоящее исследование включено 460 пациентов с перенесенным ИМ, разделенные на 4 группы:

I группа (n=152) – пациенты со II ФК стабильной стенокардии напряжения (ССН).

II группа (n=160) – пациенты с III ФК ССН.

III группа (n=85) пациенты с ХСН I ФК.

IV группа (n=63) пациенты с ХСН II ФК.

На втором этапе для решения поставленных в работе задач методом случайной выборки внутри каждой из клинических групп проведено формирование контрольных (1 подгруппа) и основных (2 подгруппа) подгрупп, сопоставимых по основным клинико-инструментальным критериям, в зависимости от характера проводимого обучения (индивидуальное или групповое) (рис. 5).

Изложенное показывает, что дизайн диссертации соответствует открытому выборочному когортному проспективному клиническому исследованию, соответствующему уровню доказательности «С». Критерии отбора пациентов, представленная программа группового и индивидуального вмешательства в полном объеме соответствуют поставленным целям и задачам, что позволяет правильно оценить полученные результаты. Последние представлены в соответствии с нозологическим диагнозом, психологическим и социальным статусом и рандомизацией пациентов по группам. Во II группу вошли пациенты, которые по каким то причинам (в основном отказ от проведения исследования) не была сделана коронарография.

Программы вмешательств. Все больные получали стандартную фармакотерапию, составляющую основу медикаментозной реабилитации, рекомендованную Всероссийским научным обществом кардиологов, включающую антиагреганты, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β-блокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона, блокаторы кальциевых каналов. Торговые аналоги лекарственных средств больные получали в амбулаторно-поликлинических учреждениях в зависимости от их наличия. При констатации выраженной депрессии после консультации психиатра дополнительно к базовой терапии назначались антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Все пациенты проходили обучение и психологическое консультирование. Пациентам давались

рекомендации по самоконтролю симптомов, диете, режиму физической активности, распорядку дня, образу жизни (1 занятие по 90 мин).

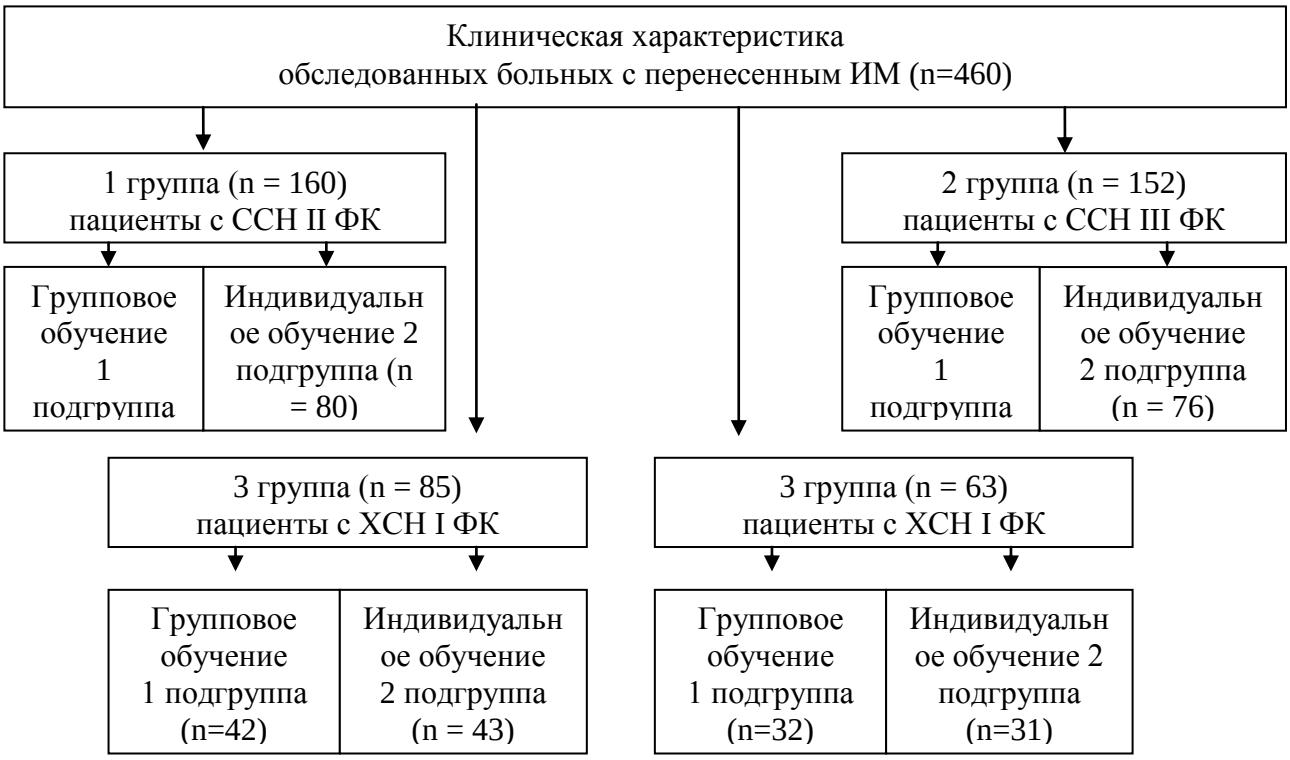


Рисунок 5. Дизайн исследования.

В основных группах в течение года проводили индивидуальное обучение пациентов на основе модели эффективного врачебного консультирования. Индивидуальное врачебное консультирование базировалось на системе мер, направленных на обеспечение стабилизации состояния больного в профилактике возникновения осложнений, утраты трудоспособности и ранней инвалидизации, исходя из особенностей каждого конкретного больного. Объем индивидуального врачебного консультирования определялся по завершению осмотра пациента и данных его анамнеза. Общим для лиц, включенных в программу индивидуального врачебного консультирования, были индивидуальные занятия с пациентам по графику, приведенным ниже.

Занятия были построены в форме активного недирективного консультирования (обсуждение проблем пациента, его самочувствия, влияния на него физический нагрузок, проводимой лекарственной терапии и дача на основе

полученных данных рекомендаций медикаментозного, социального и психологического характера). Все пациенты, включенные в обследование, заполняли дневник, где ежедневно отмечали вес, АД, ЧСС, регулярность приема препаратов и время занятий физическими упражнениями. Для поддержания постоянного контакта больной получал номер телефона врача. Плановый телефонный контакт, между врачом и пациентом для отчета о его самочувствии, осуществлялся между занятиями на протяжении всего периода наблюдения. В дальнейшем при отсутствии изменений в состоянии больного плановый телефонный контакт проводился один раз в две недели. Повторные индивидуальные занятия и контроль приверженности к терапии осуществлялся ежемесячно на приеме у врача. На начальном этапе проведения реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники организовывалось обучение членов семьи пациента (1 занятие на амбулаторном этапе) с выдачей печатного методического руководства, содержащего информацию о заболевании, навыках самоконтроля и рекомендации по диете, физической активности и образу жизни. Создавалась личностно - и семейно-ориентированная система мотивации для вторичной профилактики болезней пациента, первичной профилактики для членов семьи. При работе с пациентами учитывались психологические и социальные параметры (уровень жизни, образованности, сфера деятельности, семейное положение).

В контрольных группах была реализована классическая групповая модель обучения. В течение года с момента выписки из стационара в процессе проведения реабилитационных мероприятий с больным проводились занятия: перед началом воздействия предложенных мер, через 2 и 6 месяцев от начала наблюдения.

Основным методом исследования для всех групп больных был метод клинического анализа. Адекватный метод сравнения – значимый клинический результат – повышение качество жизни в основных группах и группах контроля до - и после вмешательства, повышение толерантности к физической нагрузке или уменьшение ФК стенокардии и сердечной недостаточности.

Верификация ИБС и форм данного страдания проводилась в соответствии с клиническими, лабораторными, велоэргометрическими и Эхо-КГ критериями. При этом уточнялись форма, стадия и функциональный класс заболевания [15,64, 108]. Стадии и функциональный класс ХСН верифицировались на основании критерий классификации ХСН Общества специалистов по сердечной недостаточности 2002 года. Объективизация ФК ХСН достигалась использования теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и Шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) при ХСН [64]. Дополнительно наличие ХСН верифицировалось по Бостонским критериям, введенным в амбулаторную практику O.W. Nielsen [142].

На каждого пациента, включенного в исследование, составлялся формализованный протокол, включающий следующие показатели: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, клинический диагноз, жалобы, анамнез, физикальный статус, лабораторные и инструментальные показатели, психологические и социальные параметры, показатели качества жизни до, через 2 ,6 и 12 мес. начала вмешательства.

2.2. Методы исследования.

2.2.1.Клинические методы.

Детально изучались жалобы с особым акцентом на субъективную характеристику симптома «боли за грудиной». При этом мы исходили из современной концепции нейрофизиологической классификации боли, предполагающей выделение 2-х ее основных механизмов: ноцицептивного (в результате повреждения структур, чувствительных к боли) и неноцицептивного (нейропатического и психогенного). Предполагалось выделение 2-х типов ноцицептивной боли – соматической и висцеральной и 2-х типов нейропатической боли – периферической и центральной, в зависимости от того, какие отделы нервной системы были ответственны за реализацию болевого импульса [47].

Для пациентов с ИБС характерным явилось наличие диффузной, глубокой, сжимающей, нередко сочетающейся с вегетативными симптомами (тошнотой,

рвотой, потоотделением) боли с характерной иррадиацией. Такая боль классифицировалась как висцеральная ноцицептивная. Данный тип боли определялся у больных со стенокардией сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и у больных с относительно редкими заболеваниями, требующими исключения.

Для пациентов с сопутствующими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (остеохондрозом, синдромом Титце и др.) характерным явилось наличие острой, тупой и ноющей боли, усиливающейся при движениях и уменьшающейся в покое. Такая боль классифицировалась как соматическая ноцицептивная.

У пациентов с сопутствующей психогенной кардиалгией определялись психологические симптомы, соответствующие критериям соматоформного болевого синдрома, депрессии при отсутствии ноцицептивного или нейропатического механизма боли. Боль у данной группы пациентов классифицировалась как неноцицептивная.

Физикальный статус исследовался по классическим правилам пропедевтики внутренних болезней. В контексте данного исследования особое внимание уделялось определению АД, пульса, границ относительной сердечной тупости, размеров печени и селезенки, а также выявлению признаков поражения желчного пузыря. Для изучения клинического состояния у больных с ИБС, страдающих ХСН, мы пользовались шкалой ШОКС в модификации В.Ю. Мареева [64], позволяющей определить ФК ХСН (проводился 6-минутный тест с ходьбой) [77]. При исследовании физикального статуса у лиц со стенокардией, сочетающейся с психогенными кардиалгиями особое место занимало определение триггерных точек.

При первичном обследовании пациентов использовался стандартный протокол (схема обследования пациента на амбулаторном этапе). Всем обследованным **по программе скрининга** проводились общий анализ крови, общий анализ мочи, определение микроальбуминурии, исследовались биохимические показатели: билирубин (прямой, непрямой), мочевина, активность аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, альфа-амилазы, маркеров некроза

миокарда (КФК-МВ, тропониновый тест), определялся уровень мозгового (желудочкового) натрийуретического пептида (BNP) в плазме крови, определялся уровень гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки с глюкозой; липидограмма, электролиты плазмы крови (Na+, K+); скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу креатинина, согласно модифицированному уравнению Cocroft-Gault. Из инструментальных методов использовались ЭКГ, R-графия грудной полости. Определялись индекс массы тела (ИМТ), индекс отношения окружности талии и окружности бедер ОТ/ОБ или индекс талия/бедро, лодышечно-плечевой индекс, интерпретировшиеся в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1997) и ВНОК [77].

2.2.2. Инструментальные кардиологические методы исследования.

Электрокардиография (ЭКГ). Использован электрокардиограф «Fukuda denshi». Запись проводилась в 1, 2, 3-м стандартных, усиленных от конечностей, а также шести монополярных грудных отведениях по Вильсону.

Эхокардиография (Эхо-КГ) проводилась на аппарате «Hitachi –550» (максимальная погрешность измерений 1 мм) в «М» и «В» режимах, доплеровский анализ и цветное доплеровское картирование импульсным датчиком с частотой генератора ультразвуковых колебаний 3,5 МГц из положения пациента на левом боку и на спине по общепринятой методике. Сравнительная оценка Эхо-КГ показателей проводилась с общепринятыми нормами [123, 125].

Использовались нормы показателей, соответствующие общепринятым. При Эхо-КГ определялись конечный диастолический и систолический размеры (КДР и КСР) (35-56 мм; 21-40 мм, соответственно), конечный диастолический и систолический объемы (КДО и КСО) (норма до 138 мл; до 58 мл, соответственно) [измерения по Техольцу], ударный и минутный объемы (УО и МО) (норма 70-100 мл; 5-7 л/мин, соответственно); диаметр полости левого предсердия (ЛП) (норма до 38 мм) и правого желудочка (ПЖ) (норма до 30 мм), корня аорты (норма до 40 мм) и ствола легочной артерии (норма до 26 мм); толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) (норма не более 12 мм) и межжелудочковой перегородки

(норма не более 12 мм) в диастолу; вычислялась фракция выброса (ФВ) (норма более 55%), индекс сферичности левого желудочка (ЛЖ) в систолу (отношение короткой оси ЛЖ к длинной оси ЛЖ) (норма <0,70), тип спектра трансмитрального допплеровского потока (соотношение скоростей раннего диастолического наполнения и наполнения в систолу предсердий - Е/А) (норма 1,0-2,0). Нормативная относительная толщина стенок ЛЖ ТМЖП + ТЗСЛЖ / КДР считалась равной и более 0,45, индекс конечного диастолического размера (иКДР) полагался равным менее 3,3 см/м². Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) определялось равной 9-10 мм. Для определения стадии сердечной недостаточности (СН) определялось отношение (ТМЖП+ ТЗСЛЖ) / 2, в норме составляющее менее 1,3 см [14,15].

Проводили расчет площади поверхности тела по формуле Дю Буа:

$S=0{,}007184H^{0{,}725} \times W^{0{,}425}$ (в $м^2$), где Н – рост в см, W – вес в кг, 0,007184 – постоянный эмпирический найденный коэффициент.

Тип гемодинамики считали гиперкинетическим при увеличении МО более 5,5 л/мин, эукинетическим при МО 3,5-5,5 л/мин, гипокинетическим при МО менее 3,5 л/мин.

Холтеровское мониторирование проводилась на системе «SCHILLER MT-200». В протокол вносились данные стандартизированных лестничных нагрузок, базирующиеся на отметке времени начала и окончания подъема по лестнице в привычном для него темпе до 3 раз в сутки. В зависимости от полученных данных определялся объем выполненной работы (ОВР) по формуле: ОВР = вес больного х высота ступени в метрах х число ступеней. В расчет принимался наименьший ОВР, определенный за время мониторирования.

Толерантность к физической нагрузке и ФК стенокардии определялись **с помощью лестничных проб**, согласно рекомендациям НИИ кардиологии г. Санкт-Петербурга: ОВР < 200 кг×м соответствует IV ФК, ОВР от 200 до 400 кг×м соответствует III ФК, ОВР от 400 до 1.000 кг×м соответствует II ФК, ОВР > 1.000 кг×м соответствует I ФК.

Велоэргометрия (ВЭМ) проводилась на велоэргометре фирмы «Siemens-Elema» по методике Аронова Д.М.[5]. Запись ЭКГ осуществляли на аппаратном комплексе «Cardiostat 3 T» фирмы «Siemens». Метод позволяет точно дозировать нагрузку в широком диапазоне – от минимальной до максимально переносимой. Начальная нагрузка составила 25 Вт с последующим приростом каждой ступени на 25 Вт, в течение 5 минут. Регистрация ЭКГ осуществлялась в конце каждой ступени и на пороговой нагрузке. Для лучшего качества записи ЭКГ допускалось прекращение нагрузки на несколько секунд. В восстановительном периоде после окончания нагрузки ЭКГ регистрировалась в следующем временном интервале: через 30 секунд, на 1-й, 4-й, 6-й минутах отдыха. При наличии изменений на ЭКГ (ишемия миокарда) запись осуществлялась до полной ее нормализации

Пробу считали положительной, если во время ее проведения на ЭКГ зарегистрированы признаки ишемии миокарда.

При всех нагрузочных пробах критериями недостаточности коронарного кровообращения являются: смещение интервала ST вверх на 1 мм и более при длительности смещенной части сегмента ST, составляющей более 50% от длительности QT, горизонтальное, косое нисходящее, либо «корытообразное» смещение интервала ST вниз на 1 мм и более продолжительностью не менее 890 мс в одном и более отведениях; инверсия зубца T в нескольких отведениях; регистрация нарушений ритма сердца (частая или политопная желудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий, пароксизмальная тахикардия) и проводимости (в том числе, относительное удлинение интервала PQ). Классическими признаками положительной пробы являются снижение или подъем интервала ST на 1 мм и более, возникновение приступа стенокардии, пароксизма одышки, артериальная гипотензии.

Подъем интервала ST на время или после нагрузки служит не только диагностическим, но и прогностическим признаком. Больные с элевацией интервала ST при нагрузке относятся к лицам с плохим прогнозом выживаемости

(критерии комитета экспертов Всероссийского научного общества кардиологов, 2001).

Ишемические изменения ЭКГ следует отличать от физиологических, возникновение которых при выполнении нагрузочных проб закономерно.

Чувствительность метода – 50-70%, специфичность 60-80%. Наибольшая информативность метода отмечается при поражении нескольких коронарных артерий. Результаты нагрузочной ЭКГ трудно интерпретировать у больных с патологическими изменениями интервала ST в покое.

Согласно рекомендациям Д.М. Аронова и соавт. [5] абсолютными противопоказаниями к проведению субмаксимальной нагрузочной пробы являлись: острая стадия ИМ (менее 3 нед. от начала заболевания), НС, предынсультное состояние, острый тромбофлебит, недостаточность кровообращения IIБ и III стадий, выраженная легочная недостаточность. Относительными противопоказаниями являлись: аневризма сердца и сосудов, артериальная гипертензия (систолическое АД более 220 мм.рт.ст. или диастолическое АД 130 мм.рт.ст. и более), тахикардия (частота пульса более 100 в минуту), наличие указаний в анамнезе на серьезные нарушения ритма сердца или обморочные состояния, при наличии лихорадочных заболеваний, блокада ножек пучка Гиса.

Методика проведения пробы: пробу проводили на велоэргометре в положении пациента сидя с частотой педалирования 60 оборотов в минуту. Регистрация биопотенциалов осуществлялась в системе отведений по Небу [28]. В день исследования пациенту рекомендовалось снизить физическую активность, отменить нитраты пролонгированного действия – за 6-8 часов до проведения пробы; сердечные гликозиды, бета блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные средства – минимум за 2 суток до исследования. Необходимо было добиться прекращения курения за несколько часов до проведения пробы. Процедуру начинали не ранее чем через 1,5-2 часа после приема пищи и предварительного отдыха продолжительностью не менее 30-60 мин. Запись исходной ЭКГ проводили непосредственно перед началом мышечной работы в условиях покоя в

горизонтальном положении пациента, затем в положении пациента сидя на велоэргометре, что позволяло исключить изменения ЭКГ, связанные с ортостатическим воздействием; через 30 сек от начала работы 1-ой ступени, в конце каждой последующей ступени, в покое через 2,4, 6, 8 минут после прекращения нагрузки. Нагрузка во время пробы повышалась беспрерывно ступенеобразно: мощность на I ступени составляла 150 кгм/мин, на II ступени – 300 кгм/мин, на III ступени – 450 кгм/мин, на IV ступени – 600 кгм/мин, на V ступени – 750 кгм/мин, на VI ступени – 900 кгм/мин и.т.д. Продолжительность каждой ступени составляла 3 мин для достижения состояния устойчивого равновесия. Критериями прекращения пробы были: 1) достижение 75% возрастной частоты сердечных сокращений; 2) развитие типичного приступа стенокардии; 3) появление угрожающих нарушений ритма (частная, или политопная, или залповая желудочковая экстрасистолия, пароксизмальные тахиаритмии); 4) появление нарушений проводимости (блокада ножек пучка Гиса, атриовентрикулярная блокада); 5) ишемическое смещение сегмента ST вверх или вниз от изоэлектрической линии на 1 мм; 6) повышение систолического АД более 220 мм.рт.ст., диастолического – более 110 мм.рт.ст.; 7) появление неврологической симптоматики (головокружение, нарушение координации движения, головная боль); 8) появление выраженной одышки (число дыханий более 30 в минуту) или приступы удушья; 9) развитие резкого утомления пациента, его отказе от дальнейшего выполнения пробы.

При ВЭМ определяли: исходную частоту сердечных сокращений и пороговую ($ЧСС_{исх}$ и $ЧСС_{пор}$ соответственно); исходное АД и пороговое ($АД_{исх}$ и $АД_{пор}$); двойное произведение исходное и пороговое ($ДП_{исх}$ и $ДП_{пор}$ соответственно) по произведению $(ЧСС_{исх} \times АД_{сист.исх})/100$ и $(ЧСС_{пор} \times АД_{сист.пор})/100$; мощность (W, Вт). Считали:

Мощность последней ступени нагрузки при ВЭМ:

I-й ФК стенокардии – 125 вт (750 кгм/мин и более)

II-й ФК стенокардии – 75-100 вт (450-600 кгм/мин)

III-й ФК стенокардии - 50 вт (300 кгм/мин)

IY-й ФК стенокардии 25 вт (150 кгм/мин или проба противопоказана.

Определяли время нормализации АД (ВНД) (норма < 8 мин), толерантность к физической нагрузке (ТФН) считали по должному максимальному потреблению кислорода (ДМПК): низкой до 25%, сниженной 26-39%, средней 40-59%, высокой 60-80%.

2.2.3. Методы оценки приверженности больного к лечению.

Для оценки compliance использовали опросник Мориски-Грина (1986), включающий 4 вопроса: 1) забывали ли Вы когда-либо принимать препараты?; 2) Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарственных средств?; 3) Пропускаете ли Вы прием препарата, если чувствуете себя хорошо?; 4) Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарственных средств, пропускаете ли Вы следующий прием? Комплаентыми считаются пациенты, ответившие положительно на все вопросы и, соответственно, набравшими 4 балла.

Рассчитывался индекс использования препарата, представляющий собой частное от деления количества дней приема полной дозы препарата (или его количества, выданного больному) на длительность (в днях) всего периода исследования (наблюдения). Рассчитывался индекс выполнения мероприятий по психофизической реабилитации, представляющий собой частное от деления количества дней выполнения пациентами рекомендаций по психофизической реабилитации на длительность (в днях) всего периода наблюдения. Индексы более 80% свидетельствует о приемлемости приверженности к лечению [145].

Для установления степени compliance использовали и метод расспроса.

2.2.4. Психологические методы исследования и определение качества жизни.

В своей работе для оценки типа отношения к болезни нами использовался психодиагностический опросник Института клинической психиатрии им. В.М. Бехтерева [58] – тест «*тип отношения к болезни*» (ТОБ).

Данная методика позволяет диагностировать 12 ТОБ: гармоничный (Г), анозогностический (Ан), эргопатический (Эр), тревожный (Т), ипохондрический

(И), неврастенический (Н), обсессивно-фобический (О), меланхолический (М), апатический (Ап), сензитивный (С), эгоцентрический (Эг), паранойяльный (П), дисфорический (Д).

Тест ТОБ оценивался по матрице ответов, которые создавали тестовый профиль, оцениваемый в баллах. В заключении указывали доминирующий ТОБ.

При работе с пациентами и их семьями после уточнения типа отношения к болезни (ТОБ) применялся следующий базовый стереотип [66]:

Для верификации наличия тревожности и ее выраженности мы пользовались шкалой самооценки и оценки тревожности Ч. Спилберга. По данной шкале тревожность классифицируется как низкая (до 30 балов), умеренная (31-45 балов) и высокая (46 и более).

Выраженность депрессивного синдрома и его оценка базировалась на шкале депрессии Цунга. Данный опросник разработан и адаптирован для выявления депрессии и дифференциальной диагностики депрессивных состояний, близких к депрессии. На основании изучения полученных показателей устанавливается уровень депрессии пациента Если уровень показателей депрессии не превышает 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии, если – более 50, но менее 60 – легкая депрессия невротического генеза, если 60-69 баллов верифицируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние определяется при уровне депрессии более 70 баллов по шкале Цунга.

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE), представляющая собой опросник из 30 пунктов, используемый для выявления (скрининга) возможных когнитивных нарушений. MMSE также применяют для оценки изменений, произошедших при развитии болезни либо под воздействием терапии [126]. Специфичность теста составляет порядка 92%, чувствительность – 79%. Максимально возможный результат по шкале MMSE - 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. В

соответствии с существующими рекомендациями результаты MMSE теста интерпретируются следующим образом:

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций

24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения

20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности

11 –19 баллов – деменция умеренной степени выраженности

0 – 10 баллов – тяжелая деменция

Чувствительность данного теста особенно невелика при деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур или при деменциях с преимущественным поражением лобных долей головного мозга, что требует дополнения MMSE решением теста рисования часов.

Тест рисования часов относится к довольно простому и в тоже время достаточно информативному методу выявления дементных расстройств. Методология выполнения теста не требует дорогостоящего оборудования и заключается в следующих последовательных мероприятиях. Пациент получает карандаш и чистый лист нелинованной бумаги. Врач обращается к больному: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате, и чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два». Испытуемый самостоятельно должен нарисовать круг, обозначить цифрами циферблат часов и нарисовать стрелки в правильной позиции. В обычных условиях данное задание никогда не вызывает затруднений. Если при выполнении задания возникают ошибки, то их оценка осуществляется количественно по 10-балльной шкале:

10 баллов – норма, задание выполнено быстро и правильно.

9 баллов – имеет место незначительная неточность в расположении стрелок часов.

8 баллов – имеются существенные ошибки в расположении стрелок

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком)

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое.

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствуют или расположена вне круга

3 балла – числа и циферблат более не связаны друг с другом

2 балла –больной пытается выполнить инструкцию, но безуспешно

1 балл – больной не делает никаких попыток выполнить инструкцию

Выполнение данного теста затруднено или нарушено как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур. При неправильном самостоятельно выполненном рисунке в целях дифференциации деменций разного типа, больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном врачом циферблате с числами. При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется. При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате [135].

Для объективной оценки субъективного состояния больных использовано понятие качества жизни (КЖ), которое относится к важнейшей психологической характеристике пациента. В своих исследованиях по оценке КЖ мы базировались на его характеристике, данном ВОЗ (WHO Quality of Life Group, 1994). ВОЗ рекомендует рассматривать КЖ как индивидуальную оценку человеком своего положения в жизни общества, в контексте культуры и систем цен-ностей этого общества, с точки зрения целей данного индивидуума, с его планами, возможностями, стандартами, интересами. Таким образом, КЖ - это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Для определения КЖ мы пользовались и опросником SF-36 (Short Form), предложенным Ware J.E. et al.[168,169]. Данный тест содержит 36 вопросов и имеет 8 шкал, приведенных ниже:

1. Физическая активность (ФА). Субъективная оценка пациентом объема обычной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время. Прямая связь: чем выше ФА, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ). Она основана на субъективной оценке респондентом степени ограничения повседневной деятельности, обусловленной состоянием здоровья, за последние 4 недели. Чем выше данный показатель, тем меньше, по мнению респондента, он ощущает проблем со здоровьем. которые ограничивают его повседневную деятельность.

3. Боль (Б). Показатель определяет степень субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности за последние 4 недели. Обратная связь: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения суживают круг его жизнедеятельности.

4. Общее здоровье (ОЗ). Субъективная оценка респондентом общего состояния своего здоровья в настоящее время. Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

5. Жизнеспособность (ЖС). Субъективная оценка респондентом своего жизненного тонуса (бодрость, энергия) за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус (больше времени за последние 4 недели он ощущал себя бодрым и полным сил).

6. Социальная активность (СА). Субъективная оценка респондентом состояния взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегам по работе и другими коллективами за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ). Субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной

деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 недели. Обратная связь: чем выше РЭ, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональный статус вмешивается в повседневную деятельность.

8. Психическое здоровье (ПЗ). Субъективная оценка респондентом своего настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность) за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше настроение было у респондента, т.е. он больше времени за последние 4 недели чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

За норму КЖ нами были приняты данные, полученные Мезенцевой Н.В. и соавт.[65], представленные в табл. 5.

Таблица 5.

Показатели качества жизни у здоровых лиц (по Мезецевой Н.В. и соавт., 2004)

Шкалы SF-36	Здоровые лица
ФА	78,8±2,3
РФ	81,7±2,6
Б	81,8±1,3
ОЗ	62,8±2,3
ЖС	78,0±1,0
СА	81,3±2,2
РЭ	61,7±2,4
ПЗ	76,3±1,1

В соответствии с рекомендациями, для оценки КЖ пациентов с ХСН использовали Миннесотский опросник («Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire» - MLWHFQ (табл. 6).

Таблица 6.

Миннесотский опросник качества жизни у больных с ХСН

Мешала ли Вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы в течение последнего месяца из-за:	
1. Отеков голеней, стоп	0,1,2,3,4,5

2. Необходимости отдыхать днем	0,1,2,3,4,5
3. Трудности подъема по лестнице	0,1,2,3,4,5
4. Трудности работать по дому	0,1,2,3,4,5
5. Трудности с поездками вне дома	0,1,2,3,4,5
6. Нарушений ночного сна	0,1,2,3,4,5
7. Трудности общения с друзьями	0,1,2,3,4,5
8. Снижения заработка	0,1,2,3,4,5
9. Невозможности заниматься спортом, хобби	0,1,2,3,4,5
10. Сексуальных нарушений	0,1,2,3,4,5
11. Ограничений в диете	0,1,2,3,4,5
12. Чувства нехватки воздуха	0,1,2,3,4,5
13. Необходимости лежать в больнице	0,1,2,3,4,5
14. Чувства слабости, вялости	0,1,2,3,4,5
15. Необходимости платить	0,1,2,3,4,5
16. Побочного действия лекарств	0,1,2,3,4,5
17. Чувства обузы для родных	0,1,2,3,4,5
18. Чувства потери контроля	0,1,2,3,4,5
19. Чувства беспокойства	0,1,2,3,4,5
20. Ухудшения внимания, памяти	0,1,2,3,4,5
21. Чувства депрессии	0,1,2,3,4,5
Варианты ответов: 0 - нет; 1 - очень мало; … 5 - очень много (наивысшее качество жизни - 0 баллов; наиболее низкое – 105 баллов) (Лучшее качество жизни - 0 баллов; худшее качество жизни - 105 баллов).	

Оценка психологического статуса пациента проводилась при консультации психолога.

2.2.5. Социометрические методы.

Имущественный статус пациента и его семьи определялся согласно критериям НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ. К бедным относили лиц с подушевым месячным доходом ниже или равным прожиточному минимуму, малообеспеченным – с доходом от одного до двух прожиточных минимумов, среднеобеспеченным – с доходом в 3-4 раза выше прожиточного минимума, богатым – с месячным доходом, в 5-8 и более раз превышающим прожиточный минимум.

Учитывались половая принадлежность, семейное положение, количество детей, структура семьи (полная, неполная), национальность, религиозная конфессия и др.

