

Вопросы вторичной профилактики и реабилитации пациентов с инфарктом миокарда на разных этапах

А.Д.Куимов¹, А.А.Шуркевич², И.В.Москаленко³

¹ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России. 630091, Россия, Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 52;

²ГБУЗ НСО Городская клиническая больница №2. 630051, Россия, Новосибирск, ул. Ползунова, д. 21;

³ГБУЗ НСО Городская клиническая больница №19. 630038, Россия, Новосибирск, ул. Шукшина, д. 3

Цель исследования: повышение эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда (ИМ) и реабилитации больных на амбулаторном и стационарном этапах.

Материалы и методы: обследованы 164 пациента обоих полов с перенесенным ИМ с тромбозисным и эндоваскулярным восстановлением кровотока ишемизированного миокарда. Диагноз ИМ установлен в соответствии со стандартами диагностики ESC/ACCF/AHA (European Society of Cardiology/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2007) и документально подтвержден выписным эпикризом из истории болезни медицинского учреждения, где проводилось стационарное лечение больных по экстренным показаниям. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я (наблюдения с реабилитацией в амбулаторных условиях), 2-я (реабилитации в круглосуточном специализированном отделении), 3-я (сравнения). Всем больным был назначен постоянный прием медикаментозной терапии в соответствии со стандартами лечения лиц, перенесших острый коронарный синдром (ОКС); даны рекомендации по модификации факторов риска и соблюдению здорового образа жизни; проведены лабораторные исследования крови, электрокардиография и эхокардиография сердца, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, оценка степени сердечной недостаточности (СН) по шкале оценки клинического состояния и тесту 6-минутной ходьбы, приверженности терапии с использованием теста Мориски–Грина, качества жизни пациентов с СН по Миннесотскому опроснику, а также эпизодов повторных госпитализаций по поводу ОКС и летальных исходов. Дополнительно больным 1-й группы амбулаторно проводились «Школы здоровья» и лечебная физкультура, 2-й группы – курс реабилитации в специализированном отделении восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГКБ №19.

Результаты: по достижению приверженности лечению, оценки среднего показателя качества жизни, эпизодов повторных ОКС, уменьшению тяжести функционального класса СН показатели пациентов 1-й группы превосходили данные по больным 3-й группы, но уступали 2-й.

Заключение. Использование реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения лиц с перенесенным ИМ как элемента вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений положительно влияет на конечные точки независимо от метода реваскуляризации миокарда.

Ключевые слова: вторичная профилактика, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, лечебная физкультура.

✉shurkevich@mail.ru

Для цитирования: Куимов А.Д., Шуркевич А.А., Москаленко И.В. Вопросы вторичной профилактики и реабилитации пациентов с инфарктом миокарда на разных этапах. Кардиосома. 2015; 6 (2): 20–25.

Questions of secondary prevention and rehabilitation of patients with myocardial infarction at different stages

A.D.Kuimov¹, A.A.Shurkevich², I.V.Moskalenko³

¹Novosibirsk State Medical University. 630091, Russian Federation, Novosibirsk, ul. Krasnyi prospekt, d. 52;

²City clinical hospital №2. 630051, Russian Federation, Novosibirsk, ul. Polzunova, d. 21;

³City clinical hospital №19. 630038, Russian Federation, Novosibirsk, ul. Shukshina, d. 3

Research objective: increase of efficiency of secondary prevention of a myocardial infarction (MI) and rehabilitation of patients at an out-patient stage.