2.2.6. Психофизические методы реабилитации.

Индивидуальная и групповые формы физической реабилитации основывались на рекомендациях ВОЗ. Восстановление самообладания, уменьшение тревожности и депрессии, повышение адаптации к стрессу, восстановление уровня сексуальной активности являются основной задачей психологической реабилитации. Основное содержание программ физической реабилитации на поликлиническом этапе составляла лечебная гимнастика и тренировочная ходьба.

ЛФК после перенесенного ИМ на амбулаторном этапе проводится под контролем врача-кардиолога и инструктора ЛФК. Назначение ЛФК базируется на строгом соответствии реабилитационного потенциала (РП). Его величина определяется на основании клинических, медико-социальных, психологических и физиологических компонентов. Важным составляющим РП является достаточный уровень физической активности, сочетающейся с приемлемым уровнем компенсации имеющейся патологии.

Кроме этого у части больных предусматривалось плавание и тренировка на тренажерах (велоэргометр, третбан).

Занятия лечебным плаванием проводились под контролем врача и инструктора. Им предшествовал подготовительный период в гимнастическом зале. В нем регламентировалась работа пациента, связанная с дыхательными упражнениями в сочетании с воздушными ваннами, проведение водных закаливающих процедур (обтирания, обливания, душ, ножные ванны). Продолжительность подготовительного период колебалась от 2 до 4 недель. Далее в течение 2-4 недель занятия переносились в бассейн 2 раза в неделю и включали дыхательные упражнения и разучивание элементов техники плавания в воде с постепенным увеличением общей нагрузки. Затем в основном период

реабилитации занятия проводятся 3 раза в неделю. В начале занятия врачебный контроль, далее подготовительная часть – 15—20 мин и основная часть – плавание 20—25 мин. Заключительная часть проводится в воде с постепенным снижением нагрузки.

Объем физических упражнений при ЛФК определялся нами по данным велоэргометрии. Контролем служили данные ЭКГ (отсутствие изменений конечной части желудочкового комплекса) и пульс не более 100-110 уд/мин на ранних этапах реабилитации под наблюдением медицинского персонала (по 20-30 мин 3-4 раза в неделю). По мере роста тренированности и повышения функциональных возможностей системы кровообращения пациенты постепенно переводились на частично контролируемые программы, когда 1 раз в неделю занятия проводились под наблюдением врача, а 2 раза дома самостоятельно - быстрая ходьба и бег, чередующийся с ходьбой при заданной ЧСС. Физическая реабилитация, согласно рекомендациям ВОЗ считается адекватной, если отмечаются: учащение пульса на высоте нагрузки и в первые 3 минуты после нее на 18-20 ударов; учащение дыхания на 6-8 в 1 минуту; повышение уровня САД на 10-20 мм. рт. ст. и уровня ДАД на 10-20 мм. рт. ст. по сравнению с исходным; урежение пульса на 8-10 в минуту или снижение уровня АД не более чем на 10 мм. рт. ст. При выполнении настоящей работы использовалась формула оптимального темпа нагрузки для больных, основанная на данных ВЭМ: $X = 0{,}042*W + 0{,}15*p + 65{,}6$, где X - оптимальный темп ходьбы; W - мощность пороговой нагрузки (кгм/минуту), p - ЧСС на высоте нагрузки при пробе. Критерием прекращения пробы являются боли в области сердца и увеличение ЧСС до 120. Индивидуальная форма реабилитации предусматривала постоянный контакт врача и пациента на протяжении всего периода наблюдения с сеансами психотерапии 1-2 раза в неделю.

2.2.7. Дополнительные методы исследования.

2.2.7.1. Гастроэнтерологические методы исследования.

По показаниям, у части пациентов (77 чел. – 16,7%), отобранных для исследования, после консультации гастроэнтеролога, было выполнено фиброэзофагогастродуоденоскопическое (ФЭГДС) исследование. ФЭГДС проводилась с использованием гибких эндоскопов (фирма "Olimpus-GIF-P020", Япония). В процессе эндоскопии оценивали наличие, выраженность, распространенность и локализацию воспалительной реакции слизистой оболочки нижней трети пищевода, а также наличие эрозивно-язвенных изменений. Особое внимание уделяли функциональному состоянию кардии и привратника, наличию гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. При проведении ФЭГДС у пациентов с эндоскопически позитивной ГЭРБ оценивали выраженность эзофагита в соответствии с Лос-Анжелесской классификацией (1994). Проявлениями пептического эзофагита считалось выявление при эндоскопическом исследовании гиперемии, рыхлости слизистой оболочки пищевода (катаральный эзофагит), эрозий (эрозивный эзофагит), наличие экссудата, наложений фибрина. ФЭГДС включала также обследование желудка.

У 18 пациентов – 23,4% из пациентов, которым выполнялось ФЭГДС, диагностирована эрозивная форма ГЭРБ, у 21 чел (27,2%) - катаральный эзофагит. Для диагностики эндоскопически негативной ГЭРБ у части пациентов (38 чел – 49,4%) проведены:

Омепразоловый тест – купирование симптоматики ГЭРБ при назначении ингибиторов протонной помпы в течение 3-5 дней после начала приема.

Щелочной тест – быстрое купирование симптомов ГЭРБ при приеме всасывающихся антацидов.

Суточная pH-метрия – для диагностики эндоскопически негативной формы ГЭРБ.

В результате проведенного обследования у 26 чел (33,8%) диагностирована эндоскопически негативная форма ГЭРБ.

В связи с тем, что в ряде случаев, кардиалгии может быть обусловлена заболеваниями желчного и желчевыводящих путей и печени, для их дифферен-

циальной диагностики использовалась ультразвуковое исследование (УЗИ) у 81 чел – 17,6% из числа обследованных. При оценки ультразвуковых данных применялись УЗИ-критерии нормы и патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы в соответствии с существующими рекомендациями [61; 63].

Рентгенография пищевода и желудка проводилась по показаниям в дополнение к ФЭГДС и позволяла исключить опухолевую патологию, стриктуры пищевода, подтвердить наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеального рефлюкса. Основным показанием для выполнения рентгенологического исследования служило наличие дисфагии [46]. Ренгенография пищевода и желудка проведена у 32 (7%) чел из числа обследованных. У 19 (4,1%) чел. диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

2.2.7.2. Неврологические методы.

По показаниям, у части пациентов (76 чел. – 16,5%) определялись болевые точки (область остистых отростков позвонков, Эрба), чувствительность (гипестезии), парестезии, симптомы вегетативной дисфункции (дермографизма, потливости, сухости и шелушения кожи, вегетативного индекса, триггерных болевых точек), натяжения (Нери, Бехтерева, Брагарда, Дежерина, Вассермана, Мацкевича). В случае выявления неврологической симптоматики назначалась консультация невролога.

Для определения триггерных болевых точек осуществляли пальцевое давление с усилием 4 кг (обычно давление с такой силой приводит к побелению кончика ногтевой фаланги). Болевая точка рассматривалась как «позитивная», если пациент констатировал, что пальпация была болезненной. При исследовании болевых точек мы учитывали места их расположения, согласно с диагностическими критериями Американской коллегии ревматологов (1990):

1. Затылочные – билатеральные, в месте прикрепления m. suboccipitalis;

2. Нижние шейные – билатеральные, по передней поверхности, в промежутках между поперечными отростками C_5-C_7;

3. Трапециевидные – билатеральные, в середине m. trapecius по верхнему краю;

4. Надостные – билатеральные, выше гребня лопатки по медиальному краю;

5. 2-е реберные – билатеральные, несколько латеральнее 2-го реберно-хряжевого сочленения, по верхнему краю ребра;

6. Латеральные, на 2 см дистальнее epicondylus radialis;

7. Ягодичные – билатеральные, по верхнему наружному квадранту ягодиц;

8. Большие трохантерные – билатеральные, кзади от выступа большого вертела;

9. Коленные – билатеральные, в медиальной жировой подушке, проксимальнее линии сустава.

Рентгенография позвоночника проведена у 22 чел. (4,8%) чел. из числа обследованных в двух взаимно-перпендикулярных проекциях. Характерными рентгенологическими признаками остеохондроза являлись уменьшение высоты диска, субхондральный склероз, краевые остеофиты на передних и задних поверхностях тел позвонков, деформация унковертебральных отростков, суставных отростков, подвывихи тел позвонков, изменение статики позвоночника, обызвествление выпавшего пульпозного ядра диска.

По показаниями, осуществлялась **компьютерная томография** пораженного отдела позвоночника (у 8 –1,7% чел). У всех пациентов определялся остеохондроз грудного отдела позвоночника.

2.2.7.3. Пульмонологические методы исследования.

Рентгенография органов грудной клетки проводилась по показаниям в прямой и боковой проекциях. Показаниями для проведения рентгенографии служили признаки сердечной недостаточности (148 пациентов – 32,17%). При

первичном рентгенологическом обследовании считали важным исключение неопластических процессов и туберкулеза и пневмонии.

2.2.6. Методы математической обработки материала и доказательной медицины.

Методологической основой данного исследования явились принципы научно обоснованной медицинской практики (Evidence-based medicine) [29,51,105]. Полученные значения случайных величин представлены в виде простого статистического ряда.

• Анализ несведенных рядов с вычислением математического ожидания дискретной случайной величины, которая, учитывая большое число наблюдений (n>30) по своему значению была близка выборочному среднему, а распределение априорно расценивалось как нормальное с возможностью использования методов параметрической статистики:

$$\overline{X} \approx M(x) = \sum_{i=1}^{n} x_i p_i = \sum_{i=1}^{n} x_i / n,$$

где x_i – возможные значения, p_i – вероятностъ этих значений, n – число наблюдений.

• Вычисление погрешности равноточных измерений с использованием формулы оценки стандартного отклонения:

$$S_{\bar{x}} = \sqrt{1/n \cdot (n-1) \cdot \sum_{i=1}^{n} (x_i - x)^2},$$

где n – количество измерений, x – выборочная средняя, x_i – возможные значения, с последующим вычислением абсолютной погрешности, исходя из заданной надёжности (γ=0,95) по таблице значений коэффициента Стъюдента , $t_\gamma(f)$, где f=n-1: $\Delta x = t_{0,95}(n-1)\, S_x$.

• Результаты первичной статистической обработки в виде:

$$\bar{x} = x \pm \overline{\Delta x}.$$

• Соотношение статистических рядов – корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной корреляции *r* по формуле:

$$r_{x,y} = \frac{1/n \cdot \sum_{i=1}^{n} \left(x_i - \bar{x}\right) \cdot \left(y_i - \bar{y}\right)}{\sigma_x \sigma_y},$$

где – r – коэффициент корреляции, n – число наблюдений, x, y – возможные значения, σ – стандартное отклонение.

• Проверка значимости (достоверности) коэффициента корреляции с помощью критерия Стьюдента для f=n-2 степеней свободы и уровня значимости (надёжности) γ=0,99 и 0,999. При этом, в случае значимости коэффициента корреляции табличное значение t_p должно быть меньше или равно расчётному значению $T_{набл}$:

$$T_{набл} = r_{x,y} / \sigma_r .$$

• Статистические сравнения средних выборочных с помощью параметрического критерия Стьюдента по формуле:

$$T_{набл} = \frac{/x - y/}{\sqrt{n_i \cdot (n_i - 1) \cdot \sigma_x^2 + n_j \cdot (n_j - 1) \cdot \sigma_x^2}} \sqrt{n_i \cdot n_j \cdot (n_i + n_j - 2) / n_i + n_j} .$$

Полученные $T_{набл}$ сравниваются с t_p табличными значениями при уровне надежности γ=0,95. Различия оцениваются как значимые, если $/ T_{набл} / \geq t_p$.

• *Оценка эффективности вмешательства* – по клинически значимому исходу лечения (улучшение качества жизни пациента, снижение ФК ССН или ХСН). Сравниваются группы больных с групповым обучением (в коронарном клубе) и индивидуальным обучением и с последующим построением таблицы сопряженности (табл. 7) [29].

Таблица 7.

Таблица сопряженности			
Группа	Изучаемый признак		
	Есть	Нет	Всего
Группа опыта	А	В	А + В
Группа контроля	С	Д	С + Д

Рассчитывали следующие показатели по точечным значениям:

Формула расчета

ЧИЛ (частота исходов в группе опыта) = **A/(A+B)**

ЧИК (частота исходов в группе контроля) = **C/(C+D)**

САР (снижение абсолютного риска) = **1ЧИЛ-ЧИК1**

СОР (снижение относительного риска) = **1ЧИЛ-ЧИК1/ЧИК**

ЧБНЛ = 1/САР

ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение заданного времени, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного.

ОШ (отношение шансов) = **(A/B)/(C/D)**

В трактовке полученных показателей использовались рекомендации Шпигеля А.С. (2002).

- Значения ЧИЛ и ЧИК необходимы для последующего расчета СОР и САР;
- ЧИК≥50% соответствовал клинически благоприятному исходу;
- Значение САР необходимо для последующего расчета СОР и ЧБНЛ;
- ЧБНЛ – в контексте контингентов пациента нашей работы, величины показателя 1-3 признавались приемлемыми.
- СОР – в контексте данного исследования с учетом тяжести клинического состояния пациентов считался приемлемым при значениях >50%, что всегда говорило об эффективности вмешательства (отличный результат), и при значениях 25-50% (хороший результат).
- ОШ при значениях 0-1 – снижение риска неблагоприятного исхода; > 1 –увеличение риска; =1- отсутствие эффекта.

Статистическая обработка результатов исследования и построение диаграмм осуществлялись на персональном компьютере Pentium III с использованием программ «Microsoft Excel 5,0 for Windows» и «SPSS 15.0 for Windows».

ГЛАВА 3. Сравнительный анализ различных способов психофизической реабилитации у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда без признаков сердечной недостаточности.

3.1. Общая характеристика пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, страдающих стабильной стенокардией напряжения II и III ФК.

Всего под наблюдением находилось 312 пациентов с перенесенным ИМ без признаков ХСН. Из них мужчин – 167 (53,5%) и 145 (46,5%) женщин. Средний возраст составил 66,8±2,3 года. Среди них с высшим образованием было 163 (52,2%), средним специальным и незаконченным высшим – 129 (41,4%), общим средним – 16 (5,1%) и незаконченным средним 4 (1,3%) человека. Большинство наших пациентов проживало в неполных семьях или были одинокими (218 чел. – 69,9%). 63 (20,2%) чел. пациентов было работающих, тогда как число не работающих пенсионеров представляло значительное большинство (249 чел. – 79,8%). Пациентов, проживающих в полных семьях, было 94 (30,1%) чел.; вдов и вдовцов - 138 (44,3%) чел.; разведенных - 56 (17,9%); 24 (7,7%) в браке не состояли. Большее число пациентов являлось малообеспеченными или бедными. Их количество составило 178 (57%) чел. Среди обследованных пациентов только 28 (9%) человек расценивали свое материальное положение как хорошее и очень хорошее. При этом все они являлись работающими, несмотря на пенсионный возраст, и в подавляющем большинстве имели высшее образование. Еще 106 (34%) определяли свое материальное положение как удовлетворительное и относили себя к группе среднеобеспеченных лиц (табл. 8). Полученные нами социометрические данные в целом согласуются с таковыми, представленными в литературных источниках [15, 93].

Таблица 8.

Характеристика пациентов с перенесенным ИМ, страдающих стабильной стенокардией напряжения II и III ФК.

Признак/ социальная группа	Пациенты с ИБС	
	N=312	100%
Пенсионеры неработающие	249	79,8
Пенсионеры работающие	63	20,2

Образование		
Незаконченное среднее	4	1,3
Общее среднее	16	5,1
Среднее спец., незаконченное высшее	129	41,4
Высшее	163	52,2
Социальное положение		
Полная семья	94	30,1
Холост / не замужем	24	7,7
Разведены	56	17,9
Вдовец / вдова	138	44,3
Одинокие (проживающие одни)	63	20,2
Бедные	64	20,5
Малообеспеченные	114	36,5
Среднеобеспеченные	106	34
Высокообеспеченные	28	9

3.2. Клинические, лабораторные и инструментальные особенности пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, страдающих стабильной стенокардией напряжения II и III ФК.

У всех пациентов с перенесенным ИМ была диагностирована стенокардия напряжения II и III классов. Все они предъявляли однотипные жалобы на периодически возникающую загрудинную боль давящего, сжимающего, ноющего или тянущего характера, появляющуюся при физической нагрузке или стрессе и купирующуюся нитроглицерином. Реже возникали колющие боли в области сердца (у 9 пациентов). У всех больных боли провоцировалось физической нагрузкой, стрессовыми ситуациями и выходом на улицу в холодное время года. Боль обычно иррадиировала в левую верхнюю конечность, в эпигастрий, в левое подреберье, в нижнюю челюсть слева (табл. 9). Примерно у каждого второго пациента приступ загрудинной боли сопровождался жалобами на перебои в работе сердца (165 - 52,9% больных) и общую слабость у 197 (63,1%) чел.

Таким образом, общий рисунок болевого синдрома и других жалоб у пациентов, перенесших ИМ и страдающих стенокардией напряжения, не отличался от классической картины заболевания, описанной в современных

руководствах и учебниках. Длительность болезни была различной, колебалась от нескольких месяцев до 10 лет и более.

Таблица 9.

Клиническая характеристика пациентов с перенесенным ИМ, страдающих стабильной стенокардией напряжения II и III ФК

Признаки	Пациенты с ИБС, N=312			
	ССН II ФК (n=160, %)	ССН III ФК (n=152, %)	ИБС, Абс. N=312	Абс. 100%
1	2	3	4	5
БОЛИ В ГРУДИ:				
- давящая, сжимающая	160 (100)	152 (100)	312	100
- ноющая, тянущая	160 (100)	152 (100)	312	100
- колющая	4 (2,5)	5 (3,3)	9	2,9
- после физической нагрузки	160 (100)	152 (100)	312	100
- после стресса	98 (61,2)	103 (67,7)	201	64,4
- при выходе на холод	86 (53,7)	88 (57,9)	174	55,7
- боли с иррадиацией в левую верхнюю конечность, челюсть	51 (31,9)	46 (30,2)	97	31,1
- боли с другой иррадиацией	21 (13,1)	18 (11,8)	39	12,5
Боли купируются:				
- нитратами	160 (100)	152 (100)	312	100
- прекращением физической активности	160 (100)	152 (100)	312	100
Продолжительность боли:				
- от 2 до 10 мин	160 (100)	152 (100)	312	100
Перебои в работе сердца или сердцебиение	81 (50,6)	84 (55,2)	165	52,9
Общая слабость	103 (64,3)	94 (61,9)	197	63,1
Потливость	14 (8,7)	17(11,2)	31	9,9
Нарушение сна	57 (35,6)	59 (38,8)	116	37,2
ДАННЫЕ АНАМНЕЗА:				
Длительность болезни:				
Более 2 мес., но менее 3 мес.	16 (10)	17 (11,2)	33	10,6
3-6 мес.	40 (25)	36 (23,7)	76	24,4
6-12 мес.	44 (27,5)	42 (27,6)	86	27,6
1-2 года	31 (19,3)	34 (22,3)	65	20,8

3-5 лет	27 (16,8)	19 (12,5)	46	14,8
6-10 лет	1 (0,6)	3(2)	4	1,2
Более 10 лет	1 (0,6)	1 (0,6)	2	0,6
Наличие заболеваний в анамнезе:				
- кровоизлияние в сетчатку глаза	4 (2,5)	5 (3,3)	9	2,9
- сахарный диабет 2 типа	48 (30)	44 (29)	92	29,5
Вредные для здоровья факторы:				
- злоупотребление лекарствами (прием лекарств без назначения врача)	45 (28,1)	41 (27)	86	27,6
- психоэмоциональный дистресс	146 (91,2)	138 (90,8)	284	91

На самолечение, вопреки рекомендациям специалиста в анамнезе, указывали 86 (27,6%) пациентов. У 92 (29,5%) больных ИБС сочеталась с сахарным диабетом 2 типа.

Частым явлением для пациентов с перенесенным ИМ пожилого возраста со ССН является высокая частота встречаемости и комбинация различных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При этом достоверной разницы в частоте встречаемости различных факторов риска у больных, перенесших ИМ и, соответственно, страдающих ССН II ФК и ССН III ФК не наблюдалось (табл. 10). Тахикардия в покое, по крайней мере, в течение 1 часа в течение суток при холтеровском мониторировании определялась у 61 (19,6%) пациента с ССН; соответственно у 29 (18,1%) с ССН II ФК и 32 (21,1%) с ССН III ФК. У подавляющего числа больных с ССН имела место артериальная гипертензия (у 227 - 72,8% чел), что согласуется с данными, приведенными в литературе [38]. СД определялся у 92 (29,5%) пациентов с ССН, что достоверно больше, чем в популяции лиц, соответствующего возраста и не страдающих ИБС [74]. На курение в анамнезе указывало 70 (22,4%) пациентов, дислипидемия определялась у 134 (42,9%), гиподинамия у 182 (58,3%), ожирение и злоупотребление алкоголем (41,4%).

Таблица 10.

Распределение больных пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда по факторам риска со стабильной стенокардией напряжения.

Факторы риска	Количество больных		
	ССН II ФК n = 160 (100%)	ССН III ФК n = 152 (100%)	Абс. n=312 (100%)
ЧСС > 90	29 (18,1%)	32 (21,1%)	61 (19,6%)
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	114 (71,3%)	113 (74,3%)	227 (72,8%)
СД	47 (29,4%)	49 (32,2%)	96 (30,8%)
Нарушенная толерантность к глюкозе	11 (6,8%)	14 (9,2%)	25 (8%)
Курение	36 (22,5%)	34 (22,4%)	70 (22,4%)
Злоупотребление алкоголем	11 (6,9 %)	13 (8,6%)	24 (7,7%)
Ожирение I ст II ст III ст	52 (32,5%) 19 (11,9%) 26 (16,3%) 7 (4,4%)	53 (34,9%) 24 (15,8%) 24 (15,8%) 5 (3,2%)	105 (33,7%) 43 (13,8%) 50 (16%) 12 (3,8%)
Гиподинамия	89 (55,6%)	93 (61,2%)	182 (58,3%)
↑ОХС	59 (36,9%)	62 (40,8%)*	121 (38,8%)
↑ХС ЛПНП	57 (35,6%)	60 (39,5%)*	117 (37,5%)
↓ХС ЛПВП	66 (41,2%)	68 (44,7%)*	134 (42,9%)
↑ТГ	42 (26,2%)	44 (28,9%)*	86 (27,6%)
↑КА	56 (35%)	59 (38,8%)*	115 (36,9%)
Отягощённая наследственность	106 (66,2%)	98 (64,5%)	204 (65,4%)

Примечание: знаком «*» - показаны достоверные различия ($p<0,05$) между пациентами с ССН II ФК и ССН III ФК. МАУ – микроальбуминурия; СКФ - скорость клубочковой фильтрации; ОХС – общий холестерин; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ТГ – триглицериды.

Для пациентов пожилого возраста характерным является наличие не менее 5-6 сопутствующих заболеваний, отягощающих течение друг друга [55]. Пожилой возраст характеризуется полиморбидностью патологии, в связи с чем у исследуемой группы пациентов определялись различные сопутствующие заболевания, коморбидные ИБС. При тщательном обследовании группы

пациентов с перенесенным ИМ и ССН выявлено, что у данной группы пациентов определяется достаточно большое количество сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующей патологии преобладали дисциркуляторная энцефалопатия у 159 (51%) и у 149 (47,8%) больных остеохондроз с корешковым синдромом (табл. 11). У 53 (17%) наблюдаемых нами больных выявлен облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей и у 41 (13,1 %) - варикозная болезнь вен нижних конечностей. Среди заболеваний ЖКТ чаще всего определялись следующие заболевания: у 69 (22,1%) ГЭРБ, у 29 (9,3 %) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), у 23 (7,4 %), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДК), у 8 (2,5%) желчнокаменная болезнь (ЖКБ) с хроническим калькулезным холециститом, у 48 (15,4 %) хронический бескаменный холецистит, у 16 (5,2 %) больных диагностирован хронический панкреатит.

У 24 (7,7%) пациентов определялся диффузный эутиреоидный зоб, у 27 (8,6 %) хронический пиелонефрит из них 12 (3,8%) страдали мочекаменной болезнью, у 84 пациентов (51% от М) выявлена аденома предстательной железы, не требующая хирургического лечения.

Среди обследованных пациентов хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) I-II стадии верифицирована у 9 (2,9 %) и бронхиальная астма (БА) у 14 (4,5%) больных.

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с ССН III ФК достоверно чаще, по сравнению с группой пациентов с ССН II ФК достоверно чаще встречались СД, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. По другой сопутствующей патологии достоверных различий не наблюдалось (табл. 11)

Таблица 11.

Характеристика сопутствующей патологии у пациентов, с перенесенным инфарктом миокарда со стабильной стенокардией напряжения

Заболевания в анамнезе	ССН II ФК n = 160 (100%)	ССН III ФК n = 152 (100%)	Всего N=312	100%
СД II типа	14 (8,7%)	24 (15,8%)	38	12,2

ДЭП: I стадия II стадия	55 (34,4%) 31 (19,4%) 24 (15%)	104 (69,7%)* 45 (29,6%)* 59 (38,8%)*	159 76 83	51 24,3 26,6
Диффузное увеличение щитовидной железы	13 (8,1%)	11 (7,2%)	24	7,7
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	22 (13,4%)	31 (19,4%)*	53	17
ХОБЛ (I-II стадия)	5 (3,1%)	4 (2,6%)	9	2,9
БА	8 (5%)	6 (3,9%)	14	4,5
Хронический пиелонефрит	13 (8,1%)	14 (9,2%)	27	8,6
Мочекаменная болезнь	7 (4,4%)	5 (3,3%)	12	3,8
Варикозная болезнь н/конечностей	19 (11,9%)	22 (14,5%)	41	13,1
ЯБЖ/ЯБДПК	12 (7,5%)	11 (7,2%)	23	7,4
ГЭРБ	36 (22,5%)	33 (21,7%)	69	22,1
ГПОД	16 (10%)	13 (8,5%)	29	9,3
ЖКБ. Калькулезный холецистит	5 (3,1%)	3 (2%)	8	2,5
Хронический бескаменный холецистит	31 (19,4%)	17 (11,2%)	48	15,4
Остеохондроз	77 (48,1%)	72 (47,4%)	149	47,8
Хронический панкреатит	9 (5,6%)	7 (4,6%)	16	5,2
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	M=80	M=86	N=166	53,2
	39 (48,8%)	45 (52,3%)	84	51

Примечание: буквой «М» обозначено количество пациентов мужского пола, вошедших в исследование.

Изучение данных ЭКГ и холтеровского мониторирования позволило установить достаточно высокую распространенность различных нарушений ритма сердца. У обследованных больных пожилого возраста с перенесенным ИМ и ССН часто возникали нарушения ритма сердца и проводимости (табл. 12). Наиболее распространенным видом аритмии была желудочковая экстрасистолия разных классов: I класса по Лауну у 196 (62,8%), II класса по Лауну у 48 (15,4%), у 9 (2,9 %) пациентов регистрировалась желудочковая экстрасистолия III класса по Лауну, а у 4 (1,3%) - IV класса по Лауну. У 56 (17,9%) пациентов регистрировалась фибрилляция предсердий: постоянная форма мерцания у 28

(9%), пароксизмальная форма у 7 (2,2%) и персистирующая у 21 (6,7%) пациентов, синусовая тахикардия у 102 (32,7 %) пациентов. Трепетание предсердий было диагностировано у 12 больных (3,8 %), в том числе у 3 (0,9%) пациентов регистрировалась постоянная форма. Наджелудочковая экстрасистолию определялась у 73 (23,4%) пациентов.

Атриовентрикулярная блокада I степени встречалась у 13 пациентов (4,2%). Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) определялась у 4 (1,3%), блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) - у 6 (1,9%) пациентов. У 9 (2,9 %) больных в анамнезе была выполнена имплантация электрокардиостимулятора, у 3 (0,9 %) пациентов - операция радиочастотной аблации (RFA). Различные нарушения ритма сердца и проводимости встречались одинаково часто как у пациентов с ССН II ФК, так и ССН III ФК, а общая частота их регистрации в целом согласуется с данными других исследователей [23 35,59]. В связи с этим, мы посчитали возможным привести в таблице данные по распространенности нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с ССН без учета ФК (табл. 12).

Таблица 12.

Частота нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда со стабильной стенокардией напряжения.

Нарушения ритма и проводимости	Всего	N=312 (100%)
Синусовая тахикардия	61	19,6
Синусовая брадикардия	16	5,1
Суправентрикулярная экстрасистолия	73	23,4
Желудочковая экстрасистолия	218	69,9
I класс по Лауну	196	62,8
II класс по Лауну	48	15,4
III класс по Лауну (по данным анамнеза)	9	2,9
IV класс по Лауну (по данным анамнеза)	4	1,3
Фибрилляция предсердий: постоянная форма персистирующая форма пароксизмальная форма (в анамнезе)	56 28 21 7	17,9 9 6,7 2,2

Трепетание предсердий: постоянная форма персистирующая форма пароксизмальная форма (в анамнезе)	12 3 4 5	3,8 0,9 1,3 1,6
Нарушение проводимости: А-В блокада I степени БПНПГ БЛНПГ	23 13 4 6	7,4 4,2 1,3 1,9

3.3. Оценка типа отношения к болезни, качества жизни и психического статуса у пожилых больных после перенесенного инфаркта миокарда и стабильной стенокардией напряжения.

Исследование психологического статуса пациентов после перенесенного ИМ и ССН до проведения лечения также выявило значительное разнообразие ТОБ.

Обращает внимание тот факт, что в данной когорте пациентов гармоничный ТОБ встречался относительно редко и определялся только у 63 (20,2%) больных. Из патологических ТОБ обнаруживались следующие варианты: у 9 (2,9%) анозогностический, у 8 (2,6%), эргопатический, у 47 (15,1%) тревожный, у 28 (9%) ипохондрический, у 15 (4,8%) неврастенический, у 55 (17,6 %) меланхолический, у 22 (7,1%) паранойяльный, у 16 (5,1%) эгоцентрический, у 29 (9,3%) апатический, у 8 (2,6%) сензитивный, у 5 (1,6%) эйфорический и у 7 (2,2%) обсессивно-фобический.

Тревожность определялась у всех пациентов после перенесенного ИМ с ССН. При этом у 193 (61,8%) больных верифицировался низкий ее уровень, у 91 (29,2 %) больных – средний, у 28 (9 %) – высокий. У 182 (58,3%) пациентов после перенесенного ИМ диагностировались депрессивные расстройства разной степени выраженности. Легкие депрессивные расстройства по шкале Цунга констатировались у 109 (34,9%), субдепрессия - у 64 (20,5%), тяжелые депрессивные расстройства - у 9 (2,9%) пациентов. В работе продемонстрировано, что у пациентов с ССН III ФК достоверно чаще встречаются депрессивные расстройства различной степени выраженности, по сравнению с группой больных с ССН II ФК. При этом глубина тревожных и депрессивных расстройств у

пациентов с ССН III ФК достоверно превышала таковую в группе с ССН II ФК (табл. 13).

Таблица 13.

Психологический статус пациентов после перенесенного инфаркта миокарда со стабильной стенокардией напряжения.