Materials and methods: 164 patients of both floors with the transferred MI with enzymatic and endovascular restoration of a blood-groove of an ischemic myocardium are surveyed. The diagnosis of a MI is established according to standards of diagnostics of ESC/ACCF/AHA (European Society of Cardiology/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2007) also it is documented by an extract from the clinical record of office of medical institution where hospital treatment of the patient according to emergency indications was carried out. Patients were divided into 3 groups: the 1st (supervision with rehabilitation in out-patient conditions), the 2nd (rehabilitations in the round-the-clock specialized office), the 3rd (comparisons). To all patients continuous reception of pharmacological therapy according to standards of treatment of patients with the sharp coronary syndrome (SCS) was appointed; recommendations of the general character about healthy lifestyle observance are made; laboratory blood tests, electrocardiography and heart echocardiography, holter (daily) monitoring of the electrocardiogram, assessment of degree of heart failure on the scale of an assessment of a clinical state and the test of 6 minute walking, a commitment assessment to treatment with use of test of Moriski–Green, quality of life of patients with heart failure on the Minnesota questionnaire, episodes of repeated hospitalization concerning SCS and lethal outcomes are carried out. In addition to the 1st group of patients «Health school» and medical physical culture, the 2nd group – a rehabilitation course in specialized office of recovery treatment of City clinical hospital №19 were on an outpatient basis carried out.

Results: on achievement of commitment to treatment, estimates of an average value of quality of life, episodes of repeated SCS, to reduction of weight of a functional class of heart failure indicators of patients of the 1st group surpassed data on patients of the 3rd group, but conceded to the 2nd.

Conclusion. Use of rehabilitation actions at an out-patient and polyclinic stage of treatment of patients with transferred MI as element of secondary prevention of cardiovascular complications positively influence final points irrespective of a method of a myocardium revascularization.

Key words: secondary prevention, myocardial infarction, myocardium revascularization, medical physical culture.

✉shurkevich@mail.ru

For citation: Kuimov A.D., Shurkevich A.A., Moskalenko I.V. Questions of secondary prevention and rehabilitation of patients with myocardial infarction at different stages. *Cardiosomatics*. 2015; 6 (2): 20–25.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, в среднем ежегодно от сердечно-сосудистой патологии погибают более 17 млн населения земного шара. Ожидаемое увеличение показателя смертности к 2020 г. составляет 25 млн человек в год. Аналогичная ситуация и в Российской Федерации, где на долю болезней системы кровообращения приходится до 56,9% общей смертности от всех причин. По данным С.И.Антиповой, В.В.Антипова (2011 г.), на протяжении последних десятилетий болезни системы кровообращения составляют 53% [1].

Анализ причин смертности показывает, что наиболее значимой среди болезней системы кровообращения становится ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 48,1%, а основной жизнеугрожающий и инвалидизирующий клинический вариант – острый инфаркт миокарда (ИМ). На 2-м месте в структуре – цереброваскулярные заболевания – 36,7%. На долю этих двух нозологий приходится до 84,8% всех летальных случаев в этом классе [2].

Известно, что частота сердечно-сосудистых осложнений и показатель смертности являются максимальными в течение первых 3 мес после ИМ (P.Steg и соавт., 2004). В течение 2 последующих лет частота смертей и новых случаев ИМ составляет 7% в год [3]. Конечно, с внедрением в практику современных методов терапии острого ИМ, включая эндоваскулярные и хирургические, удалось достичь снижения госпитальной летальности с 25–30 до 17–18%, а при неосложненном течении – до 7–10% (S.Ford Earl и соавт., 2007). Однако процесс восстановления пациента, его физической и социальной адаптации, полного возвращения в социум все еще требует больших временных и финансовых затрат как со стороны государства, так и самого пациента. Так, по данным Р.Г.Оганова, среди лиц до 65-летнего возраста экономические потери вследствие сердечно-сосудистых заболеваний составили 42% в человеко-годах, а в стоимостном выражении – 56% общих потерь от заболеваний в индустриальных странах [4].

Как показало проведенное исследование COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive druG Evaluation), инвазивные методы повышают качество жизни пациентов с перенесенным ИМ, но не влияют на продолжительность жизни и твердые конечные точки в отдаленном периоде наблюдения [5]. В связи с этим представляется необходимым активное применение ресурсов и резервов амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев системы здравоохранения без дополнительных материальных затрат. Следовательно, проблема долгосрочной реабилитации пациентов с ИБС актуальна и в век новых медицинских технологий.