Признак	ССН II ФК N=160 (100%)	ССН III ФК N=152 (100%)	ИБС, всего, N=312	
			N=312	%
Гармонический	36 (22,5%)	27 (17,8%)*	63	20,2
Анозогностический	5 (3,1%)	4 (2,6%)	9	2,9
Эргопатический	5 (3,1%)	3 (2%)	8	2,6
Тревожный	24 (15%)	23 (19,7%)	47	15,1
Ипохондрический	12 (7,5%)	16 (10,5%)	28	9
Неврастенический	9 (5,6%)	6 (3,9%)	15	4,8
Меланхолический	27 (16,8%)	28 (18,4%)	55	17,6
Апатический	15 (9,3%)	14 (9,2%)	29	9,3
Сензитивный	3 (1,8%)	5 (3,3%)	8	2,6
Эгоцентрический	9 (5,6%)	7 (4,6%)	16	5,1
Паранойяльный	10 (6,2%)	12 (7,9%)	22	7,1
Эйфорический	2 (1,3%)	3 (2%)	5	1,6
Обсессивно-фобический	3 (1,9%)	4 (2,6%)	7	2,2
Уровень депрессии				
- легкая депрессия	42 (26,2%)	67 (44,1%)*	109	34,9
- маскированная (субдепрессия)	19 (11,8%)	45 (29,6%)*	64	20,5
- выраженная	2 (1,2%)	7 (4,6%)*	9	2,9
Степень тревожности:				
- низкая	115 (71,8%)	78 (51,3%)*	193	61,8
- средняя	39 (24,3%)	52 (34,2%)*	91	29,2
- высокая	6 (3,7%)	22 (13,7%)*	28	9

Примечание: знаком «*» ($p<0,05$) показаны достоверные различия между показателями пациентов с ССН II ФК и ССН III ФК.

Проведенные исследования выявили, что между тревожностью и депрессивными расстройствами существует средней степени силы корреляционная связь ($r=0,55$). Наибольшая зависимость выраженности и распространенности тревожных и депрессивных расстройств обусловлена тяжестью ФК ССН. Тем не менее, на их проявления оказывали влияние такие

характеристики как одиночество, недостаточная социальная поддержка, низкий иму-щественный статус, которые дополнительно способствовали возникновению аффективных расстройств у пациентов с ССН.

В соответствии с SF-36 тестом, все показатели КЖ в когорте пациентов с ИБС без признаков ХСН были значительно ниже рекомендуемых [41,65]. Отличительным явился тот факт, что у больных с ССН II ФК параметры, характеризующие КЖ, были выше, чем у лиц группы пациентов с ССН III ФК (P<0,05) (табл. 14). Это обстоятельство обусловлено тем, что у пациентов с ССН III ФК более распространены жалобы соматического характера (низкая толерантность к физической нагрузке, высокая степень утомляемости), более выражены тревожные и депрессивные расстройства (табл. 14).

Таблица 14.

Показатели качества жизни у пациентов, после перенесенного инфаркта миокарда со стабильной стенокардией напряжения по опроснику SF-36.

Признак	Пациенты с ИБС		Пациенты с ИБС, всего, N=312
	ССН IIФК, N=160	ССН III ФК, N=152	
ФА	67,2±2,1	55,6±2,4*	61,4±2,2
РФ	66,1±2,3	60,3±1,7*	63,2±2,1
Б	61,8±2,2	53,3±1,8*	57,5±2,1
ОЗ	55,7±1,8	48,3±1,6*	52,5±2,2
ЖС	59,4±1,6	47,7±1,7*	52,3±2,7
СА	59,7±1,8	51,2±2,1*	54,6±2,6
РЭ	58,4±2,5	47,9±2,4*	50,9±2,9
ПЗ	54,1±2,6	45,5±2,3*	48,3±2,8

Примечание: символом ФА обозначена физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС - жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье. Знаком «*» показаны достоверные различия с аналогичными показателями в группе пациентов с ССН II ФК (p<0,01).

Показатели КЖ были выше у лиц с высшим образованием, по сравнению с пациентами со средним, незаконченным высшим и средним специальным

образованием. Уровень материальной обеспеченности коррелировал с показателями шкал КЖ; чем выше был материальный статус больного, тем лучше показатели КЖ (r=0,53) демонстрировал больной.

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ИБС без признаков ХСН находится в обратной зависимости с показателями КЖ. Наличие тревожных и депрессивных расстройств снижает повседневную активность больных, что обусловливается повышенной утомляемостью, в связи с чувством угнетенности. Пациенты с аффективными расстройствами чаще подвержены чувствам нехватки воздуха, ощущениям сердцебиения и перебоев в работе сердца, чаще испытывают некоронарогенные боли. При наличии умеренных и тяжелых депрессивных расстройств наблюдаются достоверно худшие показатели КЖ, по сравнению с пациентами без депрессивных расстройств и легкими депрессивными расстройствами. В целом у больных с депрессией выявлено наибольшее ухудшение показателей по пунктам, отражающим эмоциональное состояние пациента и социальный статус. Подобные же результаты исследования получены и другими авторами [85].

Существенная разница по всем показателям теста SF-36 получена при тестировании пациентов с ССН III ФК. При этом у пациентов без депрессивных расстройств и с легкими депрессивными расстройствами получены результаты соответствующие средним показателям у больных с ССН II ФК, а у пациентов с умеренными и выраженными депрессивными расстройствами значительно превосходили средние показатели КЖ при ССН III ФК.

Тревожные расстройства также негативно влияли на показатели эмоционального и физического статуса больных ССН. На основании проведенного корреляционного анализа, получены значимые взаимосвязи между уровнем тревожности и показателями КЖ пациентов с ССН. (r=0,37-0,53). Результаты исследований, представленные в этой главе, указывают на высокую распространенность аффективных расстройств у пожилых больных с ССН, способных повлиять на КЖ и на исходы заболевания. С другой стороны,

снижение КЖ у пациентов с ССН, после перенесенного ИМ, и ограничение функциональных возможностей предрасполагают к возникновению как тревожных, так и депрессивных нарушений.

В соответствии со шкалой MMSE у 34 (21,3%) пациентов с ССН II ФК и 38 (25%) пациентов с ХСН III ФК определялся легкий дефицит когнитивных функций, не достигающий степени деменции. У больных с ССН с когнитивными нарушениями средний результат по шкале MMSE составил 25,87±1,43 балла, в то время как у остальных пациентов – 28,76±1,51 баллов. Полученные данные подтверждались результатами выполнения теста рисования часов. Полученные результаты по определению мягких когнитивных нарушений у больных с ИБС в целом соответствовали таковым, выявляемым у пациентов пожилого возраста [89, 134].

3.4. Программы реабилитации у пациентов со стабильной стенокардией напряжения после перенесенного инфаркта миокарда II ФК.

В данном разделе главы демонстрируются наиболее типичные клинические примеры кардиалгий кардиального генеза в первичном звене здравоохранения, соответствующие им программы вмешательства и динамика клинических, инструментальных и психологических признаков через 2 мес. и 6 и 12 мес. после начала вмешательства.

Реализация программ вмешательства

В настоящей работе в рамках параллельного сравнительного исследования проведена оценка эффективности дифференцированных подходов психофизической реабилитации у пациентов с перенесенным ИМ и ССН через 2, 6 и 12 мес. амбулаторного ведения больных.

Анализировались клинические, инструментальные, лабораторные, психологические параметры и показатели КЖ по SF-36 тесту. Оценивалась приверженность пациентов к проводимой реабилитационной программе, в зависимости от применяемой методики обучения: индивидуальная или групповая.

Сравниваемые основные и контрольные подгруппы пациентов были однородны по составу и не имели статистически достоверных различий по полу, возрасту, длительности заболевания, этиологии и тяжести СН, а также исходным параметрам гемодинамики. В основных подгруппах пациентов с перенесенным ИМ и ССН применялся индивидуальный метод обучения, основанный на психологическом консультировании, в контрольных подгруппах использовался групповой, базирующийся на занятиях в школах для пациентов.

При выборе направления вмешательства у больных с ИБС мы пользовались рекомендациями И.Н. Денисова, Б.Л. Мовшовича . [39], Е.И. Чазова, Ю.Н. Беленкова. [103].

А. Информация для пациента и его семьи:

- ИБС – заболевание, вызванное атеросклерозом венечных артерий сердца.

- Атеросклероз – процесс прогрессирующий, для его стабилизации и возможного обратного развития необходимы усилия не только врача, но и пациента при поддержке семьи.

- Стенокардия - это сжимающие, давящие боли приступообразного характера, располагающиеся за грудиной, реже в области сердца, отдающие в левое плечо, левую руку, левую половину лица и шеи.

- Современная медицина располагает эффективными методами лечения стенокардии, в том числе разноплановых хирургических вмешательств на коронарных артериях.

- Приверженность пациента к лечению существенно улучшает качество жизни, увеличивает ее продолжительность.

Б. Советы пациенту и его семье:

- Пациенту и членам его семьи, имеющим факторы риска атеросклероза, следует придерживаться диеты, основу которой составляют овощи, фрукты, морская рыба, домашняя птица. Полезны пищевые волокна (хлеб грубого помола, отруби, овес). При избыточной массе тела – гипокалорийная диета.

- Ограничить потребление мяса (не выше 200 г/день), рыбу и птицу предпочитать другим видам мяса, включать в рацион только курятину и индюшатину без кожи, использовать постную телятину, говядину, свинину или молодую баранину. Ограничить потребление яиц до двух в неделю, включая используемые при приготовлении пищи.

- Употреблять молоко с содержанием жира не более 1%, йогурт, сыр и творог с пониженным содержанием жира. Исключить твердые жиры, такие как сливочное масло, плавленые сыры, животные жиры, шоколад.

- Использовать только растительные масла, лучше - оливковое. Допускается ограниченный прием хлеба, злаков, картофеля, риса и сдобного теста, приготовленных без яичных желтков.

- Избегать употребления цельномолочных продуктов, мяса с жировыми прослойками, потрохов, кондитерских изделий, в приготовлении которых использованы твердые жиры и желтки, обильных десертов.

- Алкоголь можно употреблять в умеренных количествах, лучше в виде красного сухого вина.

- Курение вредно и от него следует отказаться.

- Полезна физическая активность. Желательно, чтобы она была приемлема для пациентов и членов его семьи. Хороши формы физической активности для семьи в целом (пешие прогулки, работа в саду, лыжи и др.).

- Следует использовать психологические методы (релаксация, медитация, конфессиональные программы), приемлемые для пациента его семьи.

- Сексуальная активность не запрещается. Перед половым сношением некоторым пациентам рекомендуется прием нитроглицерина.

- Нежелательна смена профессии. Если пациенту трудно выполнять прежние объемы работы, необходима реадаптация в рамках привычных видов труда, но в меньших объемах.

Лекарственная терапия.

При лечении стенокардии напряжения в сочетании другими заболеваниями и патологическими состояниями (СД, СН, артериальной гипертензией, нарушениями ритма сердца, гиперлипидемией) мы пользовались рекомендациями Е.И. Чазова, Ю.Н.Беленкова. [103], И.Н. Денисова, Б.Л. Мовшовича.[39] и А.В. Шаброва, В.Т. Маймулова. [109].

Для лечения ИБС, стабильной стенокардии 2-3 го ФК использовались препараты различных групп, представленных в табл. 15.

При наличии высокого уровня тревожности проводились короткие курсы седативными препаратами (валериана, пустырник, малые дозы афобазола) или малыми транквилизаторами (сибазон по 5 мг 2 раза в день, грандаксин по 50 мг 3 раза в день и поддерживающая доза по 50 мг), при нарушении сна – «капли Морфея».

Таблица 15.

Медикаментозное лечение пациентов с ССН после перенесенного ИМ

Группа препаратов	Пациенты с ССН, N=312		Пациенты с ССН, всего, N=312	
	Пациенты основных подгрупп N=156	Пациенты контрольных подгрупп N=156	N=312	%
Нитраты	156 (100)	147 (94,2)	303	97,1
β-адреноблокаторы	103 (66)	49 (31,4)	152	48,7
Антагонисты кальция	29 (18,6)	17 (10,9)	46	14,7
Антиагреганты	156 (100)	156 (100)	312	100
Гиполипидемические средства	88 (56,4)	43 (27,5)	131	42
Периферические вазодилататоры	5 (3,2)	3 (1,9)	8	2,5
Ингибиторы АПФ	130 (83,3)	64 (41)	194	62,2
Миокардиальные цитопротекторы	98 (62,8)	81 (51,9)	179	57,3
Седативные средства или малые транквилизаторы	41 (26,3)	62 (39,7)	103	33

3.5. Оценка эффективности программ реабилитации у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда со стабильной стенокардией напряжения II ФК.

Динамический контроль за больными со ССН II ФК после перенесенного ИМ осуществлялся через 4-6 недель, катамнестическое исследование проводилось через 12 месяцев от начала вмешательства. Через 12 месяцев наблюдения у 51 (63,8%) пациентов со ССН II ФК после перенесенного ИМ, входящих в основную подгруппу, проходящих обучение, по индивидуальному принципу удалось добиться улучшения клинического состояния, тогда как достижение подобных результатов определялось лишь у 24 (30%) пациентов, проходящих программу реабилитации с групповым обучением. Среди пациентов основной подгруппы отмечалось снижение количества приступов стенокардии с 9,8±1,1 до 4,7±0,8 в неделю, что демонстрировало достоверное отличие от соответствующих результатов пациентов, лечившихся по групповой программе обучения ($p<0,001$). Следует подчеркнуть, что в основной подгруппе пациентов определялось и снижение потребления нитроглицерина с 12,4±1,5 до 6,4±1,1, а у 41 (51,3%) пациентов констатировалось переход ССН II ФК в I ФК, что также достоверно отличалось от результатов реабилитационных мероприятий, проводимых в контрольной подгруппе ($p<0,001$). По данным суточного мониторирования ЭКГ, в основной подгруппе произошло достоверное снижение среднего количества эпизодов болевой ишемии миокарда с 10,9±1,8 до 4,4±0,71 ($p<0,01$), тогда как в контрольной подгруппе данное изменение было менее значительным (соответственно, 11,6±1,9 до 7,42±1,04 $p<0,05$).

После курсового комплексного лечения с включением индивидуального метода обучения отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке у больных ССН II ФК с 85,9±8,2 Вт до 120,4±9,3 Вт ($p<0,01$), тогда как существенного увеличения мощности физических нагрузок у пациентов с групповым методом обучения не определялось (соответственно: 84,4±7,3 и 95,2±8,1 Вт) от исходных величин. Значение двойного произведения у пациентов, проходивших программу реабилитации по индивидуальной программе,

достоверно отличалось от подобной групповой у пациентов контрольной подгруппы (p<0,05). При этом в контрольной подгруппе удалось достичь лишь некоторого статистически незначимого улучшения (234,8±18,5 до 247,6±18,6). В основной подгруппе изменение двойного произведения было статистически значимым и демонстрировало соответствующие показатели (232,5±17,9 и 288,6±21,1) (табл. 16). В целом улучшение состояния до достижения уровня ССН I ФК определялось у 8 (10%) пациентов контрольной подгруппы и 41 (51,3%) основной подгруппы; ухудшение до III ФК у 8 (10%) пациентов контрольной подгруппы и лишь у 2 (2,5%) пациентов основной подгруппы.

Таблица 16.

Динамика клинического состояния пациентов с ССН II ФК после перенесенного ИМ после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий в различных подгруппах

Признак	Результаты, абс. (%)			
	ССН II ФК контрольная подгруппа N = 80 (100%)	ССН II ФК контрольная подгруппа N = 80 (100%)	ССН II ФК основная подгруппа N = 80 (100%)	ССН II ФК основная подгруппа N = 80 (100%)
	Д	П	Д	П
Субъективное улучшение	-	24 (30%)	-	51 (63,8%)
Усиление терапии	-	11 (13,8%)	-	4 (5%)
Кол-во приступов стенокардии в неделю	9,5±1,2	6,9±0,9*	9,8±1,1	4,7±0,8**
Кол-во таблеток нитроглицерина в неделю	12,6±1,4	9,3±1,3*	12,4±1,5	6,4±1,1**
Мощность переносимой нагрузки, ВТ	84,4±7,3	95,2±8,1*	85,9±8,2	120,4±9,3**
Двойное произведение (ЧСС×САД×10^{-2})	234,8±18,5	247,6±18,6	232,5±17,9	288,6±21,1**
Улучшение клинического состояния до I ФК	-	18 (22,5%)*	-	41 (51,3%)**
Ухудшение	-	8 (10%)*	-	2 (2,5%)**

клинического состояния до III ФК				
Вызовы СМП	-	10 (12,5%)*	-	3 (3,8%)**
Госпитализации, вследствие развития ОКС	-	9 (11,3%)*	-	2 (2,5%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

У больных, проходивших программу психофизической реабилитации с использованием индивидуального метода обучения, достоверно реже развивался ОКС, реже констатировалось ухудшение клинического состояния, требующего усиления медикаментозной терапии или вызова СМП. Возможность существенного улучшения клинического состояния пациентов с перенесенным ИМ и страдающих ССН, на фоне выполнения адекватно подобранных реабилитационных программ указывают и недавно проведенные исследования [34,161].

У пациентов с перенесенным ИМ и страдающих ССН II ФК также наблюдалось достоверное снижение факторов риска нежелательных коронарных событий, достоверно более выраженное в основной подгруппе больных. Так, в основной подгруппе пациентов достоверно чаще определялась более низкая степень регистрации синусовой тахикардии, артериальной гипертензии, ожирения, курения, злоупотреблений алкоголем, гиподинамии и дислипидемии. Лучшие результаты воздействия на управляемые факторы риска в основной подгруппе пациентов объяснялись более высоким уровнем compliance, что позволило гармонизировать образ жизни и повысить степень приверженности к выполнению медикаментозных назначений (табл. 17.).

Таблица 17.

Степень эффективности воздействия 12 месячного курса различных реабилитационных программ на управляемые и частично управляемые факторы риска у пациентов с ССН II ФК после перенесенного ИМ.

Факторы риска	Количество больных			
	ССН II ФК контрольная подгруппа N = 80 (100%)	ССН II ФК контрольная подгруппа N = 80 (100%)	ССН II ФК основная подгруппа N = 80 (100%)	ССН II ФК основная подгруппа N = 80 (100%)
	Д	П	Д	П
ЧСС > 90	15 (18,8%)	8 (10,5%)*	14 (17,5%)	2 (2,5%)**
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	59 (73,8%)	38 (47,5%)*	55 (68,8%)	12 (15%)**
Курение уменьшение числа выкуриваемых сигарет	17 (21,3%) -	15 (15,8%) 3 (5,2%)	19 (23,8%) -	11 (13,8%)** 8 (10%)**
Злоупотребление алкоголем	6 (7,5%)	5 (3,9%)	5 (6,3%)	1 (1,3) **
Ожирение I ст II ст III ст	25 (31,3%) 9 (11,3%) 13 (16,3%) 3 (3,8%)	21 (26,3%)* 10 (12,5%) 10 (12,5%) 1 (1,3%)	27 (33,8%) 10 (12,5%) 13 (16,3%) 4 (5%)	18 (22,5%)* 10 (12,5%) 8 (10%)* - (-%)*
Гиподинамия	46 (57,5%)	36 (45%)*	43 (53,4%)	21 (27,6%)**
Дислипидемия	34 (42,5%)	28 (35%)*	32 (40%)	11 (14,5%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия (p<0,05) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия (p<0,05) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

В ходе вмешательства среди пациентов с ССН как в контрольной, так и в основной подгруппах достоверно возросло число лиц с гармоничным ТОБ. Соответственно, в контрольной подгруппе с 17 (21,3%) до 21 (26,3%), а в

основной с 19 (23,8%) до 30 (37,5%). Тем не менее, за время вмешательства сре-ди больных контрольной подгруппы с ССН II ФК достоверной динамики в отношении частоты встречаемости каждого патологического ТОБ не наблюдалось. Следует отметить, что среди пациентов основной подгруппы достоверно сокращалась численность больных с тревожным и ипохондрическим ТОБ. Уровень тревожных и депрессивных расстройств уменьшался с той или иной степенью достоверностью как среди пациентов контрольной подгруппы, так и основной. Тем не менее, результаты коррекции тревоги и депрессии у пациентов основной подгруппы достоверно превосходили таковые у пациентов контрольной группы, выполнявших курс реабилитационных мероприятий с групповым обучением (табл.18). Худшее состояние психологического статуса больных в контрольной подгруппе объясняется более редким достижением оптимального complience и, как следствие этого, не выполнением предписаний и рекомендаций, данных врачом пациенту.

Определение КЖ по шкалам SF-36 спустя 12 мес после начала реабилитационных мероприятий показало достоверное улучшение по ряду показателей у пациентов контрольной подгруппы. Существенный положительный эффект был достигнут по шкалам «Б», и «ПЗ» ($p<0,05$). По остальным шкалам SF-36 достоверного улучшения получено не было. У больных, составивших основную подгруппу, достоверный положительный эффект был получен по всем шкалам за исключением СА, что объяснялось тем, что большинство наших пациентов являлись пенсионерами, в связи с чем не работали. Показатели КЖ у пациентов основной подгруппы спустя 12 мес после начала психофизической реабилитации по шкалам «Б», «ОЗ», «ЖС», «ПЗ» достоверно превосходили аналогичные показатели контрольной подгруппы больных (табл. 19). . О значительном положительном влиянии психофизической реабилитации на снижение и нивелирование депрессии указывают и исследования, проведенные в Англии M.Underwood et al.,[160].

Таблица 18.

Тип отношения к болезни и аффективные расстройства у пациентов с ССН II ФК после перенесенного инфаркта миокарда до и спустя 12 мес. после начала применения различных способов психофизической реабилитации.

Тип отношения к болезни	ССН II ФК контрольная подгруппа N=80 (100%)	ССН II ФК, контрольная подгруппа N=80 (100%)	ССН II ФК основная подгруппа N=80 (100%)	ССН II ФК основная подгруппа N=80 (100%)
	Д	П	Д	П
Гармонический	17 (21,3%)	21 (26,3%)*	19 (23,8%)	30 (37,5%)**
Анозогностический	3 (3,8%)	3 (3,8%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
Эргопатический	2 (2,5%)	2 (2,5%)	3 (3,8%)	3 (3,8%)
Тревожный	12 (15%)	10 (12,5%)	12 (15%)	8 (10%)*
Ипохондрический	5 (6,3%)	4 (5%)	7 (8,8%)	5 (6,3%)
Неврастенический	4 (5%)	4 (5%)	5 (6,3%)	4 (5%)
Меланхолический	14 (17,5%)	13 (16,3%)	13 (16,3%)	9 (11,3%)*
Апатический	8 (10%)	8 (10%)	7 (8,8%)	7 (8,8%)
Сензитивный	2 (2,5%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
Эгоцентрический	5 (6,3%)	5 (6,3%)	4 (5%)	4 (5%)
Паранойяльный	6 (7,5%)	6 (7,5%)	4 (5%)	4 (5%)
Эйфорический	2 (2,5%)	2 (2,5%)	- (-%)	- (-%)
Обсессивно-фобический	-	-	3 (3,8%)	3 (3,8%)
Уровень депрессии: - легкая депрессия - маскированная (субдепрессия) - выраженная	 22 (27,5%) 10 (12,5%) -	 19 (23,8%) 3 (3,8%)* -	 20 (25%) 9 (11,3%) 2 (2,5%)	 11 (13,8%)** -** -
Степень тревожности: - низкая - средняя - высокая	 59 (73,8%) 19 (23,8%) 2 (2,5%)	 48 (60%)* 11 (13,8%)* -	 56 (70%) 20 (25%) 4 (5%)	 25 (31,3%)** 3 (3,8%)** - (-)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Таблица 19.

Показатели КЖ по SF-36 у пациентов с ССН II ФК после перенесенного инфаркта миокарда до - и спустя 12 мес. после начала применения различных способов психофизической реабилитации

Признак	Пациенты с ССН II ФК после перенесенного инфаркта миокарда			
	ССН II ФК контрольная подгруппа, N=80	ССН II ФК контрольная подгруппа, N=80	ССН II ФК основная подгруппа N=80	ССН II ФК основная подгруппа N=80
	Д	П	Д	П
ФА	67,6±2,3	69,8±2,5	66,8±2,3	71,2±2,6*
РФ	66,4±2,6	68,7±2,6	65,9±2,5	72,1±2,9*
Б	62,1±2,7	68,4±2,9*	61,6±2,5	70,8±2,8**
ОЗ	56,1±2,1	57,8±2,4	55,4±2,2	64,2±3,0**
ЖС	59,7±1,8	61,2±2,1	59,1±1,9	67,8±2,4**
СА	60,3±2,2	62,1±2,3	59,2±2,0	62,7±2,6
РЭ	58,9±2,9	62,2±3,1	57,9±2,7	64,7±3,2*
ПЗ	54,4±2,6	61,9±2,8*	53,8±2,6	68,5±3,1**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Символом ФА-обозначена физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС - жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье. Знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с перенесенным ИМ и ССН II ФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,01$).

Динамическое наблюдения за пациентами, перенесших ИМ, и страдающих ССН III ФК в течение 12 мес. после начала мероприятий по психофизической реабилитации показало, что в группе пациентов с индивидуальным методом обучения достигнуты достоверно лучшие результаты лечения, по сравнению с больными с групповым обучением. Так субъективное улучшение отметило 44 (57,9%) пациентов с индивидуальным методом обучения,

против 25 (32,9%) с групповым методом обучения. Усиление терапии требовалось у 13 (17,1%) пациентов контрольной подгруппы и только у 6 (7,9%) основной подгруппы. У пациентов основной подгруппы регистрировалось достоверно меньшее количество приступов стенокардии за неделю и, соответственно, достоверно меньший прием нитроглицерина. Также в основной подгруппе после 12 мес. психореабилитационных мероприятий регистрировалась достоверно более высокая толерантность к переносимым физическим нагрузкам, более высокие цифры двойного произведения. В основной подгруппе у 39 (51,3%) пациентов происходило улучшение ФК ССН до II, тогда как в контрольной подгруппе лишь у 20 (26,3%) больных. У пациентов, основной подгруппе также значительно реже наступало прогрессирование ССН до IV ФК и развитие острого коронарного синдрома (табл. 20).

Таблица 20.

Динамика клинического состояния пациентов с ССН III ФК после перенесенного ИМ после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий в различных подгруппах.

Признак	Результаты, абс. (%)			
	ССН III ФК контрольная подгруппа N = 76 (100%)	ССН III ФК контрольная подгруппа N = 76 (100%)	ССН III ФК основная подгруппа N = 76 (100%)	ССН III ФК основная подгруппа N = 76 (100%)
	Д	П	Д	П
Субъективное улучшение	-	25 (32,9%)*	-	44 (57,9%)**
Усиление терапии	-	13 (17,1%)*	-	6 (7,9%)**
Кол-во приступов стенокардии в неделю	17,5±2,4	11,9±1,7*	16,8±2,5	3,9±0,8**
Кол-во таблеток нитроглицерина в неделю	21,2±2,8	15,3±2,6*	21,4±3,2	4,4±1,1**
Мощность переносимой нагрузки, ВТ	48,6±5,2	64,3±6,5*	51,3±5,6	79,5±7,8**
Двойное произведение	181,8±16,5	197,6±18,2*	179,6±17,6	209,6±20,5**

(ЧСС×САД×10^{-2})				
Улучшение клинического состояния до II ФК	-	20 (26,3%)*	-	39 (51,3%)**
Ухудшение клинического состояния до IV ФК	-	8 (10,5%)*	-	2 (2,6%)**
Вызовы СМП	-	12 (15,9%)*	-	5 (6,6%)**
Госпитализации, вследствие развития ОКС	-	10 (13,2%)*	-	4 (5,3%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия (p<0,05) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия (p<0,05) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Высокие результаты ведения пациентов основной подгруппы связаны с более эффективным воздействием на факторы риска развития и прогрессирования ИБС. Так, в основной подгруппе после 12 мес. проведения психофизической реабилитации достоверно реже регистрировались такие отягощающие факторы, как тахикардия, повышение артериального давления, курение, гиподинамия и дислипидемия (табл. 21).

Таблица 21.

Степень эффективности воздействия 12 месячного курса различных реабилитационных программ на управляемые и частично управляемые факторы риска у пациентов с ССН III ФК после перенесенного ИМ.

Факторы риска	Количество больных			
	ССН III ФК контрольная подгруппа N = 76 (100%)	ССН III ФК контрольная подгруппа N = 76 (100%)	ССН III ФК основная подгруппа N = 76 (100%)	ССН III ФК основная подгруппа N = 76 (100%)
	Д	П	Д	П

ЧСС > 90	16 (21,1%)	8 (10,5%)*	16 (21,1%)	2 (2,6%)**
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	58 (76,3%)	42 (55,3%)*	55 (72,4%)	18 (23,7%)**
Курение уменьшение числа выкуриваемых сигарет	21 (27,6%) -	12 (15,8%)* 4 (5,2%)*	13 (17,1%) -	8 (10,5%)** 9 (11,8%)*
Злоупотребление алкоголем	8 (10,5%)	3 (3,9%)	5 (6,6%)	1 (1,3)*
Ожирение I ст II ст III ст	32 (42,1%) 11 (14,5%) 12 (15,8%) 3 (3,9%)	17 (22,3%)* 8 (10,5%) 7 (9,2%)* 2 (2,6%)*	34 (44,7%) 13 (17,1%) 12 (15,8%) 2 (2,6%)	14 (18,4%)* 4 (5,2%)* 3 (3,9%)** 1 (1,3%)*
Гиподинамия	49 (64,5%)	34 (44,7 %)*	44 (57,9%)	21 (27,6%)**
Дислипидемия	38 (50%)	24 (31,6%)*	30 (39,8%)	11 (14,5%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Динамическое наблюдение за пациентами с перенесенным ИМ и страдающих ССН III показало, что лучшие результаты психологической коррекции достигнуты в подгруппе пациентов с индивидуальным методом обучения (табл. 22). Гармонизацию ТОБ удалось достичь у 27 (35,5%) больных в основной подгруппе, что было достоверно чаще, по сравнению с контрольной подгруппой, где гармонизация ТОБ наблюдалась только у 20 (26,3%) больных. Более частая гармонизация ТОБ у пациентов основной подгруппы сопровождалась лучшими результатами коррекции тревожных и депрессивных расстройств, являющимися факторами риска прогрессирования ИБС. Так, депрессивные расстройства наблюдались у 42 (55,3%) лиц контрольной подгруппы и только у 23 (30,3%) больных основной подгруппы. В контрольной подгруппе через 12 мес. от момента начала мероприятий по

психофизической реабилитации также наблюдалось значительное превалирование частоты встречаемости и глубины тревожных расстройств, по сравнению с пациентами основной подгруппы. Так, по данным наших исследований, частота регистрации тревожных расстройств в контрольной подгруппе достигала 76,3%, а в основной – 36,8%. При этом в наблюдаемых подгруппах пациентов определялась достоверная разница в частоте регистрации каждой степени тревожных расстройств (табл. 22).

Таблица 22.

Динамика психологического статуса пациентов с перенесенным ИМ, страдающих ССН III ФК, в ходе проведения психофизической реабилитации.