Материалы и методы

В рамках оценки эффективности вторичной профилактики ИМ на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах был произведен сравнитель-

ный анализ данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований у 164 больных с установленным в соответствии со стандартами диагностики ESC/ACCF/AHA (European Society of Cardiology/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, 2007) и подтвержденным документально выписным эпикризом из истории болезни диагнозом ИМ, в возрасте от 30 лет, мужского и женского пола, с эндоваскулярной и тромболизисной реваскуляризацией миокарда. Выборка пациентов и распределение по группам проводились случайным способом в равных соотношениях по полу и методу реваскуляризации.

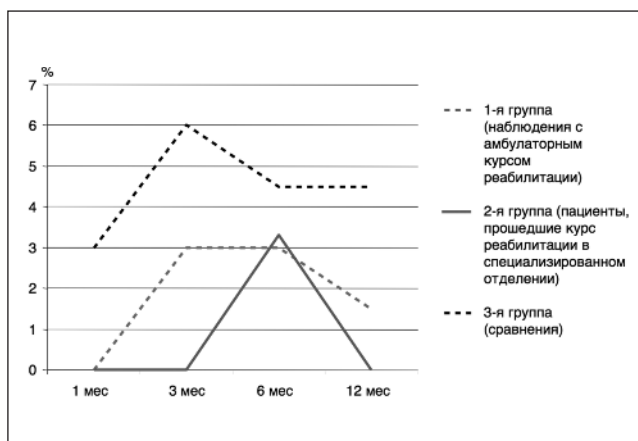
Были обследованы 107 (65,2%) мужчин и 57 (34,8%) женщин – соотношение мужчин к женщинам 1,87:1 ($p < 0,05$). Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я (наблюдения) – с проведенной реабилитацией в амбулаторно-поликлинических условиях (67 человек) с использованием комплекса теоретической подготовки по болезням сердца (проведение лекций, школ, индивидуальных консультаций) и практических занятий по лечебной физкультуре (ЛФК); 2-я – больных, прошедших курс реабилитации в отделении восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГКБ №19 (30 человек); 3-я – сравнения (67 человек). Средний возраст мужчин составил $62,9 \pm 4,8$ года, женщин – $70,6 \pm 6,8$. Число пациентов с тромболизисным восстановлением кровотока в 1 и 3-й группах по 39 человек, во 2-й – 17; с эндоваскулярным вмешательством в 1 и 3-й группах – по 28, во 2-й – 13.

Комплекс лабораторных исследований, включающий общеклинические и биохимические методики, проводился в биохимической лаборатории ГБУЗ НСО ГКБ №2. Регистрация электрокардиограммы осуществлялась по стандартным 12 отведениям на 6-канальном приборе «Schiller». Исследование доплер-эхокардиографии проводилось на универсальном ультразвуковом аппарате «GE Logiq 9». Методика точного контроля электрокардиограммы проводилась через 12 мес после перенесенного острого ИМ с непрерывной записью в течение 24 ч в трехполусных отведениях на аппарате «Schiller». Тест 6-минутной ходьбы проводился общепринятым методом по ровной поверхности. Приверженность лечению оценивалась по данным проведенного тестирования с использованием теста Мориски–Грина, разработанного в 1986 г. Оценка качества жизни лиц с сердечной недостаточностью (СН) проводилась с помощью данных Миннесотского опросника. Результаты исследования обработаны с применением пакетов статистических программ Excel 8.0 модуль StatPlus, SPSS Statistics 17.0 фирмы «IBM» (США).

Пациентам, входящим в 1-ю группу исследования, общая схема программ физических тренировок короткой и средней продолжительности подготовлена в соответствии с рекомендациями Д.М.Аронова. Объем ЛФК был расширен на основании методик проведения физических тренировок для пациентов с острым ИМ ГБУЗ НО «Новосибирский областной клинический

Таблица 1. Оценка течения ХСН больных всех групп по ШОКС ($p < 0,05$)

Месяц Класс ХСН	1-я группа (сравнения)								2-я группа (наблюдения)								3-я группа (пациенты, прошедшие курс реабилитации в ГБУЗ НСО ГKB №19)							
	1 (n=67)		3 (n=67)		6 (n=66)		12 (n=66)		1 (n=67)		3 (n=67)		6 (n=67)		12 (n=66)		1 (n=30)		3 (n=30)		6 (n=30)		12 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ФК I (до 3 баллов)	6	8,9	6	8,9	12	18,2	9	13,6	3	4,5	3	4,5	6	8,9	9	13,6	7	23,3	7	23,3	12	40,0	12	40,0
ФК II (4–6 баллов)	45	67,2	45	67,2	40	60,6	34	51,5	49	73,1	49	73,1	50	74,7	47	71,3	18	60,0	18	60,0	14	46,7	15	50,0
ФК III (7–8 баллов)	12	17,9	12	17,9	10	15,1	17	25,8	14	20,9	14	20,9	9	13,4	9	13,6	4	13,3	4	13,3	3	10,0	2	6,7
ФК IV (более 9 баллов)	4	6,0	4	6,0	4	6,1	6	9,1	1	1,5	1	1,5	2	3,0	1	1,5	1	3,4	1	3,4	1	3,3	1	3,3



кардиологический диспансер» и включал 4 ключевых момента – утреннюю гимнастику, лечебную гимнастику, 3 вида ходьбы, тренировку по лестнице. Обучение в «Школе здоровья» для пациентов и их родственников проводилось в соответствии с рекомендациями Минздрава России, ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Всероссийского научного общества кардиологов.

Пациентам 2-й группы наряду с общепринятой медикаментозной терапией (статины, β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – ИАПФ или сартаны и двойная антиагрегантная терапия) проводился комплекс немедикаментозной терапии, состоящей из функционального и диетического питания (согласно приказу №130 Минздрава России), физической реабилитации (дозированная физическая нагрузка – ЛФК, тренажеры, терренкур, массаж), методов психокоррекции (групповая и индивидуальная) и элементов лимфосанации и детоксикации (ингаляции, водолечение – ванны 4- и 2-камерные или общие, циркулярный или дождевой душ, пеллоидотерапия, физиолечение, сухие углекислые ванны). В отделении восстановительной терапии проводились школы коронарных больных по здоровому образу жизни и отказу от курения.

Пациенты 3-й группы (сравнения) получали весь комплекс медикаментозной терапии в соответствии с установленными стандартами ведения лиц, перенесших ИМ, и индивидуальное консультирование при необходимости.

Результаты

При проведении сравнительного анализа общей оценки течения ИБС всех трех групп больных можно сделать вывод о наиболее выраженном изменении в показателях состояния сердечно-сосудистой системы при продолжительности наблюдения от 6 мес

($p < 0,05$). При этом наилучшие показатели восстановления пациентов имеются в 3-й группе (до 90,0% за 12 мес) и 2 мес (до 60,6%). В 1 и 2-й группе на разных этапах наблюдения зарегистрировано по 1 летальному исходу из числа лиц с тромболизисным способом реваскуляризации. По частоте возникновения осложнений в виде повторного острого коронарного синдрома (ОКС) и сохраняющейся отрицательной динамики за время наблюдения с уровнем достоверности $p < 0,05$ получены следующие данные (см. рисунок):

- 1-я группа (наблюдения с амбулаторным курсом реабилитации), дополнительно получающая комплекс упражнений ЛФК (контролируемые и неконтролируемые занятия), курс теоретической подготовки в виде «Школ здоровья», – через месяц исследования достигла 0% повторных эпизодов ОКС и прогрессирования ИБС, через 3 мес – 3,0%, через 6 мес – 3,0% (в том числе 1 летальный исход), через 12 мес – 1,5%.
- 2-я группа (прошедшая курс реабилитации в специализированном отделении) – получила следующий результат по эпизодам повторных ОКС с госпитализацией: через 1, 3 и 12 мес – 0%, через 6 мес – 3,3%.
- 3-я группа (сравнения), имеющая только устные рекомендации по модификации факторов риска и соблюдению здорового образа жизни с назначенным базисным медикаментозным лечением, – через месяц наблюдения имела 3,0% повторных ОКС и госпитализаций с прогрессированием, через 3 мес – 6,0% (в том числе 1 летальный исход), через 6 мес – 4,5%, через 12 мес – 4,5%.