Признак	ССН III ФК N=76 (100%) контрольная подгруппа	ССН III ФК N=76 (100%) контрольная подгруппа	ССН III ФК N=76 (100%) основная подгруппа	ССН III ФК N=76 (100%) основная подгруппа
	Д	П	Д	П
Гармонический	14 (18,4%)	20 (26,3%)*	13 (17,1%)	27 (35,5%)**
Анозогностический	2 (2,6%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)
Эргопатический	3 (3,9%)	3 (3,9%)	- (-%)	- (-%)
Тревожный	11 (14,5%)	8 (10,5%)	12 (15,8%)	7 (9,2%)*
Ипохондрический	7 (9,2%)	6 (7,9%)	9 (11,8%)	5 (6,6%)*
Неврастенический	2 (2,6%)	2 (2,6%)	4 (5,3%)	3 (3,9%)
Меланхолический	13 (17,1%)	11 (14,5%)	15 (19,7%)	9 (11,8%)*
Апатический	6 (7,9%)	6 (7,9%)	8 (10,5%)	8 (10,5%)
Сензитивный	3 (3,9%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)
Эгоцентрический	4 (5,3%)	4 (5,3%)	3 (3,9%)	3 (3,9%)
Паранойяльный	7 (9,2%)	7 (9,2%)	5 (6,6%)	5 (6,6%)
Эйфорический	2 (2,6%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
Обсессивно-фобический	2 (2,6%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)
Уровень депрессии - легкая депрессия - маскированная (субдепрессия) - выраженная	33 (43,4%) 23 (30,3%) 4 (5,2%)	31 (40,8%) 11 (14,5%)* - (-)*	34 (44,7%) 22 (28,9%) 3 (3,9%)	19 (25%)** 4 (5,3%)** - (-%)

Степень тревожности:				
- низкая	38 (50%)	33 (43,4%)*	40 (52,6%)	22 (28,9%)**
- средняя	27 (35,6%)	19 (25%)*	25 (32,9%)	6 (7,9%)**
- высокая	11 (14,5%)	6 (7,9%)*	11 (14,5%)	- (-%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия (p<0,05) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия (p<0,05) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Подобные же результаты были получены и у пациентов с ССН II ФК, касающихся КЖ по шкалам SF-36. Так, спустя 12 мес после начала мероприятий по психофизической реабилитации были получены достоверно более высокие результаты у пациентов основной подгруппы, несмотря на то, что значимое улучшение по ряду показателей КЖ достигалось также и у пациентов контрольной подгруппы. У пациентов, составивших контрольную подгруппу, существенный положительный эффект был достигнут по шкалам «Б», «ЖС», «РЭ» и «ПЗ» (p<0,05). По остальным шкалам SF-36 достоверного улучшения получено не было. У больных, составивших основную подгруппу достоверный положительный эффект был достигнут по всем шкалам за исключением СА, что также как и у пациентов со ССН II ФК объяснялось высокой долей лиц, находящихся на пенсии. Показатели КЖ у пациентов основной группы, спустя 12 мес. по всем шкалам, за исключением «СА», достоверно превосходили аналогичные показатели контрольной подгруппы больных (табл. 23).

Таблица 23.

Показатели качества жизни у пациентов с ССН III ФК у пациентов с перенесенным ИМ, до вмешательства и спустя 12 мес.

Признак	Пациенты с ССН III ФК после перенесенного инфаркта миокарда			
	ССН III ФК контрольная	ССН III ФК контрольная	ССН III ФК основная	ССН III ФК основная

	подгруппа, N=76	подгруппа, N=76	подгруппа N=76	подгруппа N=76
	Д	П	Д	П
ФА	54,9±2,9	56,7±3,2	56,3±3,2	64,6±3,9**
РФ	60,1±2,2	61,8±2,5	60,5±2,3	66,0±2,8**
Б	52,9±2,3	60,2±2,6*	53,7±2,5	67,8±3,1**
ОЗ	47,8±2,7	49,3±2,8	48,8±2,3	56,2±2,9**
ЖС	47,3±2,1	53,2±2,3*	48,1±2,0	59,1±2,5**
СА	51,5±2,4	52,5±2,7	50,9±2,5	53,2±2,9
РЭ	47,6±2,7	54,9±2,9*	48,2±2,9	62,2±3,1**
ПЗ	45,1±2,8	53,8±3,1*	45,9±3,0	60,9±3,3**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Символом ФА-обозначена физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС - жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье. Знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с перенесенным ИМ и ССН II ФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,01$).

3.6. Оценка факторов, влияющих на приверженность к терапии пожилых больных с перенесенным ИМ, страдающих ССН.

Оценено влияние уровня образования, имущественного статуса, наличие работы, пола, семейного положения, образа жизни (курение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем), количества принимаемых лекарственных средств, схем реабилитационных мероприятий, депрессивной симптоматики, ФК ССН пациентов, перенесших ИМ. Для оценки compliance применялся опросник Мориски-Грина и индекс использования препаратов.

Все пациенты заполняли дневник самоконтроля симптомов ССН и отмечали регулярность приема препаратов. Регулярные телефонные контакты с пациентом для отчета о самочувствии и обучение членов семьи также помогали

достоверно оценить степень соответствия пациента врачебным рекомендациям. Среди пациентов, проходящих реабилитационную программу с использованием индивидуального метода обучения, высокий уровень комплаентности через 12 мес от начала вмешательства достигался у 116 (74,4%) больных, тогда как при групповом методе обучения лишь у 56 (35,9%) пациентов с перенесенным ИМ и ССН. Несколько чаще высокий уровень compliance определялся у пациентов с ССН III ФК, по сравнению с больными с ССН II ФК: соответственно, у 88 (55%) и 89 (58,6%). Тем не менее, достоверных различий в частоте встречаемости высокого уровня комплаентности у пациентов со II и III ФК ССН не обнаруживалось.

У пациентов с высшим образованием уровень compliance достоверно превышал таковой у лиц без высшего образования. При этом высокий уровень комплаентности регистрировался у 112 (68,7%) пациентов с высшим образованием и лишь у 70 (47%), не имеющих высшего образования. Уровень комплаентности был достоверно выше у работающих пациентов, больных, имеющих средний и высокий уровень материальной обеспеченности. Больные с наличием мягких когнитивных нарушений, депрессивной симптоматики и отсутствием здорового образа жизни имели достоверно худший compliance, по сравнению с пациентами с полностью сохраненной интеллектуальной деятельностью, отсутствием депрессии и придерживающихся здорового образа жизни.

Наиболее отрицательным фактором в достижении приемлемого уровня индекса кооперации явилось злоупотребление алкоголем. Определенное значение в достижении приемлемого уровня compliance имело количество принимаемых препаратов. Достаточно высокий уровень compliance определялся у лиц, принимающих 3 и меньшее число препаратов. Большое количество одновременно принимаемых лекарственных средств ассоциировано с более низким complience, что связано со сложностью приема схем, содержащих значительное количества препаратов, худшей их переносимостью и относительной дороговизной (табл. 24).

Таблица 24

Влияние различных факторов на уровень комплаентности у пациентов с перенесенным ИМ и ССН.

Анализируемые Параметры	Комплаентные пациенты с ССН N (%)	Некомплаентные пациенты с ССН N (%)
ССН ФК:		
II ФК, N=160 (100%)	88 (55%)	72 (45%)***
III ФК, N=152 (100%)	89 (58,6%)	63 (41,4%)***
Используемые схемы реабилитационной терапии:		
индивидуальное обучение, N=156 (100%)	116 (74,4%)	40 (26,6%)***
групповое обучение, N=156 (100%)	56 (35,9%)*	100 (64,1%)***
Наличие работы:		
работающие, N= 63(100%)	45 (71,4%)	18 (28,6%)***
неработающие, N=249 (100%)	138 (55,4%)*	111 (44,6%)***
Образование:		
высшее, N = 163 (100%)	122 (74,8%)	41 (25,2%)*
прочее, N = 149 (100%)	70 (47%)*	79 (53%)*
Пол:		
муж, N=167 (100%)	101 (60,5%)	66 (39,5%)***
жен, N=145 (100%)	99 (68,3%)*	46 (31,7%)***
Имущественный статус:		
бедные/малоимущие, N=178 (100%)	96 (53,9%)	82 (46,1%)***
обеспеченные, N=134 (100%)	95 (70,9%)*	39 (29,1%)***
Семейное положение:		
семейные, N=249 (100%)	152 (61%)	97 (39%)***
одинокие, N=63 (100%)	31 (49,2%)*	32 (50,8%)***
Образ жизни:		
злоупотребление алкоголем, N=24(100%)	-	24 (100%)***
курение, N=70 (100%)	23 (32,9%)*	47 (67,1%)***
гиподинамия, N=182 (100%)	88 (48,4%)**	94 (51,6%)***
Количество принимаемых препаратов:		
3 и меньше, N=131 (100%)	95 (72,3%)	36 (27,7%)***
4, N=109 (100%)	70 (64,2%)*	39 (35,8%)***
5 и больше, N=72 (100%)	38 (52,8%)**	34 (47,2%)***
Депрессивная симптоматика:		
депрессия, N=184 (100%)	85 (46.2%)	100 (53.8%)***
нет, N=128 (100%)	87 (68 %)*	41 (32%)***
Когнитивные нарушения		
есть, N=62 (100%)	32 (51,6%)	30 (48,4%)
нет, N=250 (100%)	172 (68,8%)*	78 (31,2%)***

Примечание: знаком «*» показаны достоверные различия (p<0,05) частоты встречаемости комплаентности между 1-м и 2-м однородными факторами; знаком «**» показаны достоверные различия (p<0,05) частоты встречаемости комплаентности между 2-м и 3-м однородными факторами; знаком «***» показаны достоверные различия (p<0,05) количества пациентов с различным уровнем комплаентности.

Наше исследование демонстрирует перспективность внедрения индивидуальных схем обучения в программу психофизической реабилитации, что находит отражение в повышении уровня комлаентности пациентов, обусловленным улучшением степени их информированности. Учитывая возрастные когнитивные нарушения, недостаточную мотивацию к лечению, низкую приверженность к выполнению врачебных назначений, пожилые больные, перенесшие ИМ, и страдающие ССН, требуют разработки индивидуального подхода к обучению, сочетающегося с активным амбулаторным наблюдением, что позволяет улучшить клинико-психологические, инструментальные и лабораторные показатели больных.

3.7. Оценка эффективности программ реабилитации у пациентов со стабильной стенокардией напряжения II и III ФК после перенесенного инфаркта миокарда.

Приводим результаты оценки вмешательства ВОП в естественное течение ИБС с учетом различия исходов в подгруппах опыта и контроля:

При ССН II ФК у пациентов с перенесенным ИМ в основной подгруппе (80 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат – снижение ФК стенокардии, уменьшение числа приступов стенокардии, улучшение качества жизни, отсутствие прогрессирования у 51 чел. (63,3%), неудовлетворительный результат (отсутствие положительной динамики КЖ и физического состояния) - 29 чел. (36,7%).

При ССН II ФК в контрольной подгруппе (80 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие положительной клинической и психологической динамики) - 56 чел. (70%). Возможный удовлетворительный результат – 24 чел. (30%).

ЧИЛ=29/80=0,367=36,7%

ЧИК=56/80=0,70=70%

САР=/ЧИЛ-ЧИК/=/36,7-70/=0,333=33,3%

СОР=/ЧИЛ-ЧИК/ЧИК=0,333/0,7=47,6%

ЧБНЛ = 1/САР=1/0,333≈3

ОШ = (29/51)/(56/24)=0,569/2,33=0,244

Представленные показатели доказывают, что вмешательство врача первичного звена в естественное течение ССН II ФК после перенесенного ИМ у пациентов основной подгруппы, основанное на применении индивидуального метода обучения с использованием активного амбулаторного наблюдения, является эффективным в соответствии с критериями доказательной медицины. Это свидетельствует о снижении относительного риска на 47,6%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ ≈ 3. . Так, применение индивидуальной методики обучения в программе психофизической реабилитации у пациентов, с перенесенным ИМ и ССН II ФК, позволяет предотвратить каждый третий неблагоприятный исход, связанный с применением группового метода обучения.

- При ССН III ФК в основной подгруппе (76 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат – улучшение клинико-психологической симптоматики, улучшение КЖ у 44 (57,9%) пациентов; неудовлетворительный результат (отсутствие эффективного влияния на клинико-психологическую симптоматику, увеличение ФК ХСН, снижение КЖ) у 32 (42,1%) пациентов.

- При ССН III ФК контрольной подгруппы (76 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие эффекта от проведения реабилитации и/или увеличение ФК стенокардии, снижение уровня КЖ) - 51 чел. (67,1%). Возможный удовлетворительный результат – 25 чел. (32,9%).

ЧИЛ=32/76=0,421=42,1%

ЧИК=51/76=0,671=67,1%

САР=/ЧИЛ-ЧИК/=/0,421-0,671/=0,25=25%

СОР=/ЧИЛ-ЧИК/ЧИК=0,25/0,671=37,3%

ЧБНЛ = 1/САР=1/0,25=4

ОШ = (32/44)/(51/25)=0,727/2,04=0,36

В соответствии с принципами доказательной медицины, снижение относительного риска на 37,3%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ = 4 у пациентов основной подгруппы с перенесенным ИМ и ССН III ФК, свидетельствует о высокой степени эффективности индивидуального метода обучения, с использованием активного амбулаторного наблюдения в программе психофизической реабилитации пациентов. Так, применение индивидуальной методики обучения в программе психофизической реабилитации у пациентов с перенесенным ИМ и ССН III ФК позволяет предотвратить каждый четвертый неблагоприятный исход, связанный с применением группового метода обучения.

Глава 4. Сравнительный анализ различных способов психофизической реабилитации пациентов с синдромом хронической сердечной недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда.

4.1. Общая характеристика пациентов с хронической сердечной недостаточностью I и II ФК после перенесенного инфаркта миокарда.

Всего из 148 пациентов с ХСН мужчин было 84 (56,8%), а женщин 64 (43,2%). Средний возраст обследованных составил 68,4±2,5 лет.

Среди них с высшим образованием было 72 (48,6%), средним специальным и незаконченным высшим – 65 (43,9%), общим-средним – 8 (5,4%) и незаконченным средним 3 (2%) человека. Большинство наших пациентов проживало в неполных семьях или в одиночестве. Живущих в полных семьях было только 36 (24,4%) чел.; вдов и вдовцов - 68 (45,9%); разведенных 29 (19,6%);

15 (10,1%) чел. в браке не состояли. Значительное число пациентов (54,7%) относилось к категории малообеспеченных или бедных. Среди обследованных пациентов только 11 (7,4%) человек расценивали свое материальное положение как хорошее и очень хорошее, причем все они являлись работающими, несмотря на пенсионный возраст, и в подавляющем большинстве имели высшее образование. Еще 56 (37,8%)определяли свое материальное положение как удовлетворительное и относили себя к когорте среднеобеспеченных лиц (табл. 25). Полученные нами социологические данные приблизительно соответствуют сведениям, представленным в литературных источниках другими авторами [15, 93].

Таблица 25.

Характеристика пациентов с рецидивирующими кардиалгиями кардиального генеза по социальному положению.

Признак/ социальная группа	Пациенты с ИБС, страдающие ХСН	
	N=148	100%
Пенсионеры неработающие	121	81,8
Пенсионеры работающие	27	18,2
Образование		
Незаконченное среднее	3	2
Общее среднее	8	5,4
Среднее спец., незаконченное высшее	65	43,9
Высшее	72	48,6
Социальное положение		
Полная семья	36	24,4
Холост / не замужем	15	10,1
Разведены	29	19,6
Вдовец / вдова	68	45,9
Одинокие	29	19,6
Бедные	28	18,9
Малообеспеченные	53	35,8
Среднеобеспеченные	56	37,8
Высокообеспеченные	11	7,4

4.2. Клинические, лабораторные и инструментальные особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда.

На основании выполненных клинико-инструментальных методов исследования из группы пациентов с перенесенным ИМ выделено 148 пациентов с ХСН, что соответствует 30% обследованной субпопуляции больных. Частота выявления СН у обследованной группы пациентов с перенесенным ИМ приблизительно соответствует данным литературных источников. Так, частота развития ХСН у пациентов, перенесших ИМ, в течение 5 лет колеблется от 11,5 до 17%, а при несвоевременном применении тромболитической терапии - может превышать 30% [137,1611]. Из группы пациентов с ХСН с I ФК ХСН было у 85 (57,4%), со II ФК ХСН – 63 (42,6%) больных. I ФК ХСН, приблизительно, соответствовал I стадии ХСН, IIФК – IIА стадии ХСН по классификации Образцова-Стражеско (1935). Так, пациентов с I стадией ХСН было 82 чел. (55,4%), IIА стадия ХСН определялась у 66 (44,6%) чел. (табл. 26).

У пациентов с ХСН определялись достоверно более длительные сроки от момента перенесенного ИМ, по сравнению с когортой больных, без признаков СН. Время от момента перенесенного ИМ варьировало в пределах - от 2 до 23 лет и в среднем составило 5,9±1,3 лет. У 35 (55,6%) пациентов определялось два и более ИМ в анамнезе, что также достоверно превышало количество перенесенных ИМ в когорте больных без признаков СН (18 – 21,2% чел.).

У 79 (53,4%) пациентов с ХСН регистрировалась ССН II ФК, а у 69 (46,6%) – ССН III ФК.

Клиническая картина заболевания пациентов с перенесенным ИМ и ХСН I ФК характеризовалась чаще всего типичной ангинозной симптоматикой и отсутствием признаков ХСН в покое. Некоторая часть больных с I ФК и ХСН предъявляла жалобы на одышку (26 - 30,6% чел.), повышенную утомляемость (31–36,4% чел.), сердцебиение (22–25,9% чел.). У пациентов со II ФК и ХСН симптомы, свидетельствующие о возникновении сердечной недостаточности, регистрировались и в состоянии покоя. Частота встречаемости основных симптомов ХСН в субпопуляции пожилых больных представлена в табл. 26.

Таблица 26.

Распространенность симптомов хронической сердечной недостаточности у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Симптомы (жалобы)	Количество больных		Итого	
	ХСН I ФК n = 85 (100%)	ХСН II ФК n = 63 (100%)	Абс. N=148	100%
Стенокардия напряжения: II ФК III ФК	 46 (54,1%) 39 (45,9%)	 33 (52,4%) 30 (47,6%)	 79 69	 53,4 46,6
Одышка	26* (30,6%)	61 (96,8%)	87	58,8
Набухание шейных вен	-	5 (7,9%)	5	3,4
Ночное удушье	-	1 (1,6%)	1	6,8
Быстрая утомляемость	31*(36,4%)	63 (100%)	80	54,1
Сердцебиение	22*(25,9%)	32 (50,8%)	47	31,8
Кашель	-	5 (7,9%)	5	3,4
Ортопноэ	-	3 (4,8%)	3	2

Примечание: «*» Вышеуказанные симптомы возникали только при нагрузке

У всех пациентов со II ФК ХСН встречалась повышенная утомляемость, у 61 (96,8%) больного регистрировалась одышка, доходящая у 1 (1,6%) исследуемого до приступов ночного удушья. Достаточно часто пациенты со II ФК ХСН предъявляли жалобы на сердцебиение. Такие симптомы, как набухание шейных вен, ортопноэ, кашель встречались достаточно редко (табл. 26).

Довольно частым явлением для пациентов с перенесенным ИМ пожилого возраста в сочетании с ХСН является комбинация различных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При этом у больных, страдающих I ФК ХСН, количество основных факторов риска развития ХСН достоверно превышало частоту встречаемости факторов риска при ХСН II ФК (табл. 27). Так, у пациентов, страдающих II ФК ХСН, по сравнению с I ФК ХСН, достоверно чаще регистрировались повторные ИМ, артериальная гипертензия, дислипидемия, СД, гиподинамия, нарушение функции почек, тахикардия и ожирение. Полученные нами данные во многом перекликаются с литературными источниками, свидетельствующими о более частой регистрации факторов риска развития ХСН

по мере увеличения ее ФК. Возможно большее число факторов риска, которые регистрируются у пациентов с более высокими классами ХСН, обусловливаются также влиянием СН на появление ряда симптомов (тахикардия, гиподинамия, СКФ, МАУ и т.д.) [69, 107,153].

Таблица 27.

Распределение больных пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда по факторам риска хронической сердечной недостаточности.

Факторы риска	Количество больных		
	ХСН I ФК n = 85 (100%)	ХСН II ФК n = 63 (100%)	Абс. n=148(100%)
ИМ повторные ИМ	85 (100%) 18 (21,2%)	63 (100%) 35 (55,6%)*	148 (100%) 53 (35,8%)
ЧСС > 90	19 (22,4%)	34 (54%)*	53 (35,8%)
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	31 (36,5%)	12 (19%)*	43 (29,1%)
СД	9 (10,6%)	12 (19%)*	21 (14,2%)
Нарушенная толерантность к глюкозе	6 (7,1%)	6 (9,5%)	12 (8,1%)
↑МАУ	18 (21,1%)	21 (33,3%)*	39 (26,4%)
↓СКФ	7 (8,2%)	18 (28,6%)*	25 (16,9%)
Курение	18 (21,2%)	20 (31,7%)*	38 (25,7%)
Злоупотребление алкоголем	12 (14,1%)	9 (14,3%)	21 (14,2%)
Ожирение I ст II ст II ст	27 (31,8%) 8 (9,4%) 12 (14,1%) 7 (8,2%)	29 (46%)* 11 (17,4%)* 12 (19%) 6 (9,5%)	56 (37,8%) 19 (12,8%) 24 (16,1%) 13 (8,8%)
Гиподинамия	49 (57,6%)	52(82,5%)*	101 (68,2%)
ГЛЖ	85 (100%)	63 (100%)	148 (100%)
↑ОХС	34 (45,9%)	42 (66,7%)*	76 (51,4%)
↑ХС ЛПНП	36 (42,3%)	45 (71,4%)*	81 (54,7%)
↓ХС ЛПВП	37 (43,5%)	36 (57,1%)*	73 (49,3%)
↑ТГ	27(31,8%)	35 (55,6%)*	64 (43,2%)
↑КА	37 (43,5%)	45 (71,4%)*	84 (56,8%)
↑ТИМ	30 (35,3%)	28 (44,4%)	58 (39,2%)
↓ЛПИ	25 (29,4%)	13 (20,6%)*	38 (25,7%)
Отягощённая наследственность	55 (64,7%)	41 (65,1%)	96 (64,9%)

Примечание: знаком «*» - показаны достоверные различия (p<0,05) между пациентами с ХСН I ФК и ХСН II ФК. МАУ – микроальбуминурия; СКФ - скорость клубочковой фильтрации; ТИМ – толщина интима-медиа; ГЛЖ –

гипертрофия левого желудочка; ОХС – общий холестерин; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ТГ – триглицериды.

Для пациентов пожилого возраста характерным является наличие не менее 5-6 сопутствующих заболеваний, отягощающих течение друг друга [55].

Пожилой возраст характеризуется полиморбидностью патологии, в связи с чем у исследуемой группы пациентов определялись различные сопутствующие заболевания, коморбидные ИБС. При тщательном обследовании группы пациентов с перенесенным ИМ и ХСН выявлено, что у данной категории больных определяется достаточно большое количество сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующей патологии у 88 (59,5%) больных доминировала дисциркуляторная энцефалопатия (табл. 28). У значительного числа больных выявлен облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей и остеохондроз с корешковым синдромом (20,9%), а также варикозная болезнь вен нижних конечностей (16,9%).

Среди заболеваний ЖКТ наиболее часто определялись следующие нозологические формы: ГЭРБ – у 37 (25%), грыжа пищеводного отверстия диафраг-мы - у 16 (10,8%), язвенная болезнь желудка и ДПК - 14 (9,5%), ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом - у 5 (3,4%), хронический бескаменный холецистит - у 21 (14,2%), хронический панкреатит у 5 (3,4%) больных.

СД 2 типа определялся у 21 (14,2%) пациента. У 14 (9,5%) больных верифицировался диффузный эутиреоидный зоб. Хронический пиелонефрит диагностировался у 15 (10,1%) больных, из них у 8 (5,4%) имелись признаки мочекаменной болезни. У 39 пациентов (46,4%) выявлена аденома предстательной железы, не требующая хирургического лечения.

Среди обследованных пациентов ХОБЛ I-II стадии страдали 5 (3,4%) больных и бронхиальной астмой – 8 (5,4%) пациентов.

Таким образом, среди сопутствующих заболеваний у пациентов с ХСН II ФК достоверно чаще, по сравнению с группой пациентов с ХСН I ФК, встречались

СД, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. По другим сопутствующим заболеваниям достоверных различий не наблюдалось (табл. 28).

Таблица 28.

Характеристика сопутствующей патологии у пациентов, с перенесенным инфарктом миокарда и хронической сердечной недостаточностью.

Заболевания в анамнезе	ХСН I ФК n = 85 (100%)	ХСН II ФК n = 63 (100%)	Всего N=148	100%
Сахарный диабет II типа	9 (10,6%)	12 (19%)	21	14,2
Дисциркуляторная энцефалопатия: I стадия II стадия	 39 (45,9%) 19 (22,4%) 20 (23,5%)	 49 (77,8%)* 22 (34,9%)* 27 (42,9%)*	 88 41 47	 59,5 27,7 31,8
Диффузное увеличение щитовидной железы	8 (9,4%)	6 (9,5%)	14	9,5
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	14 (16,5%)	17(27%)*	31	20,9
ХОБЛ (I-II стадия)	3 (3,5%)	2 (3,2%)	5	3,4
БА	5 (5,9%)	3 (4,8%)	8	5,4
Хронический пиело-нефрит	8 (9,4%)	7 (11,1%)	15	10,1
Мочекаменная болезнь	4 (4,7%)	4 (6,3%)	8	5,4
Варикозная болезнь н/конечностей	13 (15,3%)	12 (19%)	25	16,9
Язва желудка/ДПК	8 (9,4%)	6 (9,5%)	14	9,5
ГЭРБ	21 (24,7%)	16 (25,4%)	37	25
ГПОД	10 (11,7%)	6 (9,5%)	16	10,8
ЖКБ. Калькулезный холецистит	3 (3,5%)	2 (3,2%)	5	3,4
Хронический бескаменный холецистит	13 (15,3%)	8 (12,7%)	21	14,2
Остеохондроз	38 (44,7%)	29 (46%)	67	45,2
Хронический панкреатит	3 (3,5%)	2 (3,2%)	5	3,4
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	M=39	M=46	N=84	100
	19 (48,7%)	20 (43,8%)	39	46,4

Примечание: буквой «М» обозначено количество пациентов мужского пола, вошедших в исследование.

Результаты физикального обследования пациентов пожилого возраста, перенесших ИМ с ХСН, представлены в табл. 29. Кардиомегалия определялась у

всех больных с ХСН. У 19 (22,4%) пациентов с ХСН I ФК верифицировалась тахикардия, что достоверно реже констатации тахикардии в группе пациентов с ХСН IIФК, которая определялась у 55 (87,3%) чел. Признаки застоя крови выявлялись, исключительно, у пациентов с ХСН II ФК. Таким образом, наиболее распространенными клиническими признаками поражения сердечно-сосудис-той системы у пациентов с ХСН выступали кардиомегалия и тахикардия. Редко регистрировались застойные явления в легких, набухание яремных вен и ритм галопа (табл. 29).

Наличие ХСН у пациентов с перенесенным ИМ подтверждалось при ТШХ и ШОКС. В соответствии с ТШХ пациенты с ХСН I ФК в среднем за 6 минут преодолевали 453,2±37,4 м, а с ХСН IIФК – 372,7±32,3 м. В соответствии со шкалой ШОКС, пациенты с ХСН I ФК имели 2,33±0,32 балла, тогда как с ХСН IIФК 5,22±0,43 балла.

Таблица 29.

Клинические признаки хронической сердечной недостаточности у пожилых пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

Клинические признаки	Количество больных		Итого	
	ХСН I ФК n = 85	ХСН II ФК n = 63	Абс. N=148	100%
Застой в легких (хрипы)	-	11 (17,5%)*	11	7,4
Периферические отеки	-	52 (82,5%)*	52	35,1
Тахикардия (>90-100 уд/мин)	19 (22,4%)	55 (87,3%)*	74	50
Набухшие яремные вены	-	8 (12,7%)*	8	5,4
Гепатомегалия	-	22 (34,9%)*	22	14,9
Ритм галопа (S3)	-	4 (6,3%)*	3	2,7
Кардиомегалия	85 (100%)	63 (100%)	148	100

Изучение данных электрокардиографии и холтеровского мониторирования позволило установить достаточно высокую распространенность различных нарушений ритма сердца. У обследованных больных пожилого возраста с ХСН часто возникали нарушения ритма сердца и проводимости (табл.30). Распространенными видами аритмий были желудочковая экстрасистолия, которая распределялась следующим образом: I класс по Лауну - у 94 (63,5%), II класс по Лауну - у 20 (13,5%). У 4 (2,7%) больных по данным анамнеза регистрировалась желудочковая экстрасистолия III класса по Лауну, а у 3 (2%) - IV класса по

Лауну. У 35 (23,6%) пациентов определялась фибрилляция предсердий: постоянная форма мерцания - у 19 (12,8%), пароксизмальная форма у - 12 (8,1%) и персистирующая - у 4 (2,7%) пациентов, синусовая тахикардия - у 53 (35,8%) больных. Трепетание предсердий зарегистрировано у 7 больных (4,7%), в том числе - у 4 (2,7%) пациентов определялась постоянная форма. Наджелудочковую экстрасистолию диагностировали у 33 (22,2%)пациентов.

Атриовентрикулярная блокада I степени была верифицирована у 7 пациентов (4,7%). Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) определялась у 5 (3,4%), блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) - у 9 (6,1%) больных. У 7 (4,7%) больных в анамнезе была выполнена имплантация ЭКС, 3 (2%) пациентам была произведена операция радиочастотной аблации (RFA). Следует подчеркнуть, что различные нарушения ритма сердца и проводимости встречались одинаково часто как у пациентов с ХСН I ФК, так и ХСН II ФК. В связи с этим, мы посчитали возможным привести в табл. 30 данные по распространенности нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с ХСН без учета ФК сердечной недостаточности.

Таблица 30.

Частота нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда

Нарушения ритма и проводимости	Всего	N=148 (100%)
Синусовая тахикардия	53	35,8
Синусовая брадикардия	7	4,7
Суправентрикулярная экстрасистолия	33	22,3
Желудочковая экстрасистолия	121	77
I класс по Лауну	94	63,5
II класс по Лауну	20	13,5
III класс по Лауну (по данным анамнеза)	4	2,7
IV класс по Лауну (по данным анамнеза)	3	2
Фибрилляция предсердий: постоянная форма персистирующая форма пароксизмальная форма (в анамнезе)	35 19 4 12	23,6 12,8 2,7 8,1
Трепетание предсердий: постоянная форма персистирующая форма	7 4 1	4,7 2,7 0,7

пароксизмальная форма (в анамнезе)	2	1,4
Нарушение проводимости: А-В блокада I степени Блокада правой ножки пучка Гиса Блокада левой ножки пучка Гиса	21 7 5 9	14,2 4,7 3,4 6,1

Среди обследованного контингента больных с ХСН преобладали пациенты с сочетанием как систолических, так и диастолических нарушений, что подтверждалось результатами эхокардиографического исследования (табл. 31).

При Эхо-КГ обследовании пациентов с ХСН у 82 чел. (55,4%) определена I ст. ХСН. При этом у 25 больных (29,4% пациентов с ХСН I ст.) констатировалась только систолическая дисфункция ЛЖ, у 16 чел. - (19,5% пациентов с ХСН I ст.) только диастолическая и у 41 чел - (50%) как систолическая, так и диастолическая дисфункции ЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ у пациентов с I ст. характеризовалась снижением фракции выброса до 41,6±1,5% и/или увеличением конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ до 6,1±0,31 см и индекса конечного диастолического размера (иКДР) до 3,7±0,25 см/м^2. Диастолическая дисфункция ЛЖ характеризовалась увеличением показателя толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) + толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ)/2 до более, чем 1,7±0,15 см и возрастанием ТЗСЛЖ до 1,4±0,1 см, на фоне гипертрофического типа спектра трансмитрального доплеровского потока (Е/А = 0,88±0,09), где Е/А – отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального и транстрикуспидального потока.

У 66 чел (44,6%), определялись Эхо-КГ признаки адаптивного ремоделирования (соответствует ХСН II А стадии). При этом констатировались признаки систолической дисфункции, соответствующие I стадии. Наряду с этим у данной группы индекс сферичности ЛЖ в систолу (отношение короткой оси ЛЖ к длинной оси ЛЖ) превышал нормальные значения и составил 0,75±0,05, а относительная толщина стенок ЛЖ (ТМЖП+ТЗСЛЖ / КДР ЛЖ) была меньше нормы и равнялась 0,35±0,03. Значение Е/А характеризовалась

псевдонормальным типом спектра и составило 1,4±0,18. Известно, что все пациенты с ХСН, после перенесенного ИМ. страдают гипертрофией левого желудочка с увеличением его массы, рассчитывающейся по формуле, предложенной R. Devereux [123]. В соответствии с существующими рекомендациями масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у пациентов с ХСН I ст. приблизительно в 1,5 раза превышала средние нормативные показатели. Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что стадия ХСН приблизительно соответствует ФК ХСН, но не всегда совпадает с ней (табл. 31).

При исследовании концентрации мозгового натрийуретического пептида (BNP) было выявлено, что при ХСН I ФК его концентрация в периферической венозной крови составила 496,4±55,7 пк/мл, а при ХСН IIФК – 689,4±67,6 пк/мл. При изучении взаимосвязи морфофункциональных нарушений с другими показателями установлены значимые обратные корреляционные взаимосвязи между ФВЛЖ и уровнем BNP (r=-0,83), а также длительностью анамнеза ХСН (r = -0,56).Корреляционный анализ определил сильную связь между КДР ЛЖ и значениями BNP (r=0,77).

Таблица 31.

Данные эхокардиографии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда

Признак	ХСН I стадия, N=82	ХСН II А стадия, N=66
КДР (см)	6,1±0,31	10,2±0,52*
КСР (см)	3,5±0,19	3,7±0,29
КДО (мл)	79,4±3,5	87,6±4,3
КСО (мл)	46,5±3,3	55,9±3,7*
ФВ, %	41,6±1,5	36,2±2,6*
иКДР (см/м^2)	3,7±0,25	3,8±0,29
(ТМЖП+ ТЗСЛЖ) / 2 (см)	1,7±0,15	1,8±0,18
ТЗЛЖ (см)	1,4±0,1	1,7±0,17*
Е/А	0,88±0,09	1,4±0,16*
ИС	0,62±0,05	0,75±0,05*
ТМЖП + ТЗСЛЖ / КДР	0,55±0,04	0,35±0,03*
ММЛЖ (г)	189,6±11,2	215,6±11,9*

Примечание: Знаком «*» показаны достоверные различия (p<0,05) сравниваемых показателей. КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; КДО – конечный диастолический объем; КСО –

конечный систолический объем; ФВ – фракция выброса; иКДР - индекс конечного диастолического размера; ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки; ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка; Е/А - отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального и транстрикуспидального потока; ИС – индекс сферичности.

4.3. Оценка типа отношения к болезни, качества жизни и психического статуса у пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда.

Исследование психологического статуса пациентов с ХСН до проведения лечения также как выявило значительное разнообразие ТОБ.

Обращает внимание тот факт, что у пациентов с ХСН гармоничный ТОБ встречался только у 11 (7,4%) больных. Из патологических ТОБ чаще обнаруживались анозогностический (у 13 больных - 8,8%), эргопатический (у 2 - 1,4%), тревожный (у 27 - 18,2%), ипохондрический (у 15 -10,1%), неврастенический (у 6 - 4,1%), меланхолический (у 26 -17,6%), паранойяльный (у 12 -8,1%), эгоцентрический (у 8 -5,4%), апатический (у 15 -10,1%), сензитивный (у 4 - 2,7%), эйфорический (у 7 - 4,7%), обсессивно-фобический (у 2 -1,4%).

Тревожность определялась у всех пациентов с ХСН после перенесенного ИМ. При этом у 89 (60,1%) больных определялся низкий ее уровень, у 45 (30,4%) больных – средний, у 14 (9,5%) – высокий. У 95 (64,2%) пациентов с ХСН после перенесенного ИМ отмечались депрессивные расстройства разной степени выраженности. Легкие депрессивные расстройства по шкале Цунга констатировались у 58 (39,2%), субдепрессия - у 32 (23%),тяжелые депрессивные расстройства - у 5 (3,4%) пациентов. Собственные данные свидетельствую о том, что у пациентов с ХСН II ФК достоверно чаще встречаются депрессивные расстройства различной степени выраженности, по сравнению с группой больных с ХСН I ФК. При этом глубина тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ХСН II ФК достоверно превышал таковой в группе с ХСН I ФК (табл. 32).

Таблица 32.

Психологический статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью I-II ФК после перенесенного инфаркта миокарда.

Признак	ХСН I ФК N=85 (100%)	ХСН II ФК N=63(100%)	ХСН, всего, N=148	
			N=148	%
Гармонический	11 (12,9%)	- (0%)*	11	7,4
Анозогностический	7 (8,2%)	6 (9,5%)	13	8,8
Эргопатический	2 (2,4%)	- (0%)	2	1,4
Тревожный	13 (15,3%)	14 (22,2%)	27	18,2
Ипохондрический	7 (8,2%)	8 (12,7%)	15	10,1
Неврастенический	4 (4,7%)	2 (3,2%)	6	4,1
Меланхолический	15 (17,6%)	12 (19%)	26	17,6
Апатический	8 (9,4%)	7 (11,1%)	15	10,1
Сензитивный	4 (4,7%)	- (0%)	4	2,7
Эгоцентрический	4 (4,7%)	4 (6,3%)	8	5,4
Паранойяльный	7 (8,2%)	5 (7,9%)	12	8,1
Эйфорический	4 (4,7%)	3 (4,7%)	7	4,7
Обсессивно-фобический	- (0%)	2 (3,2%)	2	1,4
Уровень депрессии				
- легкая депрессия	24 (28,2%)	34(53,9%)*	58	39,2
- маскированная (субдепрессия)	8 (9,4%)	24 (38,1%)*	32	23
- выраженная	-	5 (7,9%)*	5	3,4
Степень тревожности:				
- низкая	63 (74,1%)	26 (41,3%)*	89	60,1
- средняя	17 (20%)	28 (44,4%)*	45	30,4
- высокая	5 (5,9%)	9 (14,3%)*	14	9,5

Примечание: знаком «*» ($p<0,05$) показаны достоверные различия между показателями группы опыта и группы контроля.

Показано, что между тревожностью и депрессивными расстройствами существует средней степени силы корреляционная связь ($r=0,55$). Наибольшая зависимость выраженности и распространенности тревожных и депрессивных расстройств обусловлена тяжестью ФК ХСН. Тем не менее, на их выраженность оказывали влияние такие характеристики как одиночество, недостаточная социальная поддержка, низкий имущественный статус, которые дополнительно способствовали возникновению аффективных расстройств у пациентов с ХСН.

В соответствии со шкалой MMSE у 20 (23,5%) пациентов с ХСН I ФК и 27 (42,9%) пациентов с ХСН II ФК после перенесенного ИМ отмечался легкий

дефицит когнитивных функций, не достигающий степени деменции. У больных с ХСН с когнитивными нарушениями средний результат по шкале MMSE составил 25,27±1,13 балла, в то время как у остальных пациентов – 28,34±1,32 баллов. Полученные данные подтверждались результатами выполнения теста рисования часов.

В соответствии с SF-36 тестом, все показатели КЖ у пациентов с ХСН были значительно ниже рекомендуемых [41, 65]. У пациентов с ХСН II ФК параметры, характеризующие КЖ, были в значительной мере выше, чем у лиц с ХСН I ФК. Это обстоятельство обусловлено тем, что у пациентов с ХСН II ФК более распространены жалобы соматического характера (одышка, высокая степень утомляемости), которые сочетались с выраженными тревожными и депрессивными расстройствами (табл. 33).

Таблица 33.

Показатели качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда по опроснику SF-36.

Признак	Пациенты с ХСН		Пациенты с ХСН, всего, N=148
	ХСН I ФК, N=85	ХСН II ФК, N=63	
ФА	64,3±2,2	53,5±2,5*	59,7±2,7
РФ	63,0±2,4	59,2±1,8*	61,4±2,5
Б	59,7±2,3	51,2±1,9*	56,0±2,4
ОЗ	53,6±1,9	46,2±1,7*	50,5±2,3
ЖС	57,3±1,7	45,6±1,9*	52,3±2,7
СА	58,6±1,9	49,1±2,2*	54,6±2,6
РЭ	55,3±2,4	44,9±2,5*	50,9±2,9
ПЗ	51,0±2,7	42,4±2,4*	47,3±2,8

Примечание: символом ФА обозначена физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС- жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье. Знаком «*» показаны достоверные различия с аналогичными показателями в группе пациентов с ХСН IФК ($p<0,01$).

Результаты проведения анкетирования с использованием Миннесотского опросника указывают на более низкие показатели КЖ у больных со II ФК ХСН, по всем тестируемым параметрам за исключением «ограничения в диете», по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с I ФК ХСН. В данном случае наши данные согласуются со сведениями, имеющимися в литературе [56]. Более низкие показатели КЖ по Миннесотскому опроснику у пациентов с ХСН II ФК определяются более выраженными ограничениями при выполнении физической нагрузки (особенно при быстрой ходьбе и подъеме по лестнице), усилением чувства усталости, нарушениями ночного сна, увеличением потребности в госпитализациях, высоким уровнем беспокойства, депрессии, снижением памяти, повышением затрат на лечение, трудностями в общении с друзьями и родственниками (табл.34).

Наиболее выраженные ухудшения КЖ были обусловлены ограничением физической активности, что подтверждается наличием корреляционной взаимосвязи между ФК ХСН (r=0,72), результатами ШОКС (r=0,65), ТШХ (r= -0,68) и увеличением суммарного показателя по опроснику MLHFQ.

Таблица 34.

Средние показатели КЖ у пациентов пожилого возраста с ХСН с I - и II ФК по данным опросника MLHFQ

Показатель	ХСН I ФК (n = 85)	ХСН II ФК (n = 63)
Отеки голеней, стоп	-	2,34 ± 0,42*
Необходимость отдыхать днем	0,98 ± 0,11	2,23 ± 0,33*
Трудности при подъеме по лестнице	1,15 ± 0,12	2,52 ± 0,29*
Трудности при работе по дому	1,26 ± 0,15	2,36±0,34*
Трудности с поездками вне дома	1,25±0,14	2,72±0,48*
Нарушения ночного сна	1,22±0,12	1,88±0,36*
Трудности общения с друзьями	1,14±0,13	1,52±0,31*
Снижение заработка	0,89±0,09	1,98±0,38*
Невозможность заниматься спортом, хобби	0,74±0,08	3,09±0,55*
Сексуальные нарушения	0,97±0,16	2,62±0,44*
Ограничения в диете	1,47±0,24	1,83±0,37
Чувство нехватки воздуха	0,51 ±0,16	1,97±0,38*
Необходимость лежать в больнице	0,92±0,17	2,46±0,34*
Чувство слабости, вялости	1,02±0,18	3,22±0,42*

Необходимость платить за лечение	1,65±0,33	2,86±0,45*
Побочное действие лекарств	1,43±0,25	1,44±0,21
Чувство обузы для родных	0,36 ±0,07	1,53±0,23*
Чувство потери контроля	0,43±0,08	1,72±0,28*
Беспокойство	1,98±0,35	2,53±0,42*
Ухудшение внимания, памяти	1,45±0,28	2,38±0,44*
Чувство депрессии	1,39 ±0,21	2,14±0,36*
Суммарный показатель	22,21±2,54	47,34±2,92*

Примечание: знаком«*» показаны достоверные отличия (p<0,005) от группы пациентов с ХСН IФК.

Вышесказанное подтверждают результаты корреляционного анализа. Прослеживается четкая зависимость среднего суммарного значения КЖ по специализированному опроснику MLHFQ от параметров сердечной дисфункции по данным Эхо-КГ - ФВ ЛЖ (r=-0,62), УО ЛЖ (r=0,55), среднего давления в легочной артерии (r=0,61), КДР ЛЖ (r=0,56) и концентрации BNPв плазме крови (r=0,67).

Уровень образованности больных коррелировал с показателями КЖ по шкалам SF-36 и Миннесотскому опроснику. Показатели КЖ были выше у лиц с высшим образованием по сравнению с пациентами со средним, незаконченным высшим и средним специальным образованием. Тем не менее, достоверных различий в показателях шкал SF-36 и Миннесотскому опроснику в зависимости от степени образованности не выявлено.

Уровень обеспеченности коррелировал с показателями шкал КЖ по данным тестаSF-36 и Миннесотскому опроснику. Тем не менее, достоверных различий в показателях теста SF-36 и Миннесотскому опроснику в зависимости от уровня обеспеченности обнаружено не было.

Показано, что уровень тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ХСН находится в обратной зависимости с показателями КЖ. Наличие тревожных и депрессивных расстройств снижает повседневную активность

больных, что обусловливается повышенной утомляемостью, в связи с чувством угнетенности и подавленности.

Пациенты с аффективными расстройствами чаще подвержены чувствам нехватки воздуха, ощущениям сердцебиения и перебоев в работе сердца, чаще испытывают не коронарогенные боли. Так, при сравнительном анализе КЖ с помощью Миннесотского и SF-36 опросников у пациентов с различными ФК ХСН продемонстрировано, что при наличии умеренных и тяжелых депрессивных расстройств наблюдаются достоверно худшие показатели КЖ, по сравнению с пациентами без депрессивных расстройств и легкими депрессивными расстройствами. У пациентов с ХСН IФК, не страдающими депрессивными расстройствами, суммарный балл по Миннесотскому опроснику составил 19,35±1,66, тогда как у пациентов с депрессивными расстройствами – 26,95±1,92. У больных с ХСН II ФК при наличии легких депрессивных расстройств КЖ соответствовало 41,27±2,43 балла, тогда как при умеренных и тяжелых – 54,55±2,88 балла.

В целом у больных с депрессией выявлено наибольшее ухудшение показателей по пунктам, отражающим эмоциональное состояние пациента и социальный статус. В то же время у пациентов без депрессии худшие показатели качества жизни были по пунктам, отражающим физический и экономический статусы больного. Так же у пациентов с ХСН I ФК с депрессивными расстройствами получены достоверно более низкие показатели по всем шкалам опросника SF-36. При этом результаты SF-36 теста у пациентов с ХСН I ФК, страдающих депрессивными расстройствами, соответствовали показателям SF-36 теста у пациентов с ХСН II ФК. Вместе с тем больные без депрессивных расстройств показали результаты, соответствующие средней популяционной норме, параметры которой нами заимствованы из исследований Н.В. Мезенцевой и соавт. [65]. Существенная разница по всем показателям теста SF-36 получена при тестировании пациентов с ХСН II ФК. При этом у пациентов без депрессивных расстройств и с легкими депрессивными расстройствами получены результаты соответствующие средним показателям у больных с ХСН I ФК, а у пациентов с

умеренными и выраженными депрессивными расстройствами данные параметры значительно превосходили средние показатели КЖ при ХСН II ФК.

Тревожные расстройства также негативно влияли на показатели эмоционального и физического статуса больных ХСН. На основании проведенного корреляционного анализа, получены значимые взаимосвязи между уровнем тревожности и показателями КЖ пациентов с ХСН, как по Миннесотскому опроснику, так и по тесту SF-36 (r=0,38-0,54). Тем не менее, достоверной разницы в показателях Миннесотского опросника и шкалах SF-36 у пациентов одного ФК, страдающих ХСН, получено не было.

Результаты исследований, представленные в этой главе, указывают на высокую распространенность аффективных расстройств у пожилых больных с ХСН, способных повлиять на КЖ и на исходы заболевания. С другой стороны, снижение КЖ у пациентов с ХСН, после перенесенного ИМ, и ограничение функциональных возможностей предрасполагают к возникновению как тревожных, так и депрессивных нарушений.

4.4. Программы реабилитации у пациентов с хронической сердечной недостаточностью I ФК после перенесенного инфаркта миокарда. Оценка эффективности.

В настоящей работе в рамках параллельного сравнительного исследования проведена оценка эффективности дифференцированных подходов психофизической реабилитации у пациентов с ХСН после перенесенного ИМ через 2, 6 и 12 мес. амбулаторного ведения больных.

Анализировались клинические, инструментальные, лабораторные, психологические параметры и показатели КЖ по Миннесотскому опроснику и SF-36 тесту. Оценивалась приверженность пациентов к проводимой реабилитационной программе, в зависимости от применяемой методики обучения: индивидуальная или групповая.

Сравниваемые основные и контрольные подгруппы пациентов были однородны по составу и не имели статистически достоверных различий по полу,

возрасту, длительности заболевания, этиологии и тяжести СН, а также исходным параметрам гемодинамики.

Анализ воздействия различных методов обучения в программе психофизической реабилитации на показатели клинического состояния и факторы риска развития ИБС показал большую эффективность индивидуального метода обучения. Так, реализация модели эффективного врачебного консультирования в программе психофизической реабилитации позволило достичь достоверно более высоких показателей воздействия на тахикардию, артериальную гипертензию, дислипидемию, гиподинамию по сравнению с подгруппой пациентов с групповой моделью обучения. Так, курящие пациенты основной подгруппы достоверно уменьшили количество выкуриваемых сигарет или полностью отказались от курения, что не наблюдалось в контрольной подгруппе. Среди пациентов контрольной подгруппы 4 (9,3%) больных продолжали указывать на периодические злоупотребления алкоголем, тогда как среди лиц основной подгруппы таковых не наблюдалось. Пациенты основной подгруппы лучше контролировали свою массу тела, однако достоверное различие получено между больными первоначально, страдающими ожирением III степени (табл. 36). Столь высокие показатели эффективности индивидуального метода обучения объяснялось значительным повышением приверженности больных к проводимой терапии. Оценка комлаентности больных проведена в отдельном абзаце главы.

Таблица 36

Степень эффективности воздействия 12 месячного курса различных реабилитационных программ на управляемые и частично управляемые факторы риска у пациентов с ХСН I ФК после перенесенного ИМ.

Факторы риска	Количество больных			
	ХСН I ФК контрольная подгруппа N = 43 (100%)	ХСН I ФК контрольная подгруппа N = 43 (100%)	ХСН I ФК основная подгруппа N = 42 (100%)	ХСН I ФК основная подгруппа N = 42 (100%)
	Д	П	Д	П
Тахикардия	10 (23,2%)	5 (11,6%)*	9 (21,4%)	1 (2,4%)**
↑АД	17 (39,5%)	8 (18,6%)*	14 (33,3%)	4 (9,5%)**

Курение уменьшение числа выкуриваемых сигарет	9 (20,9%) -	7 (16,3%) 2 (4,7%)	9 (21,4%) -	5 (11,9%)* 5 (11,9%)*
Злоупотребление алкоголем	6 (14%)	4 (9,3%)	6 (14,3%)	-*
Ожирение I ст II ст III ст	14 (32,6%) 4 (9,3%) 7 (16,3%) 3 (7%)	10 (23,2%)* 3 (9,4%) 5 (14,1%) 2 (4,7%)	13 (31%) 4 (9,5%) 5 (11,9%) 4 (9,5%)	8 (19%)* 4 (9,5%) 4 (9,5%) -*
Гиподинамия	26 (60,5%)	20 (46,5%)*	23 (54,8%)	12 (28,6%)**
Дислипидемия	19 (44,2%)	14 (32,6%)*	18 (42,9%)	6 (14,3%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**»отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что спустя 2 мес. после начала проведения реабилитационных мероприятий в различных подгруппах пациентов показатели ШОКС и ТШХ достоверно не различаются. После 6 мес. и 12 мес. наблюдения пациенты основной подгруппы показали лучшие результаты по ШОКС и ТШХ по сравнению с больными контрольной подгруппы. Однако достоверная разница между основной и контрольной подгруппами определялась лишь через 12 мес. после начала реабилитационных мероприятий по показателю ШОКС. По ТШХ достоверных различий не обнаруживалось как спустя 6 мес., так и через 12 мес. после начала реабилитационной программы. Анализ ШОКС и ТШХ свидетельствует о том, что у большей части пациентов (у 30 – 71,4%) с ХСН IФК на фоне перенесенного ИМ возможно достичь улучшения клинической симптоматики, тогда как в контрольной подгруппе у значительно меньшего количества пациентов (14 – 32,6%). У части пациентов контрольной подгруппы (8-18,6%) отмечается

прогрессия ХСН до II ФК, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия (табл. 37).

Таблица 37.

Динамика показателей ШОКС и ТШХ у пациентов с ХСН I ФК через 12 месяцев после начала реабилитационных мероприятий в различных подгруппах больных с перенесенным ИМ.

Признак	Характеристика признака	Группы больных	
		контрольная подгруппа N = 43 (100%)	основная подгруппа N= 42 (100%)
ШОКС (баллы)	Исходная оценка	2,39±0,57	2,27±0,53
	Оценка через 2 мес. наблюдения и лечения	2,42±0,59	2,25±0,54
	Оценка через 6 мес. наблюдения и лечения	2,36±0,56	1,94±0,53
	Оценка через 12 мес. наблюдения и лечения	2,26±0,51	1,32±0,39*
ТШХ (м)	Исходная дистанция ТШХ	447,0±36,4	459,4±39,5
	Оценка через 2 мес. наблюдения и лечения	452,2±38,1	455,9±37,3
	Дистанция ТШХ через 6 мес. наблюдения и лечения	448,6±37,2	478,8±41,1
	Дистанция ТШХ через 12 мес. наблюдения и лечения	455,2±36,9	501,8±42,6
ХСН ФК	Улучшение в пределах ФК	14 (32,6%)	30 (71,4%)*
	Ухудшение до II ФК	8 (18,6%)	- (0%)*

Примечание: Знаком«*» отмечены статистически значимые отличия между сравниваемыми показателями ($p<0,05$).

При оценке психологического статуса больных спустя 12 мес. после назначения лечения у части пациентов как контрольной, так и с основной подгрупп наблюдалась гармонизация ТОБ. При этом у основной подгруппы с ХСН I ФК констатировалось достоверное снижение числа лиц с патологическим ТОБ, и значимое увеличение лиц с гармоничным ТОБ. Гармонизация ТОБ у пациентов основной подгруппы связывалась с полным купированием соматизированной депрессии, значимым снижением уровня тревожных расстройств и повышением уровня информированности пациентов о течении

своего заболевания, позволившим повысить уровень комплаентности, а, следовательно, уменьшить число патологических ТОБ.

У больных контрольной подгруппы также наблюдалось снижения патологических ТОБ. Тем не менее, гармонизация ТОБ у лиц контрольной подгруппы происходило достоверно реже, чем в основной. У пациентов контрольной подгруппы наблюдалось снижение уровня депрессивных и тревожных расстройств; у части пациентов наблюдалось полное их купирование, однако в значительно меньшей мере, по сравнению с больными основной подгруппы (табл. 38).

Определение КЖ по шкалам SF-36 спустя 12 мес. после начала реабилитационных мероприятий показало достоверное улучшение его показателей: так у пациентов контрольной подгруппы существенный положительный эффект был достигнут по шкале «Б», «РЭ» и «ПЗ». По остальным шкалам SF-36 достоверного улучшения получено не было. У больных, составивших основную подгруппу, достоверный положительный эффект был получен по всем шкалам за исключением СА, что возможно связано с тем, что большинство наших являлись не работающими, в связи с пенсионным возрастом. При этом результаты КЖ по шкалам «Б», «ОЗ», «ЖС», «РЭ», «ПЗ» в основной подгруппе пациентов достоверно превосходили аналогичные показатели контрольной подгруппы больных (табл.39).

Таблица 38.

Тип отношения к болезни и аффективные расстройства у пациентов с ХСН I ФК после перенесенного инфаркта миокарда до - и спустя 12 мес после начала применения различных способов психофизической реабилитации

Тип отношения к болезни	ХСН I ФК контрольная подгруппа N=43 (100%)	ХСН I ФК, контрольная подгруппа N=43 (100%)	ХСН I ФК основная подгруппа N=42 (100%)	ХСН I ФК основная подгруппа N=42(100%)
	Д	П	Д	П
Гармонический	6 (14%)	11 (25,6%)*	5 (11,9%)	18 (42,9%)**
Анозогностический	3 (7%)	3 (7%)	4 (9,5%)	4 (9,5%)
Эргопатический	- (0%)	- (0%)	2 (4,8%)	1 (2,4%)
Тревожный	7 (16,3%)	5 (11,6%)	6 (14,3%)	2 (4,8%)*

Ипохондрический	4 (9,3%)	3 (7%)	3 (7,1%)	1 (2,4%)
Неврастенический	2 (4,7%)	1 (2,3%)	2 (4,8%)	1 (2,4%)
Меланхолический	7 (16,3%)	6 (14%)	8 (19%)	3 (7,1%)*
Апатический	5 (11,6%)	5 (11,6%)	3 (7,1%)	2 (4,8%)
Сензитивный	3 (7%)	3 (7%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)
Эгоцентрический	1 (2,3%)	1 (2,3%)	3 (7,1%)	3 (7,1%)
Паранойяльный	3 (7%)	3 (7%)	4 (9,5%)	4 (9,5%)
Эйфорический	2 (4,7%)	2 (4,7%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)
Уровень депрессии: - легкая депрессия - маскированная (субдепрессия)	 13 (30,2%) 4 (9,3%)	 11 (25,6%) - (0%)*	 11 (26,2%) 4 (9,5%)	 5 (11,9%)** -**
Степень тревожности: - низкая - средняя - высокая	 33 (76,7%) 8 (18,6%) 2 (4,7%)	 25 (58,1%)* 4 (9,3%)* -	 30 (71,4%) 9 (21,4%) 3 (7,1%)	 15 (35,7%)** -** -

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия($p<0,05$) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия($p<0,05$) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Таблица 39.

Показатели КЖ по SF-36 у пациентов с ХСН I ФК после перенесенного инфаркта миокарда до - и спустя 12 мес после начала применения различных способов психофизической реабилитации.

Признак	Пациенты с ХСН		Пациенты с ХСН I ФК, всего, N=85
	ХСН I ФК контрольная подгруппа, N=43	ХСН I ФК основная подгруппа N=42	
ФА	64,8±2,3 68,2±2,5	63,8±2,4 69,4±2,6*	64,3±2,2 68,8±2,3
РФ	62,6±2,4 67,1±2,7	63,4±2,5 70,6±2,8*	63,0±2,4 68,9±2,5*
Б	59,3±2,5 64,4±2,6*	60,1±2,6 70,5±2,7**	59,7±2,3 67,4±2,4*

ОЗ	53,8±2,1 56,5±2,2	53,5±2,1 65,7±2,4**	53,6±1,9 61,0±2,1*
ЖС	57,9±1,8 61,1±1,9	56,7±2,0 68,3±2,2**	57,3±1,7 64,7±2,1*
СА	58,5±2,0 60,5±2,1	58,8±2,1 62,7±2,4	58,6±1,9 61,5±2,2
РЭ	54,4±2,6 59,4±2,5*	56,3±2,5 66,2±2,7**	55,3±2,4 62,8±2,5*
ПЗ	50,5±2,7 56,3±2,8*	51,6±2,7 62,4±2,9**	51,0±2,7 59,3±2,8*

Примечание: символом ФА-обозначена физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС- жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье. Знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с ХСН I ФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,01$).

За время реализации программы психофизической реабилитации в подгруппе контроля наблюдалось улучшение большей части анализируемых показателей по Миннесотскому опроснику. Однако ни по одному из исследуемых параметров не удалось достичь существенной разницы. Близкие результаты были получены при динамическом анализе показателей Миннесотского опросника в основной подгруппе пациентов. Достоверное улучшение достигалось лишь по двум из исследуемых параметров: уровню беспокойства и чувству депрессии. Суммарный показатель по Миннесотскому опроснику не различался в основной и контрольной подгруппах (табл. 40).

Таблица 40.

Средние показатели КЖ у пациентов пожилого возраста с ХСН с I ФК по данным опросника MLHFQ до - и спустя 12 мес. после начала применения различных способов психофизической реабилитации.

Показатель	Пациенты с ХСН	
	ХСН I ФК контрольная	ХСН I ФК основная

	подгруппа (N=43)	подгруппа (N=42)
Отеки голеней, стоп	0,44±0,14	-
Необходимость отдыхать днем	1,01± 0,13 0,94±0,12	0,95± 0,13 0,88±0,12
Трудности при подъеме по лестнице	1,17± 0,14 1,08±0,13	1,14±0,14 0,99±0,13
Трудности при работе по дому	1,28± 0,15 1,18± 0,14	1,24±0,16 1,10±0,14
Трудности с поездками вне дома	1,27±0,16 1,21± 0,16	1,22±0,17 1,19±0,17
Нарушения ночного сна	1,20±0,14 1,10±0,11	1,25±0,14 0,91 ± 0,12
Трудности общения с друзьями	1,13±0,13 1,1±0,13	1,18 ±0,14 1,07±0,12
Снижение заработка	0,91±0,09 0,87± 0,09	0,88±0,1 0,86±0,1
Невозможность заниматься спортом, хобби	0,73±0,08 0,7±0,08	0,75±0,09 0,72±0,1
Сексуальные нарушения	1,01±0,18 0,98±0,18	0,93±0,17 0,90±0,18
Ограничения в диете	1,49±0,26 1,43±0,25	1,46±0,28 1,43±0,27
Чувство нехватки воздуха	0,50±0,16 0,47± 0,15	0,52±0,17 0,43±0,15
Необходимость лежать в больнице	0,93±0,19 0,90±0,19	0,92±0,21 0,89±0,21
Чувство слабости, вялости	1,04±0,20 0,97±0,19	1,01±0,22 0,82±0,18
Необходимость платить за лечение	1,67±0,33 1,62±0,32	1,64±0,34 1,51±0,29
Побочное действие лекарств	1,41±0,28 1,41±0,28	1,46±0,31 1,40±0,30
Чувство обузы для родных	0,36 ±0,09 0,33±0,07	0,36±0,10 0,30±0,10
Чувство потери контроля	0,45±0,09 0,45±0,08	0,41±0,11 0,31±0,10
Беспокойство	2,04±0,41 1,88±0,38	1,93±0,43 1,19±0,31*
Ухудшение внимания, памяти	1,47±0,31 1,43±0,31	1,44±0,32 1,40±0,32

Чувство депрессии	1,41±0,22 1,31±0,21	1,38±0,24 0,88±0,16*
Суммарный показатель	22,48±2,69 21,80± 2,38	21,95±2,72 19,18±2,18

Примечание:знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации (p<0,05).