Улучшение качества жизни на основании данных Миннесотского опросника во 2-й группе достигло максимального среднеарифметического показателя 52,4, в то время как в 3-й он составил 72,5 (что на 4,4% хуже исходного показателя), а в 1-й – 67,7%.

На основании проведенного сравнительного анализа данных табл. 1, 2 по определению класса СН по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и тесту 6-минутной ходьбы имеется четкая стабильная тенденция в уменьшении класса СН во 2-й группе пациентов (прошедших специализированное лечение в ГБУЗ НСО ГKB №19).

Однако при определении хронической сердечной недостаточности (ХСН) по тесту 6-минутной ходьбы процент перехода больных в I и II функциональные классы (ФК) значительно меньше – 23,3 и 40,0% соответственно (для примера, через 12 мес ХСН по ШОКС составляет 40,0 и 50,0% соответственно). Выявленные различия в данных табл. 1, 2 обнаружены у 1 и 2-й групп. Пациенты 1-й группы, имеющие средний показатель снижения выраженности ХСН при четкой стабильной положительной динамике по ШОКС

Таблица 2. Оценка течения ХСН пациентов всех групп по тесту 6-минутной ходьбы ($p<0,05$)

Месяц Класс ХСН	1-я группа (сравнения)								2-я группа (наблюдения)								3-я группа (пациенты, прошедшие курс реабилитации в ГБУЗ НСО ГKB №19)							
	1 (n=67)		3 (n=67)		6 (n=66)		12 (n=66)		1 (n=67)		3 (n=67)		6 (n=67)		12 (n=66)		1 (n=30)		3 (n=30)		6 (n=30)		12 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ФК I	7	10,4	7	10,4	6	9,1	4	6,0	10	14,9	10	14,9	8	11,9	7	10,6	5	16,7	5	16,7	7	23,3	7	23,3
ФК II	26	38,8	26	38,8	31	47,0	24	36,4	29	43,3	29	43,3	33	49,3	31	47	12	40,0	12	40,0	11	36,7	12	40,0
ФК III	20	29,8	20	29,8	19	28,8	26	39,4	18	26,9	18	26,9	17	25,4	19	28,8	8	26,6	8	26,6	9	30,0	8	26,7
ФК IV	14	21,0	14	21,0	10	15,1	12	18,2	10	14,9	10	14,9	9	13,4	9	13,6	5	16,7	5	16,7	3	10,0	3	10,0

Таблица 3. Приверженность лечению определенными группами лекарственных препаратов пациентов всех групп с разными способами коронарного вмешательства исходно и через 12 мес наблюдения ($p<0,05$)

Группа лекарственных препаратов	1-я группа пациентов (наблюдения)				2-я группа пациентов (с проведенным комплексом реабилитации в ГБУЗ НСО ГKB №19)				3-я группа пациентов (сравнения)			
	Назначено исходно/принимает по итогам 12 мес (процент сохранения на терапии через 12 мес)				Назначено исходно/принимает по итогам 12 мес (процент сохранения на терапии через 12 мес)				Назначено исходно/принимает по итогам 12 мес (процент сохранения на терапии через 12 мес)			
	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)		Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)		Тромболизисная реваскуляризация (n=17)		Эндоваскулярная реваскуляризация (n=13)		Тромболизисная реваскуляризация (n=38)		Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ацетилсалициловая кислота	38/38	100	28/27	96,4	17/17	100	13/13	100	38/37	97,4	28/20	71,4
Клопидогрел	38/36	94,7	28/24	85,7	17/17	100	13/12	92,3	38/27	71,0	28/16	57,1
β-Адреноблокаторы/ингибитор If-каналов (Кораксан)	38/35	92,1	28/23	82,1	17/16	94,1	13/11	84,6	38/33	86,8	28/19	67,9
ИАПФ	21/20	95,2	15/12	80,0	9/8	88,9	6/5	83,3	22/16	72,7	16/9	56,2
Сартаны (блокаторы РААС)	17/14	84,3	13/11	84,6	8/7	87,5	7/7	100	16/10	62,5	12/7	58,3
Антагонисты кальция	11/9	81,8	9/7	77,8	4/4	100	5/4	80,0	14/9	64,3	8/5	62,5
Диуретики (в том числе в составе комбинированного препарата)	20/19	95,0	12/10	83,3	8/7	87,5	6/4	66,7	15/6	40,0	10/4	40,0
Нитраты	17/14	82,3	7/2	28,6	6/5	83,3	2/2	100	16/14	87,5	9/3	33,3
Статины	38/37	97,4	28/25	89,3	17/17	100	13/12	92,3	38/22	57,9	28/19	67,9