При сравнении ЭхоКГ результатов у пациентов с ХСН I ФК с перенесенным ИМ показало, что из 85 больных с I ФК ХСН, I стадия СН по классификации Стражеско обнаруживалась у 82 больных, поровну вошедших в контрольную и основную подгруппы. ЭхоКГ исследование, проведенное у пациентов основной подгруппы через 2 мес от начала реабилитационных мероприятий, достоверной разницы в эхопараметрах сердечной мышцы, по сравнению с периодом начала наблюдения, не выявило. Через 12 мес. от начала наблюдения у пациентов данной подгруппы произошло достоверное увеличение ФВ ЛЖ, в сочетании со значимым снижением диастолических и снижением систолических размеров. При этом ММЛЖ достоверно уменьшалась, хотя и превышала нормальные значения. Динамическое наблюдение за пациентами контрольной подгруппы в течение года не выявило достоверных отклонений от исследуемых ЭхоКГ признаков (табл. 41).

Таблица 41.

Данные **эхокардиаграфии у пациентов с ИБС в сочетании с ХСН Iст./ I ФК до вмешательства и спустя 2 - и 12 мес.**

Признак	ХСН Iст. / I ФК, N= 41, контрольная подгруппа			ХСН Iст. / I ФК, N=41, основная подгруппа		
	A	B	C	A	B	C
КДР (см)	5,9±0,33	5,8±0,33	6,7±0,28	6,3±0,31	6,3±0,31	5,6±0,29 *
КСР (см)	3,4±0,18	3,4±0,18	3,4±0,19	3,5±0,19	3,6±0,2	3,0±0,17 *
КДО (мл)	79,0±4,2	78,3±4,1	78,1±4,3	78,8±3,5	81,3±3,8	71,2±3,2 *
КСО (мл)	47,2±3,8	46,3±3,1	46,1±3,4	45,5±3,3	48,2±3,5	38,6±3,2 *
ФВ (%)	42,0±1,9	40,9±1,8	40,2±1,9	41,2±1,5	40,7±1,5	46,1±2,1 *

иКДР (см/м^2)	3,5±0,32	3,5±0,32	3,5±0,32	3,9±0,25	3,8±0,28	3,4±0,23
(ТМЖП+ ТЗСЛЖ) / 2 (см)	1,8±0,18	1,8±0,18	1,8±0,18	1,7±0,18	1,7±0,15	1,7±0,15
ТЗЛЖ (см)	1,5±0,14	1,5±0,14	1,5±0,14	1,4±0,1	1,4±0,1	1,4±0,1
Е/А	0,86±0,09	0,85±0,09	0,84±0,08	0,88±0,09	0,9±0,08	0,86±0,1
ИС	0,63±0,06	0,63±0,06	0,63±0,06	0,62±0,05	0,62±0,05	0,62±0,05
ТМЖП + ТЗСЛЖ / КДР	0,6±0,05	0,62±0,05	0,58±0,05	0,55±0,04	0,55±0,04	0,56±0,05
ММЛЖ	187,7±12,9	184,8±12,5	179,6±12,1	191,3±13,2	183,2±12,4	165,8±11,4*

Примечание: буквой «А» - обозначен период до вмешательства, «В» - спустя 2 мес., «С» - спустя 12мес. КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; КДО – конечный диастолический объем; КСО – конечный систолический объем; ФВ – фракция выброса; иКДР - индекс конечного диастолического размера; ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки; ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка; Е/А - отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального и транстрикуспидального потока; ИС – индекс сферичности. Знаком «*» показаны достоверные различия ($p<0,05$) между Эхо-КГ показателями до проведения вмешательства и после вмешательства.

Следующим этапом исследования явилась оценка поражения других органов-мишеней у больных пожилого возраста с дисфункцией миокарда.

Таким образом, фармакотерапия пациентов с ХСН I ФК, несмотря на положительную динамику клинических данных, не всегда способствовала замедлению прогрессирования патологических процессов в органах-мишенях. Количество пациентов с перенесенным ИМ в течение 1 года достоверно выросло в контрольной подгруппе пациентов. У пациентов основной подгруппы в значительной мере уменьшилась регистрация тахикардии, что не наблюдалось у больных контрольной подгруппы. Также у пациентов основной подгруппы за время наблюдения достоверно не уменьшалась масса миокарда левого желудочка

(ММЛЖ). В свою очередь у больных контрольной подгруппы ММЛЖ снижалась статистически не значимо. Более того, в контрольной подгруппе отмечалось увеличение числа пациентов с признаками поражения почек, имеющих уровень МАУ более 300 мг/сут ($p<0,05$) и снижением СКФ менее 60 мл/мин. АД удерживалось на должном уровне всего 2 из 14 пациентов контрольной подгруппы, тогда как в основной подгруппе таковых было 12 из 17. Количество больных с дислипидемией уменьшилось в обеих подгруппах, но достоверная разница определялась только при использовании модели эффективного врачебного консультирования, позволившей наилучшим образом контролировать имеющиеся факторы риска. Нормализация АД и липидного профиля у большинства пациентов в основной подгруппе способствовало снижению темпов прогрессирования органов мишеней. Показатели ТИМ и ЛПИ достоверно не изменились как у пациентов контрольной подгруппы, так и у больных основной подгруппы. 12 месячное наблюдение за пациентами основной и контрольной подгрупп с ХСН I ФК после перенесенного ИМ показало достоверное снижение BNP у больных основной подгруппы и отсутствие значимых изменений концентрации BNP в контрольной подгруппе (табл.42).

Таблица 42.

Оценка поражения органов - мишеней через 12 месяцев наблюдения у пациентов с ХСН I ФК после перенесенного ИМю

Исследуемые параметры	Количество больных		
	ХСН I ФК контрольная подгруппа N = 43 (100%)	ХСН I ФК основная подгруппа N=42 (100%)	Абс. N=85(100%)
повторные ИМ	10 (23,3%) 14 (32,6%)*	8 (19%) 8 (19%)**	18 (21,2%) 22 (25,9%)
ЧСС > 90	10 (23,3%) 11 (25,6%)	9 (21,4%) 3 (7,1%)**	19 (22,4%) 14 (16,5%)*
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	14 (32,6%) 12 (27,9%)	17 (40,4%) 5 (11,9%)**	31 (36,5%) 17 (20%)*
СД	4 (9,3%) 4 (9,3%)	5 (11,9%) 5 (11,9%)	9 (10,6%) 9 (10,6%)
Нарушенная толерантность к глюкозе	3 (7%) 3 (7%)	3 (7,1%) 3 (7,1%)	6 (7,1%) 6 (7,1%)

↑МАУ	10 (23,3%) 14 (32,6%)*	8 (19%) 8 (19%)**	18 (21,1%) 22 (25,9%)*
↓СКФ	4 (9,3%) 8 (19%)*	3 (7,1%) 4 (9,3%)**	7 (8,2%) 12 (14,1%)*
ГЛЖ	43 (100%) 43 (100%)	42 (100%) 42 (100%)	85 (100%) 85 (100%)
↑ОХС	18 (41,9%) 14 (32,6%)*	16 (38,1%) 6 (14,3%)**	34 (45,9%) 20 (23,5%)*
↑ХС ЛПНП	19 (44,2%) 14 (32,6%)*	17 (40,5%) 6 (14,3%)**	36 (42,3%) 20 (23,5%)*
↓ХС ЛПВП	19 (43,5%) 14 (32,6%)*	18 (42,9%) 6 (14,3%)**	37 (43,5%) 20 (23,5%)*
↑ТГ	14 (32,6%) 9 (20,9%)*	13 (30,9%) 5 (11,9%)**	27 (31,8%) 14 (32,6%)*
↑КА	19 (44,2%) 14 (32,6%)	18 (42,9%) 6 (14,3%)	37 (43,5%) 20 (23,5%)
↑ТИМ	16 (37,2%) 17 (39,5%)	14 (33,3%) 14 (33,3%)	30 (35,3%) 31 (36,5%)
↓ЛПИ	14 (32,6%) 15 (34,9%)	11 (26,2%) 11 (26,2%)	25 (29,4%) 26 (30,6%)
BNP (пк/мл)	487,1±58,7 468,7±53,7	505,8±60,2 378,6±51,7*	496,4±55,7 422,9±49,4

Примечание: В числителе находятся показатели, предшествующие началу психофизической реабилитации; в знаменателе – спустя 12 мес. Знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с ХСН IФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,05$).МАУ – микроальбуминурия; СКФ - скорость клубочковой фильтрации; ТИМ – толщина интима-медиа; ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка; ОХС – общий холестерин; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ТГ – триглицериды.

4.5. Программы реабилитации у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II ФК после перенесенного инфаркта миокарда. Оценка эффективности.

Спустя 12 мес после начала реабилитационных мероприятий у пациентов с ХСН II ФК основной подгруппы наблюдались достоверно лучшие результаты, по сравнению с больными контрольной подгруппы. Так, субъективное улучшение отмечали 8 (25%) больных, реабилитационная программа которых была построена на групповом и 17 (54,8%) на индивидуальном принципе обучения. Усиление терапии, вследствие недостаточной эффективности ранее применяемых препаратов, требовали 15 (46,9%) пациентов контрольной подгруппы и только 6 (19,4%) больных основной подгруппы. Прогрессирование симптоматики ХСН до III ФК наблюдалось у 3 (9,7%) больных основной подгруппы и 9 (28,1%) пациентов контрольной подгруппы. У больных, проходящих реабилитационную программу по индивидуальному принципу, реже наблюдалось развитие ОКС, также они реже прибегали к вызовам СМП, однако статистически достоверных отличий от пациентов, проходящих реабилитационную программу, основанную на групповом принципе обучения, не получено. (табл. 43). Ни у кого из пациентов за время наблюдения не происходило развитие ИМ. Также ни у одного пациента с ХСН II ФК не наблюдалось прогрессирование ССН до IV ФК. В контрольной подгруппе достоверно увеличилось число лиц с III ФК ССН и уменьшилось количество больных со II ФК ССН. В основной подгруппе наблюдения, статистически значимо, уменьшилось число пациентов, страдающих ССН III ФК, и увеличилось число лиц со II ФК ССН (табл. 43).

Таблица 43.

Динамика клинического состояния пациентов с ХСН II ФК через 12 месяцев начала наблюдения при применении различных реабилитационных программ.

Признак	Результаты, абс. (%)	
	ХСН II ФК контрольная подгруппа N = 32 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31 (100%)
Субъективное улучшение	8 (25%)	17(54,8%)*
Усиление терапии	15 (46,9%)	6 (19,4%)*
Госпитализации, вследствие декомпенсации ХСН	9 (28,1%)	3 (9,7%)*
Вызовы СМП	8 (9,1%)	5 (16,1%)

Госпитализации, вследствие развития ОКС	3 (9,4%)		1 (3,2%)	
ССН	Д	П	Д	П
IФК	-	-	-	-
IIФК	16	10*	17	23*
IIIФК	15	21*	15	9*
IV ФК	-		-	

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком«*» отмечены статистически значимые отличия между сравниваемыми показателями ($p<0,05$).

Анализ воздействия различных методов обучения в программе психофизической реабилитации на основные показатели клинического состояния и факторы риска развития ИБС, также как и у пациентов с ХСН I ФК, продемонстрировал большую эффективность индивидуального метода обучения. Реализация модели эффективного врачебного консультирования в программе психофизической реабилитации пациентов с ХСН II ФК после перенесенного ИМ позволила достичь достоверно более высоких показателей воздействия на тахикардию, артериальную гипертензию, дислипидемию, гиподинамию, по сравнению с подгруппой пациентов с групповой моделью обучения. При этом следует подчеркнуть, что курящие пациенты основной подгруппы достоверно уменьшили количество выкуриваемых сигарет или полностью отказались от курения, что не наблюдалось в контрольной подгруппе. Также пациенты основной подгруппы полностью отказались от злоупотребления алкоголем, что не наблюдалось среди лиц контрольной подгруппы. Пациенты основной группы лучше контролировали свою массу тела, однако достоверное различие получено между больными первоначально, страдающими ожирением III ст. (табл. 44). Столь высокие показатели эффективности индивидуального метода обучения объяснялись значительным повышением приверженности больных к проводимой терапии. Оценка комлаентности больных проведена в отдельном разделе главы.

Таблица 44.

Степень эффективности воздействия 12 месячного курса различных реабилитационных программ на управляемые и частично управляемые факторы риска у пациентов с ХСН II ФК после перенесенного ИМ

Факторы риска	Количество больных			
	ХСН II ФК контрольная подгруппа N = 32 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31 (100%)	ХСН II ФК контрольная подгруппа N = 32 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31 (100%)
	Д	П	Д	П
ЧСС > 90	10 (23,2%)	5 (11,6%)*	9 (21,4%)	1 (2,4%)**
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	17 (39,5%)	8 (18,6%)*	14 (33,3%)	4 (9,5%)**
Курение уменьшение числа выкуриваемых сигарет	9 (20,9%) -	7 (16,3%) 2 (4,7%)	9 (21,4%) -	5 (11,9%)* 5 (11,9%)*
Злоупотребление алкоголем	5 (15,6%)	3 (9,4%)	4 (12,9%)	-*
Ожирение I ст II ст III ст	14 (32,6%) 4 (9,3%) 7 (16,3%) 3 (7%)	10 (23,2%)* 3 (9,4%) 5 (14,1%) 2 (4,7%)	13 (31%) 4 (9,5%) 5 (11,9%) 4 (9,5%)	8 (19%)* 4 (9,5%) 4 (9,5%) -*
Гиподинамия	26 (60,5%)	20 (46,5%)*	23 (54,8%)	12 (28,6%)**
Дислипидемия	19 (44,2%)	14 (32,6%)*	18 (42,9%)	6 (14,3%)**

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия($p<0,05$) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия ($p<0,05$) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Динамика показателей ШОКС и ТШХ у пациентов с ХСН II ФК при проведении различных способов реабилитационных программ свидетельствует о достоверно более эффективной реабилитационной программе, основанной на индивидуальном методе обучения (табл. 45). Среди пациентов с ХСН II ФК в основной группе гораздо быстрее шло восстановление толерантности к физической нагрузке. В первые 2 месяца наблюдения различия были заметны, но статистически незначимы. Через 6 и 12 мес. полученные показатели ШОКС и ТЩХ достоверно различались у пациентов, различных подгрупп. Так, через 6 мес. показатель ШОКС в основной подгруппе составил 4,12±0,46 баллов, тогда как в контрольной - 5,15±0,54; через 12 мес. показатель ШОКС в основной подгруппе равнялся 3,82±0,43 баллов, тогда как в контрольной – 5,44±0,61 баллов. Через 6 мес. средняя дистанция ТШХ у пациентов основной подгруппы составила 407,4±39,6м, в сравнении с результатами контрольной подгруппы (376,6±38,3м). Через 12 мес. показатели еще более различались и составляли, соответственно,416,9±40,2 м и 346,4±36,4 м.

Проведенный анализ результатов ШОКС и ТШХ определил, что у 7 пациентов контрольной подгруппы и 16 пациентов основной подгруппы произошло снижение ФК ХСН до I ФК, тогда как прогрессирование ХСН до III ФК определялось у 3 пациентов основной и 9 больных контрольной подгруппы. Таким образом, улучшение ФК достоверно чаще определялось среди пациентов основной подгруппы, а ухудшение в контрольной подгруппе (табл. 45).

Таблица 45.

Динамика показателей ШОКС и ТШХ у больных с ХСН II ФК после перенесенного ИМ при 12 мес. курсе различных реабилитационных мероприятий

Признак	Характеристика признака	Группы больных	
		ХСН II ФК контрольная подгруппа N = 32 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31 (100%)
ШОКС (баллы)	Исходная оценка	5,35±0,55	5,09±0,53
	Оценка через 2 мес. наблюдения и лечения	5,05±0,51	4,68±0,49

	Оценка через 6 мес. наблюдения и лечения	5,15±0,54	4,12±0,46*
	Оценка через 12 мес. наблюдения и лечения	5,44±0,61	3,82±0,43*
ТШХ (м)	Исходная дистанция ТШХ	365,7±37,2	379,7±38,4
	Оценка через 2 мес. наблюдения и лечения	370,3±37,8	402,1±38,9
	Дистанция ТШХ через 6 мес. наблюдения и лечения	376,6±38,3	407,4±39,6
	Дистанция ТШХ через 12 мес. наблюдения и лечения	346,4±36,5	416,9±40,2*
ФК ХСН	Улучшение ХСН до I ФК	7 (21,9%)	16 (51,6%)*
	Ухудшение до III ФК	9 (28,1%)	3 (9,7%)*

Примечание: Знаком«*» отмечены статистически значимые отличия между сравниваемыми показателями (p<0,05).

Существенное улучшение показателей ШОКС, ТШХ и ФК ХСН в основной подгруппе пациентов, проходящих реабилитационную программу, основанную на модели эффективного врачебного консультирования, объясняется более эффективным воздействием на управляемые факторы риска заболевания, что связано с более высоким уровнем комлпаентности, гармонизацией ТОБ, снижением уровня тревожной и депрессивной симптоматики, по сравнению с больными контрольной подгруппы.

При оценке психологического статуса больных спустя 12 мес после назначения лечения у части пациентов, как контрольной, так и с основной подгрупп, наблюдалась гармонизация ТОБ. При этом в основной подгруппе с ХСН IIФК констатировалось достоверное снижение числа лиц с патологическим ТОБ, и значимое увеличение лиц с гармоничным ТОБ, достоверно превосходящий данный показатель у пациентов контрольной подгруппы. Гармонизация ТОБ у пациентов с ХСН II ФК была связана со снижением уровня депрессивных и тревожных расстройств, статистически более значимым в основной подгруппе больных. За время динамического наблюдения в течение года за пациентами с ХСН II ФК, перенесших ИМ основной подгруппы,

определялось достоверное снижение числа лиц с высоким и средним уровнем тревожных расстройств, статистически значимым снижением количества пациентов с умеренно-выраженной депрессивной симптоматикой и легкими депрессивными расстройствами. У пациентов контрольной подгруппы определялось достоверное снижение количества лиц с умеренной тревогой и увеличение числа пациентов с легкими тревожными расстройствами, на фоне статистически значимого уменьшения числа лиц с умеренными и легкими депрессивными расстройствами (табл. 46).

Таблица 46.

Тип отношения к болезни и аффективные расстройства у пациентов с ХСН II ФК после перенесенного инфаркта миокарда до - и спустя 12 мес. после начала применения различных способов психофизической реабилитации.

Тип отношения к болезни	ХСН II ФК контрольная подгруппа N=32 (100%)	ХСН II ФК, контрольная подгруппа N=32 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31(100%)
	Д	П	Д	П
Гармонический	- (0%)	4 (12,5%)	- (0%)	11 (35,5%)**
Анозогностический	4(12,5%)	4 (12,5%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Эргопатический	- (0%)	- (0%)	- (0%)	- (0%)
Тревожный	6 (18,8%)	4 (12,5%)	8 (25,8%)	3 (9,7%)
Ипохондрический	4 (12,5)	3 (9,4%)	4 (12,9%)	2 (6,5%)
Неврастенический	2 (6,3%)	2 (6,3%)	- (0%)	- (0%)
Меланхолический	5 (15,6%)	4 (12,5%)	7 (22,6%)	3 (9,7%)
Апатический	3 (9,4%)	3 (9,4%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)
Сензитивный	- (0%)	- (0%)	- (0%)	- (0%)
Эгоцентрический	2 (6,3%)	2 (6,3%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Паранойяльный	3 (9,4%)	3 (9,4%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Эйфорический	2 (6,3%)	2 (6,3%)	1 (3,2%)	1 (3,2%)
Обсессивно-фобический	1 (3,1%)	1 (3,1%)	1 (3,2%)	1 (3,2%)
Уровень депрессии: - легкая депрессия - маскированная (субдепрессия) - выраженная	 18 (56,3%) 11 (34,4%) 3 (9,4%)	 13 (40,6%)* 5 (15,6%)* - (0%)	 16 (51,6%) 13 (41,9%) 2 (6,5%)	 12 (38,7%)* - (0%)** - (0%)
Степень тревожности: - низкая - средняя	 15 (46,9%) 13 (40,6%)	 20 (62,5%)* 9 (28,1%)*	 13 (41,9%) 13 (41,9%)	 14 (45,2%)**

- высокая	4 (12,5%)	- (0%)*	5 (16,1%)	2 (6,5%)** - (0%)*

Примечание: Буквой «Д» обозначены показатели до начала психофизической реабилитации; буквой «П» - аналогичные показатели через 12 мес. Знаком «*» отмечены достоверные различия (p<0,05) между периодом до начала психофизической реабилитации и после 12 месячного курса реабилитационных мероприятий у пациентов одной подгруппы; знаком «**» отмечены достоверные различия (p<0,05) между результатами 12 месячного курса психофизической реабилитации у пациентов различных подгрупп.

Определение КЖ по шкалам SF-36 спустя 12 мес. после начала реабилитационных мероприятий показало достоверное улучшение его показателей по шкалам «РЭ» и «ПЗ» у пациентов контрольной подгруппы. По остальным шкалам SF-36 в контрольной подгруппе достоверного улучшения получено не было. У больных, составивших основную подгруппу достоверный положительный эффект был получен по всем шкалам за исключением СА, что связано, вероятно, объясняется пенсионным возрастом обследованных пациентов. При этом результаты КЖ по всем остальным шкалам опросника SF-36 в основной подгруппе пациентов достоверно превосходили аналогичные показатели контрольной подгруппы больных (табл. 47).

Таблица 47.

Показатели КЖ по SF-36 у пациентов с ХСН II ФК после перенесенного ИМ до - и спустя 12 мес. после начала применения различных способов психофизической реабилитации

Признак	Пациенты с ХСН		Пациенты с ХСН, всего, N=63
	ХСН II ФК контрольная подгруппа N=32	ХСН II ФК основная подгруппа N=31	
ФА	52,9±2,9 52,1±2,7	54,1±3,1 62,5±3,5**	53,5±2,5 57,4±2,6
РФ	60,1±2,1 61,1±2,3	58,3±2,2 67,5±2,7**	59,2±1,8 64,3±2,1*
Б	51,8±2,5 52,5±2,7	50,6±2,3 61,7±2,6**	51,2±1,9 57,2±2,1*
ОЗ	45,9±2,1	46,5±2,2	46,2±1,7

	44,8±2,4	56,2±2,7**	50,6±1,9*
ЖС	46,0±2,3 45,9±2,2	45,1±2,1 54,8±2,6**	45,6±1,9 50,4±2,0*
СА	49,6±2,5 50,1±2,7	48,6±2,4 53,2±2,7	49,1±2,2 51,7±2,4
РЭ	44,2±2,8 50,2±3,0*	45,7±3,1 57,6±3,3**	44,9±2,5 53,9±2,9*
ПЗ	42,8±2,9 49,1±3,1*	42,1±2,7 58,7±3,6**	42,4±2,4 54,0±2,7*

Примечание: символом ФА-обозначена физическая активность, РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, ЖС- жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье. Знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с ХСН II ФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,01$).

За время реализации программы психофизической реабилитации, в подгруппе контроля достоверные различия определялись лишь по шкалам беспокойства и чувства депрессии Миннесотского опросника. Результаты динамического наблюдения за пациентами основной подгруппы с ХСН II ФК свидетельствуют о достоверном улучшении 12 из 21 анализируемых показателей Миннесотского опросника (табл. 48), что сопровождалось значимым уменьшением суммарного показателя баллов. Достоверных улучшений не удалось добиться по показателям, в большей мере, характеризующих социальную сферу пациентов (заработок, общение, занятие спортом, расходы, связанные с заболеваниями), что, вероятно, определяется пожилым возрастом исследуемых групп пациентов. Часть параметров (сексуальные расстройства, ограничение диетических пристрастий, побочные действия препаратов, ухудшение внимания, необходимость лежать в больнице) также достоверно не изменились за время 12 мес наблюдения, что находит объяснение как в необратимости существующих

заболеваний, требующих постоянного лечения, так и в возрастных аспектах наших пациентов.

Таблица 48.

Средние показатели КЖ у пациентов пожилого возраста с ХСН II ФК по данным опросника MLHFQ до - и спустя 12 мес после начала применения различных способов психофизической реабилитации.

Показатель	ХСН II ФК контрольная подгруппа N=32	ХСН II ФК основная подгруппа N=31
Отеки голеней, стоп	2,32± 0,44 2,42±0,47	2,37±0,45 1,51±0,32**
Необходимость отдыхать днем	2,20± 0,36 2,32±0,37	2,27 ± 0,39 1,57± 0,33**
Трудности при подъеме по лестнице	2,47± 0,33 2,41± 0,28	2,57±0,37 1,73±0,21**
Трудности при работе по дому	2,33±0,35 2,32 ± 0,35	2,40±0,36 1,68±0,29**
Трудности с поездками вне дома	2,70±0,48 2,65±0,46	2,74±0,49 1,79±0,35**
Нарушения ночного сна	1,90±0,37 1,76±0,34	1,86±0,36 1,09±0,27**
Трудности общения с друзьями	1,54±0,33 1,50±0,29	1,50±0,32 1,38±0,28
Снижение заработка	2,01±0,41 2,02 ± 0,39	1,97±0,40 1,82±0,35
Невозможность заниматься спортом, хобби	3,11±0,55 3,14±0,57	3,07±0,53 2,81±0,47
Сексуальные нарушения	2,61±0,45 2,56± 0,48	2,64± 0,46 2,27±0,42
Ограничения в диете	1,85±0,39 1,88±0,39	1,82±0,37 1,69±0,35
Чувство нехватки воздуха	2,02±0,43 2,03±0,41	1,93±0,41 1,22±0,31**
Необходимость лежать в больнице	2,49±0,34 2,55±0,43	2,44±0,38 1,98±0,32
Чувство слабости, вялости	3,23±0,42 3,33±0,46	3,21±0,45 2,12±0,38
Необходимость платить за лечение	2,85±0,47 2,94±0,48	2,87±0,47 2,67±0,42
Побочное действие лекарств	1,41±0,23	1,49±0,25

	1,52±0,24	1,44±0,23
Чувство обузы для родных	1,55±0,24 1,65±0,28	1,52±0,24 1,01±0,21**
Чувство потери контроля	1,74±0,32 1,82±0,31	1,71 ±0,31 1,33±0,27
Беспокойство	2,55±0,44 1,72±0,32*	2,52±0,43 1,14±0,23**
Ухудшение внимания, памяти	2,40±0,44 2,18±0,37	2,37±0,41 2,02±0,38
Чувство депрессии	2,12±0,38 1,58±0,28*	2,16±0,40 1,02±0,22**
Суммарный показатель	47,4±2,92 46,3±2,74	47,43±2,94 35,29±2,23**

Примечание: знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с ХСН IIФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,01$).

Из обследованной группы пациентов с ХСН II ФК количеством 63 чел., выделено 62 пациента, имеющих ЭхоКГ признаки ХСН IIА стадии. Среди пациентов с ХСН IIА стадии основной подгруппы, в которой реализована модель эффективного врачебного консультирования, регистрировалось достоверное увеличение прироста ФВ ЛЖ, статистически значимое уменьшение КДР, КСР, КДО, КСО. У пациентов, находящихся в контрольной подгруппе, отмечалось ухудшение ряда ЭхоКГ параметров, однако статистически значимые изменения за 12 мес периода наблюдения не определялись. У пациентов основной подгруппы отмечалось достоверное снижение ММЛЖ. При этом в подгруппе пациентов с групповой моделью обучения значимых изменений ММЛЖ не происходило (табл. 49). Остальные ЭхоКГ показатели, характеризующие стадию ХСН (ИС, Е/А и т.д.), за время наблюдения достоверно не изменялись, что подтверждает мнение о необратимости ХСН, но не противоречит возможности клинического улучшения, выражающегося в снижении ФК ХСН [2,13,50, 64,77].

Таблица 49.

Данные эхокардиаграфии у пациентов с ХСНIIА ст /II ФК до вмешательства и спустя 2 - и 12 мес.

Анализируемые параметры	ХСН IIА ст / II ФК контрольная подгруппа N=31			ХСН IIА ст / II ФК основная подгруппа N=31		
	А	А	А	А	В	С
КДР (см)	9,6±0,62	9,4±0,61	9,8±0,63	10,2±0,52	10,7±0,53	8,9 ±0,31*
КСР (см)	3,9±0,37	3,7±0,37	4,0±0,38	3,7±0,29	3,9±0,31	3,0±0,29*
КДО (мл)	89,2±5,1	88,2±4,9	90,6±5,2	87,6±4,3	90,5±4,6	77,4±3,9*
КСО (мл)	57,3±4,1	55,8±3,9	58,9±4,2	55,9±3,7	59,3±3,6	44,2±3,8*
ФВ, %	35,7±2,2	37,7±2,3	34,9±2,1	36,2±2,6	34,5±2,7	42,9±3,2*
иКДР (см/м^2)	3,9±0,32	3,9±0,32	3,9±0,32	3,8±0,29	3,9±0,29	3,4±0,32
(ТМЖП+ ТЗСЛЖ)/2 (см)	1,9±0,17	1,9±0,17	1,9±0,17	1,8±0,18	1,8±0,18	1,8±0,18
ТЗЛЖ (см)	1,8±0,21	1,8±0,21	1,8±0,21	1,7±0,17	1,6±0,17	1,6±0,17
Е/А	1,5±0,22	1,5±0,22	1,5±0,22	1,4±0,16	1,4±0,16	1,4±0,16
ИС	0,74±0,06	0,73±0,06	0,74±0,06	0,75±0,05	0,75±0,05	0,75±0,05
ТМЖП + ТЗСЛЖ / КДР	0,4±0,04	0,4±0,04	0,4±0,04	0,35±0,03	0,37±0,03	0,38±0,04
ММЛЖ	214,4±12,9	207,7±12,1	210,6±12,7	216,8±13,1	187,2±10,2	180,7±9,5*

Примечание: буквой «А» - обозначен период до вмешательства, «В» - спустя 2 мес., «С» - спустя 12мес. КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; КДО – конечный диастолический объем; КСО – конечный систолический объем; ФВ – фракция выброса; иКДР - индекс конечного диастолического размера; ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки; ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка; Е/А - отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального и транстрикуспидального потока; ИС – индекс сферичности. Знаком «*» показаны достоверные различия ($p<0,05$) между Эхо-КГ показателями до проведения вмешательства и после вмешательства.

Анализ степени поражения органов мишеней у пациентов с ХСН II ФК за время динамического наблюдения за больными в течение года продемонстрировал статистически значимое снижение в основной подгруппе числа лиц с тахикардией, артериальной гипертензией, дислипидемией. При этом

регистрировалось снижение концентрации BNP в плазме крови. У пациентов контрольной подгруппы достоверной разницы указанных показателей на протяжении 12 мес периода наблюдения не получено. У 2 больных контрольной подгруппы регистрировалось прогрессирование поражений органов мишеней, в виде снижения СКФ, увеличение МАУ, ТИМ (табл. 50).

Таблица 50.

Оценка поражения органов - мишеней через 12 мес. наблюдения у пациентов с ХСН II ФК после перенесенного ИМ.

Исследуемые параметры	Количество больных		
	ХСН II ФК контрольная подгруппа N = 32 (100%)	ХСН II ФК основная подгруппа N=31 (100%)	Абс. N=63(100%)
повторные ИМ	18 (56,3%) 18 (56,3%)	17 (54,8%) 17 (54,8%)	35 (55,6%) 35 (55,6%)
ЧСС > 90	18 (56,3%) 14 (43,8%)*	16 (51,6%) 5 (16,1%)**	34 (54%) 19 (30,2%)*
АД ≥ 140 и 90 мм рт ст	7 (21,9%) 6 (18,8%)	5 (16,1%) - (0%)**	12 (19%) 6 (9,5%)*
СД	6 (18,8%) 6 (18,8%)	6 (19,4%) 6 (19,4%)	12 (19%) 12 (19%)
Нарушенная толерантность к глюкозе	3 (9,4%) 3 (9,4%)	3 (9,4%) 3 (9,4%)	6 (9,5%) 6 (9,5%)
↑МАУ	10 (31,3%) 12 (37,5%)	11 (35,5%) 11 (35,5%)	21 (33,3%) 23 (36,5%)
↓СКФ	10 (31,3%) 12 (37,5%)	8 (25,8%) 8 (25,8%)	18 (28,6%) 20 (31,7%)
ГЛЖ	32 (100%) 32 (100%)	31 (100%) 31 (100%)	63 (100%) 63 (100%)
↑ОХС	22 (68,8%) 20 (62,5%)	20 (64,5%) 12 (38,7%)**	42 (66,7%) 32 (50,8%)*
↑ХС ЛПНП	23 (71,9%) 20 (62,5%)	22 (71%) 12 (38,7%)**	45 (71,4%) 32 (50,8%)*
↓ХС ЛПВП	18 (56,3%) 18 (56,3%)	18 (58,1%) 12 (38,7%)**	36 (57,1%) 30 (47,6%)*
↑ТГ	18 (56,3%) 17 (53,1%)	17 (54,8%) 10 (31,3%)**	35 (55,6%) 27 (42,9%)*
↑КА	23(71,9%) 20 (62,5%)	22 (71%) 12 (38,7%)**	45 (71,4%) 32 (50,8%)*
↑ТИМ	14(43,8%)	14 (45,2%)	28 (44,4%)

	16 (50%)	14 (45,2%)	30 (47,6%)
↓ЛПИ	6 (18,8%) 7 (21,9%)	7 (22,6%) 7 (22,6%)	13 (20,6%) 14 (22,2%)
BNP (пк/мл)	783,5±79,2 785,2±82,3	795,3±81,5 608,6±65,7**	789,4±69,6 696,9±56,8*

Примечание: В числителе находятся показатели, предшествующие началу психофизической реабилитации; в знаменателе – спустя 12 мес. Знаком «*» показаны достоверные различия с периодом, предшествующим началу психофизической реабилитации; знаком «**» показаны достоверные различия между показателями различных подгрупп пациентов с ХСН I ФК после выполнения программы психофизической реабилитации ($p<0,05$). МАУ – микроальбуминурия; СКФ - скорость клубочковой фильтрации; ТИМ – толщина интима-медиа; ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка; ОХС – общий холестерин; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ТГ – триглицериды.

4.6. Оценка факторов влияющих на приверженность к терапии пожилых больных с дисфункцией миокарда.

Оценено влияние уровня образования, имущественного статуса, наличие работы, пола, семейного положения, образа жизни (курение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем), количества принимаемых лекарственных средств, схем реабилитационных мероприятий, тревожно-депрессивной симптоматики, ФК ХСН и когнитивных нарушения на комплаентность пациентов, перенесших ИМ. Для оценки compliance применялся опросник Мориски-Грина и индекс использования препаратов. Все пациенты заполняли дневник самоконтроля симптомов ХСН и отмечали регулярность приема препаратов. Регулярные телефонные контакты с пациентом для отчета о самочувствии и обучение членов семьи также помогали достоверно оценить степень соответствия пациента врачебным рекомендациям.

Среди пациентов, проходящих реабилитационную программу с использованием группового метода обучения, высокий уровень комплаентности через 12 мес от начала вмешательства достигался у 63 (84,9%) больных с ХСН,

тогда как при групповой методике обучения - лишь у 29 (38,7%) больных. Несколько чаще высокий уровень compliance определялся у пациентов с ХСН II ФК, по сравнению с больными с ХСН I ФК: соответственно, у 49 (57,6%) больных с ХСН I ФК и 42 (66,7%) пациентов с ХСН II ФК. Положительным образом на уровень compliance влиял уровень образованности пациентов. Так, высокий уровень комплаентности регистрировался у 55 (76,4%) пациентов, тогда как у лиц, не имеющих высшего образования, приемлемый compliance определялся лишь у 36 (47,4%) человек. Положительным для достижения высокого уровня индекса кооперации явилось наличие профессиональной деятельности, средний и высокий уровень материальной обеспеченности. В значительной мере нарушали compliance: наличие когнитивных нарушений, депрессивная симптоматика, отсутствие здорового образа жизни. Наиболее отрицательным фактором в достижении приемлемого уровня индекса кооперации явилось злоупотребление алкоголем. Определенное значение в достижении приемлемого уровня compliance имело количество принимаемых препаратов. Наиболее часто приемлемый уровень compliance определялся у лиц принимающих 3 и меньшее число препаратов. Более редко комплаентность достигалась при приеме 5 и более лекарственных средств. Последнее объясняется сложностью приема большого количества препаратов, худшей их переносимостью и дороговизной (табл.51).

Таблица 51.

Влияние различных факторов на уровень комплаентности у пациентов с ХСН.

Анализируемые параметры	Комплаентные пациенты с ХСН N (%)	Некомплаентные пациенты с ХСН N (%)
ХСНФК: 1. I ФК, N=85(100%) 2. II ФК, N=63(100%)	 49 (57,6%) 42 (66,7%)*	 36 (42,4%)*** 21(33,3%)***
Используемые схемы реабилитационной терапии: 1. индивидуальное обучение, N=73 (100%) 2. групповое обучение, N=75 (100%)	 62 (84,9%) 29 (38,7%)*	 11 (15,1%)*** 46(61,3%)***
Наличие работы: 1. да, N = 27 (100%)	 19 (70,4%)	 8 (29,6%)***

2. нет, N = 121 (100%)	73 (60,3%)*	48 (39,7%)***
Образование: 1. высшее, N = 72 (100%) 2. прочее, N = 76 (100%)	 55 (76,4%) 36 (47,4%)*	 17 (23,6%)* 40 (52,6%)*
Пол: 1. муж, N=84 (100%) 2. ж, N=64 (100%)	 49 (57,6%) 42 (65,6%)*	 35 (42,4%)*** 22 (34,4%)***
Имущественный статус: 1. бедные/малоимущие, N=81 (100%) 2. обеспеченные, N=67 (100%)	 43 (53,1%) 48 (71,6%)*	 38 (46,9%)*** 19 (28,4%)***
Семейное положение: 1. семейные, N=119 (100%) 2. одинокие, N=29 (100%)	 76 (63,9%) 15 (51,7%)*	 43 (36,1%)*** 14 (48,3%)***
Образ жизни: 1. злоупотребление алкоголем, N=21 (100%) 2. курение, N=38 (100%) 3. гиподинамия, N=101 (100%)	 - 12 (31,6%)* 48 (47,5%)**	 21 (100%)*** 26 (68,4%)*** 53 (52,5%)***
Количество принимаемых препаратов: 1. 3 и меньше, N=41 (100%) 2. 4, N=60 (100%) 3. 5 и больше, N=47 (100%)	 27 (65,8%) 37 (61,2%)* 27 (57,7%)**	 14 (34,2%)*** 23 (38,2%)*** 20 (42,3%)***
Депрессивная симптоматика: 1. депрессия, N=95 (100%) 2. отсутствие депрессии, N=53 (100%)	 45 (47,4%) 37 (69,8%)*	 50 (52,6%)*** 16 (30,2%)***
Когнитивные нарушения 1. есть, N=47(100%) 2. нет, N=101 (100%)	 23 (48,9%) 68 (67,3%)*	 24 (51,1%) 33 (32,7%)***

Примечание: знаком «*» показаны достоверные различия (p<0,05) частоты встречаемости комплаентности между 1-ым и 2-ым однородными факторами; знаком «**»показаны достоверные различия (p<0,05) частоты встречаемости комплаентности между 2-ым и 3-им однородными факторами; знаком «***»показаны достоверные различия (p<0,05) между пациентами с различным уровнем комплаентности.

Исследование факторов, влияющих на комлаентность, свидетельствует о чрезвычайной важности повышения уровня информированности пациентов в достижение compliance. Традиционная модель психофизической реабилитации,

составляющей частью которой является посещение пациентами групповых занятий в школе здоровья, рассматривается в качестве менее эффективной в плане достижения информированности пациентов. Учитывая возрастные когнитивные нарушения, недостаточную мотивацию к лечению, низкую приверженность к выполнению врачебных назначений, пожилые больные требуют разработки индивидуального подхода к обучению, сочетающегося с активным амбулаторным наблюдением, позволяющим улучшить клинико-психологи-ческие, инструментальные и лабораторные показатели больных с перенесенным ИМ, страдающих ХСН.

4.7. Оценка эффективности различных способов психофизической реабилитации в течение ХСН после перенесенного ИМ.

Приводим результаты оценки врача первичного звена в естественное течение ХСН I ФК после перенесенного ИМ с учетом различия исходов в основной и контрольной подгруппах.

- При ХСН I ФК в основной подгруппе (42 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат – улучшение клинико-психологической симптоматики, улучшение КЖ у 30 (71,4%) пациентов; неудовлетворительный результат (отсутствие эффективного влияния на клинико-психологическую симптоматику, увеличение ФК ХСН, снижение КЖ) у 12 (28,6%) пациентов.
- При ХСН I ФК контрольной подгруппы (43 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие эффекта от проведения реабилитации и/или увеличение ФК стенокардии и/или ХСН, снижение уровня КЖ)-29 чел. (67,4%); удовлетворительный результат у 14 чел. (32,6%).

ЧИЛ=12/42=0,286=28,6%

ЧИК=29/43=0,674=67,4%

САР=/ЧИЛ-ЧИК/=/28,6-67,4/=0,388=38,8%

СОР=/ЧИЛ-ЧИК/ЧИК=0,388/0,674=57,6%

ЧБНЛ = 1/САР=1/0,388=2,57≈2,6

ОШ = (12/30)/(29/14)=0,4/2,1=0,19

Представленные показатели доказывают, что вмешательство врача первичного звена в естественное течение ХСН I ФК после перенесенного ИМ у пациентов основной подгруппы, основанное на применении индивидуального метода обучения с использованием активного амбулаторного наблюдения, является эффективным в соответствии с критериями доказательной медицины, о чем свидетельствует снижение относительного риска более чем на 50%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ ≈ 2,6.

- При ХСН II ФК в основной подгруппе (31чел.) ожидаемый удовлетворительный результат – улучшение клинико-психологической симптоматики, улучшение КЖ у 17 (54,8%) пациентов; неудовлетворительный результат (отсутствие эффективного влияния на клинико-психологическую симптоматику, увеличение ФК ХСН, снижение КЖ) у 14 (45,4%) пациентов.
- При ХСН II ФК контрольной подгруппы (32 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие эффекта от проведения реабилитации и/или увеличение ФК стенокардии и/или ХСН, снижение уровня КЖ)-24 чел. (75%). Возможный удовлетворительный результат – 8 чел. (25%).

ЧИЛ=14/31=0,454=45,4%

ЧИК=24/32=0,75=75%

САР=/ЧИЛ-ЧИК/=/0,454-0,75/=0,296=29,6%

СОР=/ЧИЛ-ЧИК/ЧИК=0,296/0,75=39,5%

ЧБНЛ = 1/САР=1/0,296≈3,4

ОШ = (14/17)/(24/8)=0,82/3=0,27

Представленные показатели доказывают, что вмешательство врача первичного звена в естественное течение ХСН II ФК после перенесенного ИМ у пациентов основной подгруппы, основанное на применении индивидуального метода обучения с использованием активного амбулаторного наблюдения является эффективным в соответствии с критериями доказательной медицины, о чем свидетельствует снижение относительного риска более чем на 50%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ ≈ 3,4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Сердечно-сосудистые заболевания обладают наивысшей медико-социальной значимостью, обусловленной первым местом в структуре летальности и инвалидности. Наиболее часто смертность пациентов с ССЗ связана с ИБС, а, именно, ИМ и ХСН. Показано, что в реабилитационных программах в российской когорте участвует лишь 0,64% пациентов с ИБС [87]. Однако эффективность лечения больных с перенесенным ИМ во многом зависит от качества проведения реабилитационных мероприятий, результативность которых связана с уровнем комплаентности. Так, риск летальности для некомплаентных пациентов в течение одного года после ИМ повышается в 2-3 раза [88, 71]. Доказано, что информированность больных о заболевании позволяет повысить уровень комплаентности и повлиять на исходы психофизической реабилитации пациентов [147]. В исследованиях показано, что индивидуальное врачебное консультирование является средством, позволяющим улучшить исходы лечения у пациентов с ССЗ. При этом метод группового обучения является менее эффективным, чем метод индивидуального врачебного консультирования [32]. Тем не менее, исследований посвященной оценки роли индивидуального метода обучения в составе психофизической реабилитации пациентов с перенесенным ИМ не проводилось, что и определяет актуальность проведенного исследования.

Таким образом, целью нашего исследования послужило определение влияния различных подходов психофизиологической реабилитации на качество жизни, клинико-инструментальные показатели и прогноз перенесенного инфаркта миокарда у пациентов пожилого возраста.

В исследование включено 460 пациентов с перенесенным ИМ, разделенные на 4 группы. Соответственно, в I группу больных (n=160) включались пациенты со ССН II ФК; во II группу (n=152) – пациенты с III ФК ССН; в III группу (n=85) пациенты с ХСН I ФК; в IV группу (n=63) пациенты с ХСН II ФК. Далее методом случайной выборки внутри каждой из клинических групп проведено формирование контрольных (1 подгруппа) и основных (2 подгруппа) подгрупп, сопоставимых по основным клинико-инструментальным

критериям, в зависимости от характера проводимого обучения (индивидуальное или групповое) в системе реабилитационных мероприятий.

Выбирая методы обследования, мы исходили из приоритета тщательного анализа клинических проявлений болезни с углубленным семиологическим анализом симптомов «боль за грудиной», «боль в прекардиальной области», сердечной недостаточности, а также симптомов сопутствующих заболеваний, анамнеза и физикального статуса больного. Для определения диагноза использовались методы, доступные первичному звену здравоохранения: клинические (анамнез, физикальный осмотр), лабораторные (общий и биохимический анализы крови с определением билирубина (прямого, непрямого), мочевины, креатинина, активности АЛТ, АСТ, альфа-амилазы, уровня гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки с глюкозой, липидограммы, маркеров некроза миокарда - КФК-МВ и тропониновый тест); инструментальные (ЭКГ, ЭХО-КГ, холтеровское мониторирование с лестничными пробами, велоэргометрией, рентгенография органов грудной полости) методы исследования. Для подтверждения ХСН определялся уровень BNT в плазме крови, электролиты плазмы крови (Na+, K+); СКФ по клиренсу креатинина, согласно модифицированному уравнению Cocroft-Gault. Из инструментальных методов использовались ЭКГ, R-графия органов грудной полости. Определялись индекс массы тела (ИМТ), индекс отношения окружности талии и окружности бедер ОТ/ОБ или индекс талия/бедро, лодыжечное-плечевой индекс, интерпретировшиеся в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1997) и ВНОК [77]. При необходимости выполнялась R-графия желудка, пищевода, позвоночника, ФГДС, УЗИ-органов брюшной полости, КТ позвоночника.

В соответствии с идеологией врача первичного звена, у пациентов оценивали психологический статус – ТОБ и качество жизни. Для определения ТОБ нами использовался психодиагностический опросник Института клинической психиатрии им. В.М. Бехтерева. Для определения КЖ - опросник SF-36. Для оценки тревожности мы пользовались шкалой самооценки и оценки тревожности Ч. Спилберга. Для верификации выраженности депрессивного синдрома

использовалась шкала депрессии Цунга. Для оценки compliance применяли опросник Мориски-Грина. Рассчитывался индекс использования препарата, представляющий собой частное от деления количества дней приема полной дозы препарата (или его количества, выданного больному) на длительность (в днях) всего периода исследования (наблюдения). Для установления степени compliance использовали и метод расспроса. Краткая шкала оценки психического статуса MMSE и тест рисования часов применялся для выявления когнитивных нарушений. Для определения КЖ у пациентов с ХСН использовался Миннесотский опросник. Оценивались уровень обеспеченности, социальный статус пациентов (уровень образованности, семейное положение и т.д.). Математический анализ включал, помимо традиционного критерия Стьюдента, корреляции, методы оценки исходов по критериям доказательной медицины (четырехпольная таблица).

У всех пациентов с перенесенным ИМ найдены нарушения психической адаптации в виде различного уровня тревожных, депрессивных и невротических расстройств. В наших наблюдениях психологические особенности пациентов с перенесенным ИМ рассматривались в контексте методологии мышления ВПЗ: каков ТОБ, как его гармонизировать, какими способами повысить комплаентность больного. Используя методику индивидуального метода обучения в системе реабилитационных мероприятий в основных подгруппах пациентов удалось добиться более эффективного вмешательства, по сравнению с подгруппами контроля, в реабилитационных программах которых использовался групповой метод обучения. Степень эффективности вмешательства подтверждалась соответствующими клиническими, психологическими, инструментальными и лабораторными признаками.

Сопоставление клинико-инструментальных, психологических и лабораторных показателей в динамике, через 1,5-2,0 и 12 месяцев показало, что благоприятные исходы в основных подгруппах, синхронизированные со снижением уровня тревоги, депрессии и повышением КЖ, достигались и сохранялись достоверно чаще, чем в подгруппах контроля, в которых применялся групповой метод обучения. В группе контроля в течение 12 мес наблюдения

намечалась тенденция к улучшению состояния больных по отдельным клинико-инст-рументальным показателям, как правило, не достигая достоверного уровня, тогда как в основных подгруппах больных отмечалось значимое снижение ФК ССН и ХСН, повышение КЖ, уменьшение уровня тревожных и депрессивных расстройств. Исходы болезни сопоставлены в основных и контрольных подгруппах. Программы психофизической реабилитации в амбулаторных условиях у пациентов с перенесенным ИМ, страдающих ССН II и III ФК и ХСН I и II ФК, представлены на рис. 6, 7.

Программы реабилитации у пациентов с перенесенным ИМ с ССН II и III ФК в амбулаторных условиях

Основные подгруппы, N=156

Психологическая реабилитация

Индивидуальный метод обучения психологическое консультирование

Контрольные подгруппы, N=156

Психологическая реабилитация

Групповой метод обучения в школе пациентов с ИБС

Семейное воспитание: потребность в здоровом образе жизни, коррекция межличностных отношений, система мотивации

Семейная профилактика: образ жизни, режим труда и отдыха, рациональная диета (диетотерапия), отказ от вредных привычек, нормализация массы тела.

1. Диета с пониженным содержанием животных жиров, легко усвояемых углеводов.
2. Регулярная физическая активность.
3. Коррекция АД, сахара крови, уровня липидов.

Физическая реабилитация

Комплекс методов ЛФК

Медикаментозная реабилитация

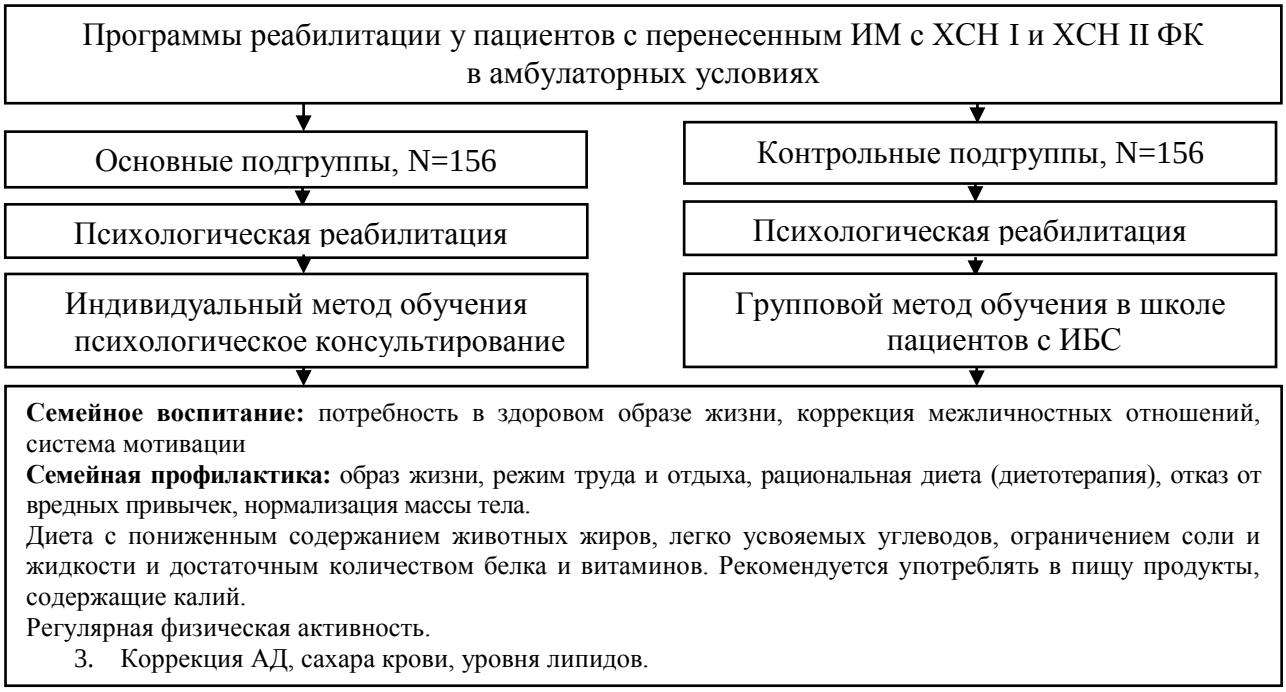
Медикаментозное лечение

I. Антиишемическая терапия.
1. Ингибиторы АПФ
2. β-блокаторы
3. Антагонисты кальция
4. Нитраты
5. Цитопротективные ЛС

II. Антитромботическая терапия.
1. Антиагреганты
2. Антикоагулянты

III. Антиатеросклеротическая терапия
1. Статины и фибраты
2. Антигипертензивные средства
3. Сахароснижающие средства
4. Средства, корригирующие эндокринный статус

Рисунок 6. Программа психофизической реабилитации в амбулаторных условиях у пациентов с перенесенным ИМ, страдающих ССН II и III ФК.



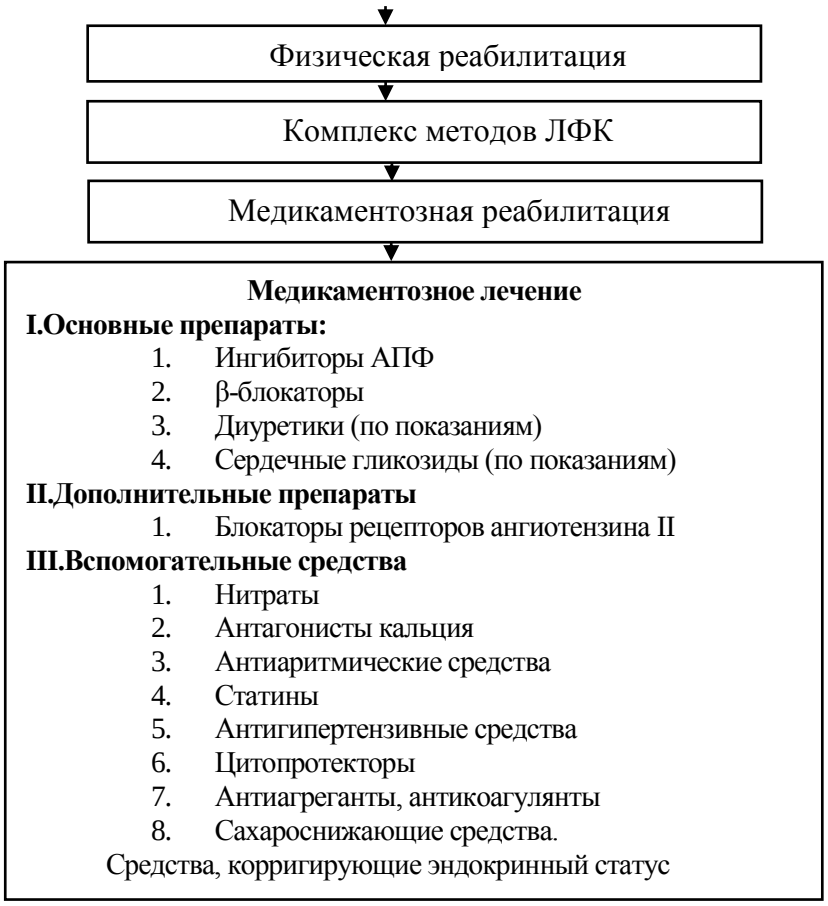


Рисунок 7. Программа психофизической реабилитации в амбулаторных условиях у пациентов с перенесенным ИМ, страдающих ХСН I ФК и ХСН II ФК.

В соответствии с критериями доказательной медицины продемонстрировано, что реабилитационная программа, основанная на применении индивидуальной методике обучения эффективнее по сравнению с групповым методом обучения. По сравнению с использованием групповой методики обучения, индивидуальный подход в программе психофизической реабилитации позволяет избежать возможных неблагоприятных исходов у каждого третьего пациента с ССН II ФК и каждого четвертого пациента с ССН III ФК; у каждого второго-третьего пациента с ХСН I ФК и каждого третьего-четвертого пациента с ХСН II ФК. О значительной эффективности вмешательства с индивидуальным методом обучения свидетельствует снижение относительного риска более чем на 25%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 во всех основных подгруппах больных с перенесенным ИМ.

ВЫВОДЫ.

1. Уровень комплаентности пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда, в реабилитации которых применялся индивидуальный метод обучения, был достоверно выше, по сравнению с таковым у больных с групповым методом обучения ($p<0,05$). Так, у пациентов со стабильной стенокардией напряжения с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, в реабилитации которых применялся индивидуальный метод обучения, высокий уровень комплаентности достигался у 116 (74,4%)чел, тогда как групповой метод обучения позволял достигать приемлемого compliance лишь у 56 (35,9%) больных; высокий уровень комплаентности у пациентов с ХСН с инфарктом миокарда в анамнезе достигался у 62 (84,9%) чел, при использовании в программе реабилитации индивидуального метода обучения, и, соответственно, у 29 (38,7%) чел. с групповым методом обучения.
2. Частота стенокардии у лиц пожилого возраста во многом зависит от психологического статуса, в частности, от уровня депрессии, типа отношения к болезни и одиночества ($r =0,72$)
3. Включение в программу реабилитационных мероприятий образовательных программ для пациентов на основе эффективного врачебного консультирования с использованием активного амбулаторного мониторинга способствует достоверному повышению качества жизни, уменьшению выраженности тревожных, депрессивных расстройств, гармонизации ТОБ и улучшению клинико-инструментальных показателей у пожилых пациентов с перенесенным инфарктом миокарда со стабильной стенокардией напряжения и ХСН в течение 1 года наблюдения.
4. Факторы риска у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда по частоте встречаемости располагаются в порядке убывания: гипертрофия левого желудочка → гиподинамия → отягощенная наследственность → дислипидемия → ожирение. Показатели качества жизни и

психосоциального статуса пожилых больных с дисфункцией миокарда необходимо рассматривать как самостоятельную характеристику самочувствия пациентов, тяжести их состояния и прогноза заболевания, а также как критерий эффективности реабилитационных мероприятий пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, в дополнение к традиционному анализу объективных клинических, инструментальных и лабораторных данных.

5. Психофизическая реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда, основанная на индивидуальном методе обучения приводит в течение года к более выраженному, по сравнению групповым методом обучения, снижению концентрации мозгового натрийуретического пептида ($p<0,05$) повышению фракции выброса левого желудочка ($p<0?05$), уменьшению конечного диастолического размера левого желудочка ($p<0,05$) и качества жизни больных ($p<0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. В программах реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда рекомендуется использовать индивидуальный метод обучения, основанный на принципе эффективного врачебного консультирования, и учитывающей концепцию семейного воспитания, профилактики, психологический, социальный и образовательный статусы пациента.
2. Разработанные алгоритмы реабилитационных мероприятий предназначены для использования в практической деятельности врачей первичного звена (городская поликлиника, офис ВОП в городах и сельской местности) с целью улучшения исходов стабильной стенокардии напряжения и хронической сердечной недостаточности у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.
3. Разработанные клинические рекомендации для проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда на основе эффективного врачебного консультирования в поликлинических условиях научно обоснованы, исходят из базовых положений доказательной медицины о чем свидетельствует снижение относительного риска более чем 25%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ равное или меньшее 4.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. *Абрамова Г.С.* Психология в медицине. /Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчина //. – 2001. – 183 с.
2. *Агеев Ф.Т.* Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА–О–ХСН). /Ф.Т. Агеев, М.О., Даниелян, Мареев В.Ю. и соавт. //Журнал Сердечная Недостаточность. – 2004. – Т.5. №1. – С.4–7.
3. *Арабидзе Г.Г., Теблоев К.И.* Атеросклероз и факторы риска. Руководство. Издательство: ЛИТТЕРРА, Медицина, 2008 г. 240 с.
4. *Амиянц В.Ю.* Физические тренировки в реабилитации больных с постинфарктным кардиосклерозом с учетом функционального состояния левых отделов сердца / В.Ю Амиянц., М.О Оджаров.//Росс. кардиол. журн. – 2009. - №5. – С.35-41.
5. *Аронов Д.М.* Сравнительная оценка эффективности различных методов физических тренировок больных, перенесших инфаркт миокарда / Д.М Аронов, М.Г. Шарфнадель //Бюл. Всесоюз. кардиол. науч. центра АМН СССР. – 1985. – № 2. – С.76–82.
6. *Аронов Д.М.* Физические тренировки у больных ишемической болезнью сердца: основные недостатки и перспективы / Д.М Аронов, Л.Ф Николаева., А.А. Крамер //Кардиология. – 1985. - № 2. – С. 5–11.
7. *Аронов Д.М.,* Тартаковский Л.Б., Новикова Н.К. и соавт. Сравнительная оценка влияния физических тренировок и триметазидина на динамику ишемии миокарда и показатели физической работоспособности больных ишемической болезнью сердца / Д.М., Аронов, Л.Б Тартаковский, Н.К. Новикова и соавт //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. - № 4. – С. 32-40.
8. *Аронов Д. М.* Физические тренировки в комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных

инцидентов (Российское кооперативное исследование) / Д. М. Аронов, В. Б. Красницкий //Тер. Архив. - 2006. - № 9. - С. 33-38.