Примечание. РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система.

(исзначально и за 12 мес ФК%: I – 4,5/13,6, II – 73,1/71,3, III – 20,9/13,6, IV – 1,5/1,5), в случае с тестом 6-минутной ходьбы отнесены преимущественно к средним классам ХСН (исходно и за 12 мес ФК%: I – 14,9/10,6, II – 43,3/47,0, III – 26,9/28,8, IV – 14,9/13,6). Данный факт можно объяснить наличием сопутствующей патологии у больных со стороны других органов и систем, затрудняющих темп ходьбы в рамках проводимого теста (например, избыточная масса тела/ожирение, хроническая венозная недостаточность, разные виды патологий опорно-двигательной системы). Таким образом, в рамках проводимого исследования представляются более целесообразными определения целостного состояния пациентов по классу СН с применением ШОКС.

Исходя из оценки приверженности терапии ($p<0,05$), можно констатировать факт наличия прямой пропорциональной зависимости между интенсивностью медицинского наблюдения и соблюдением больными рекомендаций по приему лекарственных препаратов (прирост полной приверженности 2-й группы составил +23,4%; 1-й – +17,8%). Во всех группах наблюдения при всех методах реваскуляри-

зации по итогам 12 мес наблюдения сохранялась стабильная динамика с максимальной приверженностью классу препаратов ацетилсалициловой кислоты (до 100% во 2-й группе); табл. 3.

При проведении сравнительного анализа лабораторных показателей пациентов с тромболизисным и эндоваскулярным методами реваскуляризации миокарда всех трех групп – достоверных отличий зафиксировано не было. Однако обращает на себя внимание изменение уровня общего холестерина в динамике 12 мес наблюдения (табл. 4), где было достигнуто его стабильное снижение менее 4,0 ммоль/л для 2-й группы пациентов.

Переносимость физических нагрузок в нашей работе оценивалась по тесту 6-минутной ходьбы и холтеровскому мониторингованию электрокардиограммы. Результаты теста 6-минутной ходьбы были рассмотрены ранее при определении класса ХСН в динамике 1, 3, 6, 12 мес. По результатам холтеровского мониторингования лучшие показатели прироста высокой переносимости нагрузок установлены в подгруппе с эндоваскулярным вмешательством 2-й группы пациентов (до 33,3%), также в целом именно для

Таблица 4. Показатели уровня холестерина исходно и через 12 мес наблюдения ($p < 0,05$)

Средний показатель критерия	1-я группа (контрольная; n=66)		2-я группа (наблюдения; n=66)		3-я группа (ГБУЗ НСО ГKB №19; n=30)	
	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)	Тромболизисная реваскуляризация (n=38)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=28)	Тромболизисная реваскуляризация (n=17)	Эндоваскулярная реваскуляризация (n=13)
	Исходно/через 12 мес	Исходно/через 12 мес	Исходно/через 12 мес	Исходно/через 12 мес	Исходно/через 12 мес	Исходно/через 12 мес
Уровень общего холестерина, ммоль/л	6,04/5,01	6,19/4,73	6,10/3,98	5,92/3,84	4,92/3,99	4,87/4,01

этой группы больных характерен максимальный процент формирования средней степени переносимости физических нагрузок (до 66,7%). При сравнении показателей 1 и 3-й групп, несмотря на схожие данные к 12 мес наблюдения в формировании категории высокой толерантности (8,4 и 16,7%), у 1-й группы (наблюдения) имеется преимущество в переводе пациентов из подгруппы низкой переносимости физических нагрузок в средний ФК (50,0 и 58,3% соответственно).

Заключение

Наибольшие показатели в регрессе симптомов сердечно-сосудистой патологии и приверженности медикаментозным назначениям по итогам 12 мес наблюдения достигнуты у лиц, находящихся во 2-й группе, т.е. прошедших курс реабилитации в специализированном отделении восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГKB №19. Альтернативной специализированному отделению может быть динамичное амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с перенесенным ИМ, состоящее из обучения в «Школе здоровья» для пациента и его родственников и расширения диапазона двигательной активности посредством занятий ЛФК. Динамическое воздействие на больного обоснованно улучшает показатели гемодинамики, приверженность труду, переносимость физических нагрузок как при тромболизисном, так и эндоваскулярном методах восстановления кровотока ишемизированного миокарда после ОКС, что позволяет оптимизировать процесс возврата пациента в социум.

Имеется прямо пропорциональная зависимость между усилением активности амбулаторно-поликлинического этапа лечения пациента и приверженностью образу жизни, коррекцией факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии и как следствие – повышение толерантности к физическим нагрузкам, более благоприятное формирование отдаленного прогноза продолжительности и качества жизни вне зависимости от методов реперфузии миокарда. Возможность проведения процесса реабилитации в условиях амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов лечения пациента во многом зависит не от технического оснащения, а от субъективного отношения и внутренней организации пациента, активности (настойчивости) работы медицинского персонала.

Таким образом, при отсутствии материальных и кадровых затрат мы добились снижения частоты госпитализаций по поводу повторных острых коронарных процессов (до 1,5%), улучшения состояния сер-

дечно-сосудистой системы, в том числе течения ХСН (до 60,6% за 12 мес наблюдения).

Выводы

1. Организация наблюдения за пациентами с перенесенным ИМ, проведение групповых занятий и индивидуальных консультаций по разъяснению патогенеза ИБС, медикаментозным и немедикаментозным способам лечения, обучение основам ЛФК позволили повысить эффективность вторичной профилактики ИМ на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах ведения больных.
2. Создание активного медицинского контроля по приему лекарственных препаратов, разъяснение конечных точек воздействия определенных групп лекарственных веществ позволили повысить приверженность терапии в 1-й группе пациентов (наблюдения) до 93,9% (по итогам 12 мес исследования во 2-й группе – прошедших курс реабилитации в отделении восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГKB №19) с достигнутым повышением приверженности терапии до 96,7%, а к отдельным группам лекарственных препаратов – до 100% (ацетилсалициловой кислоте, у лиц с тромболитической терапией дополнительно к клопидогрелу, антагонистам кальция, статинам; у пациентов с эндоваскулярным вмешательством – к сартанам и нитратам) в сравнении с 3-й группой, где приверженность лечению составила 51,5%.
3. При проведении программы реабилитации по итогам 12 мес наблюдения: в 1-й группе пациентов достигнуто снижение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, в том числе эпизодов повторных госпитализаций до 1,5%, во 2-й (реабилитации в условиях специализированного отделения) неблагоприятных сердечно-сосудистых событий – 0%, в 3-й – 4,5%.
4. Проведение комплексного процесса реабилитации на амбулаторном и стационарном этапах одинаково влияет на конечные точки как у больных с проведенным системным тромболизисом, а также с эндоваскулярным восстановлением кровотока, т.е. независимо от способа коронарного вмешательства, что делает программу комплексной реабилитации на амбулаторном этапе важнейшим методом восстановительного лечения пациентов с ИМ.