9. *Аронов Д.М.,* Атеросклероз и коронарная болезнь сердца / Д.М. Аронов, В.П . Лупанов//. Издание второе, переработанное. - Москва, «Триада-Х», 2009. - 248 с.
10. *Арутюнов Г.П.* Современные подходы к реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью /Г.П., Арутюнов, Е.А. Колесникова, А.К. Рылова //Кардиосоматика. – 2010. - Т.1. - №1. – С. 20-24.
11. *Андреева Г.Ф.* Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов //Тер. архив. – 2002. – Т. 47. - №1. – С. 8-16.
12. *Афанасьева С.В*. Программа диагностики и ведения пациентов с кардиалгией в общей врачебной практике //Кардиология. – 2008. - №9. – С.43-46.
13. *Беленков Ю.Н.* Первые результаты национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной клинической практике (по обращаемости) – ЭПОХА–О–ХСН ./ Ю.Н Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев и соавт.// Сердечная недостаточность. – 2003. – Т. 4. - №3. – Р.116–121.
14. *Беленков Ю.Н.* Кардиология. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных / Ю.Н. Беленков, В.И. Маколкин., А.И. Мартынов и соавт // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2005. – С.1-105.
15. *Беленков Ю.Н.* Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов // М.: Гоэтар - Медиа. - 2007. – 400 с.
16. *Беленков Ю.Н*., Мареев В.Ю. Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины / Ю.Н Беленков, В.Ю. Мареев // Кардиология. - 2008. – Т. 48, № 2. - С. 6-15.
17. *Беленков Ю.Н.* Кардиология. Национальное руководство / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов //М. «ГЭОТАР-Медиа». – 2010 – 1232с.

18. *Белялов Ф.И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца. Кардиология. 2002;8:63-8.

19. *Беркоу Р.* Руководство по медицине (диагностика и терапия). Часть III. Глава 22. (Общий подход к кардиологическому больному) //Москва. – «Мир». – 1997. – С. 243-245.

20. *Берри К.* Взаимоотношения врача и пациента //Карелия. – 2000. - № 59. – С. 2-3.

21. *Боголюбов В.М.* Медицинская реабилитация //Книга I. - Изд. 3-е, испр. и доп. - М.: Издательство БИНОМ, 2010. - 416 с.

22. *Бранд А.В.* Безопасность и эффективность интервальных тренировок у больных хронической сердечной недостаточностью //Автореф. канд. мед. наук. - Москва. – 2011. – 26с.

23. *Быкова С. А.* Частота нарушений ритма и проводимости: сердца у взрослого населения одного из районов г. Красноярска //Автореф. дис. канд. мед. наук. – Красноярск. - 2006. - 28 с.

24. *Вассерман Л.И.* Методика психологической диагностики типов отношения к болезни / Л.И. Вассерман, В.В., Иовлев, А.Я. Вукс // Метод. рекомендации. – Ленинград, 1987. – 26с.

25. *Вассерман Л.И.* Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и пограничных нервно-психических расстройствах / Л.И. Вассерман, В.В., Иовлев, В.В Бочаров //Методические рекомендации. СПб.: Ленинградский научно-исследовательский психоневро-логический институт им. В.М. Бехтерева. – 1991. – 26с.

26. Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается / Ю.А., Васюк, А.В. Лебедев //Рациональная Фарма-котерапия в Кардиологии. – 2007. - №3. – С.41-51.

27. *Виноградов А.В.* Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей 2-е изд., перераб. и доп.// - М.: Медицина. - 1987. – 592с.

28. *Виноградова Т.С.* "Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы (справочник)". Москва, "Медицина" 1986г.

29. *Власов В.В.*, Реброва О.Ю. Доказательная медицина: формулировка актуального клинического вопроса, иерархия доказательств, источники информации / В.В. Власов, О.Ю. Реброва //Заместитель главного врача. – 2010. - №1. – С.66-73.

30. *Воробьев А.И.* Кардиалгии / А.И. Воробьев, Т.В. Шишкова // М.: Медицина. - 1995. – Р.17-35.

31. ВНОК. Секция рациональной фармакотерапии. Эффективность и безопасность при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний //проект рекомендаций. – Москва. – 2011. – 76с.

32. Гарькина, С.В. Сравнительная эффективность различных организационных подходов к обучению пожилых пациентов с ХСН / С.В.Гарькина, В.В. Симерзин, Л.И. Реут // Вестник Санкт-Петербургской государственной академии им. И.И. Мечникова. Специальный выпуск. – 2009. – № 2/1 (31). – С. 10-14.

33. *Гафаров В.В.* Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летие эпидемиологического исследования инфаркта миокарда в России (1977-2001) / В.В. Гафаров, А.В., Гафарова, М.Ю. Благина //Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 48-50.

34. *Гильмутдинова Л.Т.* Влияние физических тренировок на эндоте-лиальную функцию и постинфарктное ремоделирование / Л.Т. Гиль-мутдинова, Н.Х. Янтурина, Г.Т. Бикбулатова и соавт //Современные проблемы науки и образования. – 2011. - №6. – электронный журнал.

35. *Гоголашвили Н.Н.* Распространенность, динамика развития и прогностическая значимость нарушений ритма и проводимости сердца в отдельных популяциях восточной Сибири //Автореф. доктор. мед. наук. - Томск. – 2007. – 47с.

36. *Грабер М.А.* Руководство по семейной медицине. /М.А. Грабер.// М., БИНОМ.- 2002.- 748с.

37. Григорьева Н.Ю., Шарабрин Е.Г., Кузнецов А.Н. и соавт. Ишемическая болезнь сердца и сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких: новый взгляд на сочетанное течение / Н.Ю. Григорьева, Е.Г Шарабрин., А.Н Кузнецов и соавт //СТМ. – 2009. - №2. – С.57-60.

38. *Данилов А.Б.* Кардиалгии и абдоминалгии. Болевые синдромы в неврологической практике. /Под ред. Вейна А.М.// М.: Медпресс-информ, 2001. – С. 284-92.

39. *Денисов И.Н.* Общая врачебная практика (Семейная медицина) / И.Н. Денисов, Б.Л Мовшович // ГОУ ВУНМЦ. – 2005. – 1000 с.

40. Денисов И.Н. Семейное воспитание и профилактика // Врач. – 2006. - № 1. - С.4-7.

41. *Дробижев М.Ю.* Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях //автореф. доктор. мед. наук. – 2000. - Москва. 2000. - 32 с.

42. *Дробижев М.Ю*. Диагностика и лечение депрессий в неврологической практике: современное состояние проблемы / М.Ю. Дробижев, О.В. Воробьева // Consilium Medicum. 2006. - Т. 8. № 8. – С.22-25.

43. *Енина Т.Н.* Вариабельность ритма сердца в оценке эффективности санаторной реабилитации больных инфарктом миокарда //автореф. доктор. мед. наук. – Тюмень. – 2007. – 49с.

44. *Епифанов В.А*. Медицинская реабилитация. Руководство для врачей //МЕДпресс-информ. – 2005. – 328с.

45. *Зотов В.Г.* Анализ здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне / В.Г. Зотов, Н.М Цунина, А.М. Спиридонов // Гигиена и санитария. - 2005. - №5. - С. 68 - 70.

46. *Ивашкин В.Т.* Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /В.Т. Ивашкин.//пособие для врачей, руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений //Москва. – 2005. – 30с.

47. *Каннер Р.* Секреты лечения боли. Изд-во БИНОМ,2006, 400с

48. *Концевая А.В.* Социально-экономическая эффективность Школ здоровья для больного сердечно-сосудистыми заболеваниями./А.В/ Концевая, А.М. Калинина, Е.Ю. Спивак. //Профилактика и укрепление здоровья. – 2008. - №2. – С.3-9.

49. *Концевая А.В..* ABC и VEN анализ медикаментозной терапии с ишемической болезнью сердца до и после обучения в Школе здоровья / А.В. Концевая, Е.Ю. Спивак., А.М. Калинина.//Проблемы стандартизации в здравоохра-нении. – 2007. - №11. – С.80.

50. *Карпов Ю.А.* Кардиологическая реабилитация в России нуждается в коренной реорганизации / Ю.А. Карпов, Д.М. Аронов. //Кардиологический вестник. - 2010. - № 2. - С. 5-11.

51. *Котельников Г.П.* Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика / Г.П. Котельников., А.С. Шпигель //Самара, СамГМУ – 2000. – 116 с.

52. *Котельников Г.П.* Введение в доказательную медицину. Научно обоснованная медицинская практика / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель, С.И. Кузнецов и соавт //Пособие для врачей. - Самара. – 2001. – 26 с.

53. *Красильников И.А.* Основные показатели состояния здоровья населения, ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга в 1996–2003 гг. // СПб., 2004. - 480 с.

54. *Красницкий В.Б.* Вторичная профилактика ИБС: сочетание медикаментозной терапии и физических тренировок //Лечащий врач. – 2007. - №3. – С.32-36.

55. *Лазебник Л.Б.* Полиморбидность у пожилых // Сердце. – 2007. – № 7. – С. 25-27.

56. *Либис Р.А.* Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью / Р.А . Либис, Я.И. Коц , Ф.Т. Агеев и соавт // Рус. мед. журн. - 1999. - Т 7. № 2. - С. 56-59.

57. *Лисовский В.А.* Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов. / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю Голофеевский и

соавт // Учебное пособие . Под ред. проф. Евсеева. – 2-е изд., стереотип. – М Советский спорт. – 2004. – 320с.

58. *Личко А.Е.* Методика определения типа отношения к болезни / А.Е.Личко , Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1980. - №8. - С. 1527-1530.

59. *Лопатин Ю.М.* Амлодипин в лечении больных ишемической болезнью сердца: фокус на антиатеросклеротические свойства препарата. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. –том.6. – С. 24-28

60. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания //4-е изд. - М.: Медицина, 1977.- 112 с.

61. *Маев И.В.* Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей / И.В. Маев., А.А., Самсонов, Л.М. Салов и соавт // Учебное пособие. – М.:ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. – 2003. – 96с.

62. *Макарова И.Н.* Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы //М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с.

63. *Максимов В.А.* Диагностические тесты при заболеваниях органов пищеварения: монография /В.А. Максимов, К.К. Далидович, А.Л. Чернышев, и соавт.//Пенза: Информационно-издательский центр ПГУ. - 2005. – 228с.

64. *Мареев В.Ю.* Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) Утверждены конференцией ОССН 15 декабря 2009 года / В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Арутюнов и соавт. //Журнал Сердечная Недостаточность. - Том 11. - № 1 (57). – 2010. – С. 3-62.

65. *Мезенцева Н.В.* Оценка эффективности и безопасности нового комбинированного антигипертензивного препарата теночек у больных артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца / Н.В. Мезенцева, М.В. Леонова, Ю.Б. Белоусов //Фарматека. – 2004. - № 19-20. – С.20-24.

66. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология /В.Д. Менделевич //Учебное пособие. – 5-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432с.

67. *Мовшович Б.Л.* Амбулаторная медицина //М.: ООО «МИА». – 2010. – 1064с.

68. *Морозова Т.Е.* Современная стратегия улучшения приверженности лечению больных артериальной гипертонией: фиксированные комбинации лекарственных средств / Т.Е. Морозова, И.Ю. Юдина // Consilium medicum. – 2010. - № 1. - С.22-28.

69. *Мухин Н.А.* Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза //Тер архив. – 2007. – Vol.6. – P. 5-10.

70. *Нестеров Ю.И.* Атеросклероз: диагностика, лечение, профилактика: руководство для врачей первичного звена здравоохранения //Руководство для врачей. – М.: Феникс. – 2007. – 254с.

71. *Нестеров Ю. И.* Вторичная профилактика инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения //Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. - 2009. - № 2. - С. 67-71.

72. *Носачев Г.Н.* Психология и этика общения с пациентом / Г.Н. Носачев, Г.И. Гусарова., В.В. Павлов // Самара: ГП «Перспектива», 2003. – 372с.

73. *Обрезан А.Г.* Структура сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом 2 типа, диабетическая кардиомиопатия как особое состояние миокарда / А. Г. Обрезан, Р.М. Бицадзе // Вестник Санкт-Петербургского Университета. - 2008. - Сер. 11. - Вып. 2. – С.47-53.

74. *Оганов Р.Г.* Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование ATP Angina Treatment Pattern) / Р.Г. Оганов, В.К Лепахин, С.Б. Фитилев и соавт // Кардиология. -№5.-2003.-С. 9-15.

75. *Оганов Р.Г.* Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич и соавт. //Кардиология. – 2004. - №1. – С.48-54.

76. *Оганов Р.Г.* Современная стратегия первичной профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов., Г.В. Погосова //Кардиология. – 2007. – № 12. - С. 4-9.

77. *Оганов Р.Г.* Национальные клинические рекомендации. Сборник //М.: Изд-во «Силицея-Полиграф». – 2010. – 592с.

78. *Оганов Р.Г.* Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике //Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение 2 к журналу). – 2011. – Т.10. - №6. – С.3-64.

79. *Осадчук М.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клинициста / М.А. Осадчук, С.Ф. Усик, А.Г. Чиж, Т.Е. Липатова.//Изд-во Саратов. гос. мед. универ. – 2004. – 196с.

80. *Павленко С.С.* Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами / С.С. Павленко, В.Н. Денисов., Г.И. Фомин //Новосибирск. - 2002. – 156с.

81. *Плавинский С.Л.* Мероприятия по усилению приверженности терапии. 2007:48.

82. *Подчуфарова Е.В*. Боль в грудной клетке /Е.В. Подчуфарова //Трудн. пациент. – 2003. - №1. – С.4-9.

83. *Подчуфарова Е.В.* Скелетно-мышечные боли в грудной клетке //Consilium medicum. – 2006. - Том 8. - № 8. – С. 17-21.

84. *Погосова Г.В.* Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти //Кардиология. – 2002. - № 4. – С. 86-91.

85. *Погосова Г.В.* Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения //Психиатр. и психофармакол. – 2002. – Т.5. - №5. – С.195-198.

86. *Русакевич А.П.* Комплексная медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств с применением циклических аэробных нагрузок на позднем госпитальном этапе // автореф. канд. мед. наук. – М. - 2009. – 25с.

87. *Рыжикова И.Б.* Оценка эффективности вторичной профилактики у больных, перенесших острые коронарные синдромы на отдаленном этапе / И.Б. Рыжикова, Н.В Погосова, И.Е. Колтунов и соавт // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. - № 7. - С 59-63.

88. *Рыжикова И.Б.* Эффективность вторичной профилактики у больных, перенесших инфаркт миокарда, на отдаленном этапе наблюдения //Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Москва. - 2010. – 25 с.

89. *Селезнева Н.Д.* Исследование эффективности и безопасности применения актовегина у больных пожилого возраста с синдромом мягкого когнитивного снижения церебрально-сосудистого генеза / Н.Д. Селезнева, Н.М. Михайлова Я.Б. Калын и соавт //Психиатрия. – 2009. - №1. – С. 37-50.

90. *Симоненко В.Б.* Руководство по внутренним болезням для врача общей практики: От симптома и синдрома – к диагнозу и лечению / В.Б. Симоненко, Е.Ю. Арефьев, Д.Н. Панфилов и соавт// (Глава 8. Боль в грудной клетке) /Под ред. Ф.И. Комарова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство» -. 2007. – С. 239-278.

91. *Симоненко В.Б.* Диагностика болевого синдрома в грудной клетке в условиях многопрофильного лечебно-профилактического учреждения / Симоненко В.Б., Чаплюк А.Л., Тесля А.Н //Военно-мед. журнал. 2011– Т.332. - №4. - С.51-58.

92. *Скворцова В.И.* Принципы ранней реабилитации больных с инультом / В.И. Скворцова, В.В, Гудкова, Г.Е. Иванова и соавт. //Журн. неврол. и психиатр. – 2002. - №7. – С.28-33.

93. *Смирнова Т.В.* перспективы занятости пожилых В условиях демографического постарения // Журнал социологии и социальной антропологии. - 2007. - Том X. № 2. – С. 123-133.

94. *Смулевич А.Б.* Психокардиология./ А.Б.Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев и соавт – М.: ООО «МИА». – 2005. – 784с.

95. *Спивак Е.Ю.* Эффективность школы для больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией в первичном звене здравоохранения //автореф. канд. мед. наук. – Москва. – 2008. – 26с.

96. *Стрельникова И.В.* Физическая реабилитация больных, перенёсших инфаркт миокарда, с разным типом функциональной асимметрии //Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2010. – Вып. 7 (65). – С.75-78.

97. *Сумин А.Н.* Факторы, влияющие на эффективность физической реабилитации у больных перенесших инфаркт миокарда / А.Н. Сумин, Т.Н. Енина., Н.В. Шанаурина. и соавт //Клин. мед. – 2007. - №5. – С.24-29.

98. *Сыркин А.Л..* Эффективность изосорбида мононитрата оликарда ретард у больных со стабильной стенокардией напряжения // А. Л. Сыркин, Е. А. Сыркина// Леч. Врач. – 2000. – №5-6. – С. 122-127.

99. *Тесля А.Н.* Диагностика, особенности течения и лечения стабильной стенокардии напряжения у лиц пожилого и старческого возраста //автореф. доктор. мед. наук. – Москва. – 2011. – 53с.

100. Хохлов А.Л. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии / А.Л. Хохлов, Л.А Лисенкова, А.А. Раков //Качественная Клиническая Практика. – 2003. - №4. – С.59-66.

101. *Чазов Е.И.* Сегодня и завтра кардиологии //Тер. архив. – 2003. – № 9. – С. 11-18.

102. *Чазов Е.И.* Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний // Легкое сердце. - М.,2004. - №3. - С. 2-4.

103. *Чазов Е.И.* Рациональнальная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов, Ю.Н. Беленков. Руководство для практикующих врачей //М.: Изд-во «Литтера». – 2005. – 972с.

104. *Чазов Е.И.* Кардиологическая реабилитация //Кардиосоматика. – 2010. – Т.1. - №1. – С.9-10.

105. *Флетчер Р.* Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины / Р/ Флетчер., С. Флетчер., Э. Вагнер //Пер.с англ. М.: Медиа Сфера. - 1998. - 352с

106. *Фролова Е.В.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике / Е.В. Фролова, И.Е. Моисеева., Т.А/ Дубикайтис и соавт //Первый Всероссийский съезд врачей общей практики: Сб. науч. тр. – Самара. – 2000. – С. 20-22.

107. *Целуйко В.И.* Сердечная недостаточность // Здоровье Украины.— 2008. - № 21/1 (ноябрь).— С. 52-54.

108. *Чазов Е.И.* Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. /Е.И. Чазов. //Тер. архив. – 2002. - № 9. – С. 5-8.

109. *Шабров А.В.* Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семенного врача) / А.В. Шабров, В.Т. Маймулов // СПб: СПб ГМА им. И.И. Мечникова. - 1997. – 298с.

110. *Шпигель А.С.* Оценка эффективности антигомотоксической фармакотерапии в соответствии с принципами доказательной медицины. //Биологическая медицина – 2002 – №2. – С.56-64.

111. *Щегольков А.М.* Применение циклических аэробных нагрузок в комплексной медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств на позднем госпитальном этапе. / А.М. Щегольков, В.Е. Юдин, А.П. Русакевич и соавт. //Военно-медицинский журнал. - 2009. - № 9. - С.81-82.

112. *Ariyo A.A.* Depressive Symptoms and Risks of Coronary Heart Disease and Mortality in Elderly Americans./ A.A. Ariyo, Haan M., Tangen C.M. et al. //. Circulation 2000;102:1773.

113. *Badia J.D.* Общая практика/семейная медицина в новой Европе. / J.D. Badia, B. Quisten. //Семейная медицина. - 1998. - № 1. - С.18-22.

114. Belardinelli R. Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial. / R. Belardinelli, R. Paolini, G. Cianci et al. // J Am Coll Cardiol 2001; 37: 1891-90.

115. *Braunwald E.* Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine./ E. Braunwald, D. Zippe., P. Libby.// 2000, WB Saunders company. USA.

116. *Braunwald E.* ACC/AHA guidelints for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A Report of American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / E. Braunwald , E.M. Antman., J.W. Beasley et al. //J Am Coll Cardiol. – 2000. – Vol. 21. – C. 970-1062.

117. *Breslau N.* Major depression and stages of smoking: A longitudinal investigation. / N. Breslau, E.L.Peterson //Arch Gen Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. – P. 161-6.

118. *Bunde J.* Depression and prehospital delay in the context of myocardial infarction. / J. Bunde, R.Martin //Psychosom Med. – 2006. – Vol.68. – P:51-7.

119. *Carney R.M.*. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. / R.M.Carney, K.E. Freedland., S.A. Eisen et al.//Health Psychol – 1995 Jan; 14(1): 88-90.

120. *Clark A.M.* (2010) Understanding and Promoting Effective Self-Care During Heart Failure. / A.M. Clark, P Davidson., K. Currie, M. Karimi, A.S. Duncan, and D.R. Thompson // Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine 12:1 1-9.

121. *Cohn J.K.* Chest pain. /J.K. Cohn, P.F. Cohn // Circulation. - 2002. – Vol.106. – P. 530-1.

122. *Contractor A.S.* Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. J Assoc Physicians India. 2011 Dec;59 Suppl:51-5

123. *Devereux R.B.* Echocardiographic determination of left ventricular mass in man./ R.B. Devereux, N. Reichek // Circulation 1977; 55:613-618.

124. *Dobbels F.* Depression and the heart: a systematic overview of difenition? Measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. / F. Dobbels, S De Geast., L. Vantees et al. // Europ. J. Cardovascular Nurs. – 2000 Feb; 1(1):45-55.

125. *Gary J. Balady.* Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardilogy; the Council on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention and Nutrition, Phisical Activity, and Metabolism; and the AACPR. / Balady.

Gary J., Williams Mark A. , Ades Philip A. et al //Circulation 2007. – Vol. 115. – P.2675-2682.

126. *Folstein M.F.* . "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician./ M.F Folstein., S.E. Folstein., P.R. McHugh. // Journal of psychiatric research 1975;12 (3): 189–98.

127. *Goble A.J.* Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention: a synopsis. / A.J. Goble, M.U.C. Worcester.// Department of Human Services Victoria, 1999.

128. *Hambrecht R.* Effect of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. / R. Hambrecht, A. Wolf, S. Gielen et al. //N. Engl. J. 2000; 342; 7: 454–460.

129. *Hosie J*. Managing hypertension in general practice: can we do better? / J. Hosie, I. Wiklund //J Hum Hypertens. – Jul 1995. – Vol.9(2). – S.15-18.

130. *Horwitz R.I.* Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction./ R.I. Horwitz, C.M. Viscoli et al. //Lancet 1990; 336: 542-5.

131. *Isso J.L.* Hypertension primer: the essentials of high blood pressure./ J.L. Isso, H.R. Black, T.L. Goodfriend.// 3rd ed. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 390-392.

132. *Leemrijse C.J*. The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. / C.J. Leemrijse, L. van Dijk, H.T Jorstad., R.J. Peters, C. Veenhof.// BMC Cardiovasc Disord. 2012 Jun 26;12(1):47

133. *Lewin R.* Cardiac rehabilitation and mortality reduction after myocardial infarction: evidence shows the emperor is properly dressed./ R. Lewin, P. Doherty // Heart. 2013 May 4. 766-771.

134. *Lopez O.* Prevalence and Classification of Mild Cognitive Impairment in the Cardiovascular Health Study. / O. Lopez, W. Jagust, S. De Cosky et al. // Arch. Neurol. - 2003. - Vol. 60 (10). - P. 1385-1389.

135. *Lovenstone S.* Management of dementia. / S. Lovenstone, S. Gauthier. // London: Martin Dunitz, 2001.

136. *Makaryus A.N.* Patients understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge./ A.N. Makaryus, E.A. Friedman.//Mayo Clin Proc. – Aug 2005. – Vol.80(8): 991:994.

137. Marcassa C., Galli M., Bolli R. et al. Heterogeneous rate of perfusion and contraction after anterior wall acute myocardial infarction and effects on left ventricular remodeling //Am J Cardiol. - 1998. - Vol. 82. - P. 1457-1462.

138. *Monane M.* The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance: results from a population-based study in the elderly./ C. Marcassa, M Galli., R. Bolli et al. //Am J. Hypertens. – Jul 1997. – Vol. 10 (7pt1). – P.697-704.

139. *Morisky D.E.* Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence./ D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine //Med Care. – 1986. – Vol.24. – P.67-73.

140. *Neutel J.M.* Improving patient compliance: a mayor goal in the management of hypertension./ J.M Neutel., D.H. Smith //J. Clin. Hypertens (Greenwich). – Mar-Apr 2003. – Vol.5(2). – P.127-132.

141. *Niebauer J.* 6 years of intensive physical exercise and low-fat diet: effects on progression of coronary artery disease./ J. Niebauer, T. Velich, D.R. Hambrecht et al.// Circulation 1995; 92 (suppl. 1): 398.

142. *Nielsen O. W.* Cross sectional study estimating prevalence of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in community patients at risk./ O. W. Nielsen, J. Hilden., C.T. Larsen, et al. // Heart. - 2001. - Vol. 86. - P. 172–178.

143. *Nielsen O.W.* Heart failure with preserved ejection fraction: dangerous, elusive, and difficult. / O.W. Nielsen L. , Kober, C. Torp-Pedersen //Eur Heart J. 2008 Feb;29(3):285-7

144. *Olesen F.* General Practice /- Time for a new definition./ F. Olesen, J. Dickinson, P. Hjortdahi // BMJ.-2000.- Vol. 320.- P. 354-357.

145. *Osterberg L.* Adherence to medication./ L. Osterberg, T. Blaschke //N. Engl. J. Med. – Aug 4 2005. – Vol.353(5). – P.487-497.

146. *Perk J.* Cardiovascular Prevention and Rehabilitation /J. Perk, P. Mathes, H. Gohlke et al. // Springer, 2007.

147. *Pietle J.D.* The role of patient-physician trust in moderation medication nonadherence due to coast pressures./ J.D. Pietle , M, Heisler., S. Krein et al. //Arch Intern Med. – Aug 8-22. – 2005. – Vol.165(15). – P.1749-1755.

148. *Pruijm M.T.* Приверженность пациентов лечению и выбор антигипертензивной терапии: фокус на лерканидипин. Service of Nephrology and Hypertension, Department of Medicine, University Hospital, Lausanne, Switzerland./ M.T. Pruijm, M.P. Maillard, M. Burnier //Vasc Heal Risk Management. – 2008. – Vol. 4 (6). – P. 1159-66.

149. *Randal J.* AACVPR/ACC/AHA 2007 Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services./ J. Thomas Randal, Lui Karen, Oldridge Neil et al //Journal of American College of Cardiology. -2007- Vol.50(14). – P.1401-1410.

150. *Rieckmann N.,* Kronish I.M., Haas D. et al. Persistent depressive symptoms lower aspirin adherence after acute coronary syndromes. / N. Rieckmann, I.M. Kronish, D. Haas et al. //Am Heart J 2006. – Vol.152. – P.922-7.

151. *Rudisch B.* Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression./ B. Rudisch, C.B. Nemeroff //Biol. Psychiatry. – 2003 Aug 1; 54(3):227-40.

152. *Ruo B.* Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. /B. Ruo, J.S. Rumsfeld, M.A. Hlatky et al // JAMA. – 2003 Jul 9; 290(2):215-21.

153. *Sarnak M.J.* Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. / M.J. Sarnak, A.S. Levey , A.C. Schoolwerth et al. //Hypertension. – 2003. – Vol. 42. - 1050-65.

154. *Schuler G.* Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease./ G. Schuler, R. Hambrecht, G. Schliert et al. // Circulation. – 1992. – Vol. 86 (1). – P.1-11.

155. *Sheps D.S.* From feeling blue to clinical depression: exploring the pathogenicity of depressive symptoms and their management in cardiac practice. / D.S. Sheps, A. Rozansky // Psychosom Med 2005; 67 Suppl 1: S2-S5.

156. *Sidney C.* AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update./ C. Sidney, Jr, M.D. Smith, Allen Jerilyn et al //Circulation. - 2006; 113: 2363-2372.

157. *Sorensen C.* Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review. / C. Sorensen, E. Friis-Hasche, T. Haghfelt et al. //Psychother Psychosom. – 2005. – Vol.74. – P.69-80.

158. *Strik J.J.* Clinical correlates of depression following myocardial infarction./ J.J. Strik, M.H., Honig , R. Lousberg, et al //Int'l J of Psychiatry in Medicine 2001;31(3):255-64.

159. *Taylor R.S.* Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials./ R.S. Taylor, A. Brown, S. Ebrahim et al // Am J Med. - 2004 May 15. – Vol. 116(10). – P.682-92.

160. *Underwood M.* Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. / M. Underwood, S.E. Lamb, S. Eldridge, et al.// The Lancet. 2013;doi:10.1016/S0140-6736(13)60649-2.

161. *Underwood M.* Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. / M. Underwood, S.E. Lamb ,S. Eldridge, et al //The Lancet. 2013;doi:10.1016/S0140-6736(13)60649-2.

162. *Volpi A.* Determinnats of 6-Month Mortality in Survivors of Myocardial Infarction After Thrombolysis. Results of the GISSI-2 Data Base./ A. Volpi, De Vita C., M.G. Franzosi et al.// Circulation. 1993. Vol. 88. P. 416-429.

163. *Wang P.S.* Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors./ P.S. Wang, R.L. Bohn, E. Knight et al //J. Gen intern. Med. – 2002 Jul; 17(7):504-11.

164. *Wheeler M.* Managing noncardiac pain in heart failure patients./ M. Wheeler, S. Wingate //Cardiovasc Nurs.-2004.-Vol. 12.-P.75-83.

165. *Wrigley S.* Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town./ S. Wrigley, H. Jackson, F. Judd et al //Aust N Z J Psychiatry – Jun 2005. – Vol. 39 (6). – P.514-521.

166. *Wenger N.K.* Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies./ N.K. Wenger ,M.E. , Mattson et al // Am. J. Cardiol: – 1984. – Vol.54. - P. 908-913.

167. *West R.R.* Rehabilitation after myocardial infarction trial (RAMIT): multi-centre randomised controlled trial of comprehensive cardiac rehabilitation in patients following acute myocardial infarction. / R.R. West, D.A. Jones, A.H. Henderson //Heart. 2012 Apr;98(8):637-44

168. *West R.* WHO (Geneva, 2003). / R. West, D. Jones //Adherence to long-term therapies: evidence for action.

169. *Ware J.E.* The MOS 36-Item short-form health survey./ J.E. Ware, C.D. Sherbourne // Med. Care. – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 473 – 483.

170. *Ware J.E.* Sf-36 Health Survey./ J.E. Ware, K.K. Snow M. , Kosinski et al // Manuel and Interpretation Guide, Lincoln, R.I.: Quality Metric Incorporated, 2000. — P. 150.

171. *Yildirim A.* Chest pain in children./ A. Yildirim, C. Karakurt, S. Karademir et al.// Int Pediatr. – 2004. – Vol.19(3). – P. 175- 179.