Литература/References

1. Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления. Мед. новости. 2011; 12: 37–43. / Antipova S.I., Antipov V.V. Bolezni sistemy krovoobrashcheniia: epidemiologiches-

- skie i demograficheskie сопоставления. Med. novosti. 2011; 12: 37–43. [in Russian]
2. Гаас Г.Н., Модестов А.А. Особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения по данным ОМС. Соц. аспекты здоровья населения. 2011; 17 (1). / Gaas G.N., Modestov A.A. Osobennosti zabolevaemosti naseleniia trudosposobnogo vozrasta bolezniami sistemy krovoobrascheniia po dannym OMS. Sots. aspekty zdorov'ia naseleniia. 2011; 17 (1). [in Russian]
 3. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events, 2001.
 4. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Концевая А.В. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Кардиоваск. терапия. 2011; 4: 4–9. / Oganov R.G., Kalinina A.M., Kontsevaia A.V. Ekonomicheskii ushcherb ot serdechno-sosudistykh zabolevanii v Rossiiskoi Federatsii. Kardiovask. terapiia. 2011; 4: 4–9. [in Russian]
 5. Maron DJ, Spertus JA, Mancini GBJ et al. Impact of an initial strategy of medical therapy without percutaneous coronary intervention in high-risk patients from the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive drug Evaluation (COURAGE) trial. Am J Cardiol 2009.
 6. Куимов А.Д., Якобсон Г.С. Инфаркт миокарда: клинические и патофизиологические аспекты. Новосибирск: НГТУ, 1992. / Kuimov A.D., Iakobson G.S. Infarkt miokarda: klinicheskie i patofiziologicheskie aspekty. Novosibirsk: NGU, 1992. [in Russian]
 7. Бабунашвили А.М., Иванов В.А., Дундуа Д.П. и др. Лечение коронарного атеросклероза: влияние массового применения стентов на ближайшие и отдаленные результаты коронарной ангиопластики. Кардиология. 2004; 5: 23–9. / Babunashvili A.M., Ivanov V.A., Dundua D.P. i dr. Lechenie koronarnogo ateroskleroza: vliianie massovogo primeneniia stentov na blizhaishie i otdalennye rezul'taty koronarnoi angioplastiki. Kardiologiya. 2004; 5: 23–9. [in Russian]
 8. Никитин Ю.П. Новые фундаментальные и прикладные основы атерогенеза. Бюллетень СО РАМН. 2006; 2: 6–14. / Nikitin Yu.P. Novye fundamental'nye i prikladnye osnovy aterogeneza. Biulleten' SO RAMN. 2006; 2: 6–14. [in Russian]
 9. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М.: Медицина, 1988. / Nikolaeva L.F., Aronov D.M. Reabilitatsiia bol'nykh isbemicheskoi bolezniyu serdtsa. M.: Meditsina, 1988. [in Russian]
 10. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2002; 1: 5–9. / Oganov R.G. Profilaktika serdechno-sosudistykh zabolevanii: vozmozhnosti prakticheskogo zdravookhraneniia. Kardiovask. terapiia i profilaktika. 2002; 1: 5–9. [in Russian]
 11. Оганов Р.Г., Марцевич С.Ю. Лекарственная терапия сердечно-сосудистых заболеваний: данные доказательной медицины и реальная клиническая практика. Рос. кардиол. журн. 2001; 4: 8–11. / Oganov R.G., Martsevich S.Yu. Lekarsvennaia terapiia serdechno-sosudistykh zabolevanii: dannye dokazatel'noi meditsiny i real'naia klinicheskaiia praktika. Ros. kardiolog. zhurn. 2001; 4: 8–11. [in Russian]

Сведения об авторах

Куимов Андрей Дмитриевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. факультетской терапии ГБОУ ВПО НГМУ
Шуркевич Анастасия Алексеевна – врач-кардиолог ГБУЗ НСО ГКБ №2. E-mail: shurkevich@mail.ru

Москаленко Ирина Викторовна – врач-кардиолог, зав. отд-нием восстановительного лечения ГБУЗ НСО ГКБ №19